

ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM



Sérgio Ribeiro dos Santos

2a. Edição

ideia

Santos, Sérgio Ribeiro dos.

Administração aplicada à enfermagem / Sérgio Ribeiro dos Santos. 3.ed. – João Pessoa: Idéia, 2007. 237p.

Bibliografia.

ISBN 85-7539-062-7

CDU: 616-083:658

A minha família

Fátima, esposa amada, Sarah e Filipe meus amados filhos, pelo apoio, incentivo e compreensão.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1: Introdução às teorias da administração

1. Evolução histórica da administração	2
2. Administração científica	4
3. Teoria Clássica e seus fundamentos	7
4. Teoria das relações humanas	9
5. Administração por objetivo (APO)	12
6. Teoria da burocracia	14
7. Teoria estruturalista	15
8. Teoria comportamental	16
9. Teoria de sistemas	19
10. Implicações do estudo das teorias administrativas no serviço de enfermagem	21
<i>Resumo</i>	23
<i>Questões para revisão e discussão</i>	24
<i>Referências...</i>	25

CAPÍTULO 2: ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

1. Histórico	27
2. Funções do hospital	29
3. Classificação dos hospitais	34
4. Estrutura organizacional do hospital	38
5. Terminologia hospitalar	44
6. Indicadores hospitalares	54
<i>Resumo</i>	56
<i>Questões para revisão e discussão</i>	57
<i>Referências...</i>	58

CAPÍTULO 3: O PROCESSO DE PLANEJAMENTO

1. Conceitos básicos	60
2. Características do planejamento	60
3. Tipos de planejamento	61
4. Etapas do processo de planejamento	62
5. Princípios administrativos para o serviço de enfermagem	68
6. Planejamento da assistência	69
<i>Resumo</i>	80
<i>Questões para revisão e discussão</i>	81
<i>Referências...</i>	82

CAPÍTULO 4: O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO

1. Conceitos de organização	85
2. Ferramentas básicas relacionadas com a organização	86
3. Regimento	95
4. Normas	96
5. Rotinas	97
6. Manual	99
<i>Resumo</i>	101
<i>Questões para revisão e discussão</i>	102
<i>Referências...</i>	103

CAPÍTULO 5: O PROCESSO DE DIREÇÃO

1. Considerações gerais	105
2. Funções básicas da direção	105
3. Estilos de chefia	109
4. Qualidades do chefe	110
5. Características do mau chefe	110
6. Regras básicas para o exercício da chefia	111
<i>Resumo</i>	112
<i>Questões para revisão e discussão</i>	113
<i>Referências...</i>	114

CAPÍTULO 6: O PROCESSO DE CONTROLE

1. Considerações gerais	116
2. Funções do controle	116
3. Mecanismo de controle	117
4. Controle do serviço de enfermagem	117
5. Orientação para o controle	120
6. Avaliação do serviço de enfermagem	121
<i>Resumo</i>	125
<i>Questões para revisão e discussão</i>	126
<i>Referências...</i>	127

CAPÍTULO 7: ADMINISTRAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Considerações sobre a Lei n.º 7.498/86	
2. Política de recursos humanos em enfermagem	
3. Dimensionamento do pessoal de enfermagem	
4. Escala de serviço	
5. O serviço de enfermagem e a gestão de pessoal	

6. Funções do gerente de pessoal no serviço de enfermagem	
7. Avaliação de desempenho	
<i>Resumo</i>	
<i>Questões para revisão e discussão</i>	
<i>Referências...</i>	

CAPÍTULO 8: GESTÃO DA QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

1. Conceitos de qualidade	175
2. Princípios básicos da qualidade	176
3. Qualidade em serviço de enfermagem	177
4. Implantação da qualidade total no serviço de enfermagem	178
5. Busca da produtividade com qualidade	179
6. Como medir a qualidade?	182
7. Humanização da qualidade no hospital	184
<i>Resumo</i>	195
<i>Questões para revisão e discussão</i>	196
<i>Referências...</i>	197

APRESENTAÇÃO

Numa época em que dezenas e até centenas de livros sobre administração são publicadas, pode até parecer desnecessário e impertinente escrever um livro sobre o assunto. Contudo, o livro do Professor *Sérgio Ribeiro dos Santos* vem preencher uma lacuna, já que é dirigido para os profissionais de enfermagem.

Assim, em vez de buscar dezenas de livros a procura do desenvolvimento do pensamento administrativo, o estudante ou gerente de enfermagem poderá, neste compêndio, adquirir uma base introdutória da teoria da administração.

Já que o sucesso das instituições prestadoras de assistência de saúde depende, em grande parte, da competência administrativa da enfermagem, é louvável a tarefa de oferecer um compêndio destinado à educação gerencial dos profissionais de enfermagem. Por outro lado, para quem se preocupa com a desordem organizacional do nosso sistema de saúde, deseja contribuir para a formação de administradores de saúde, no intuito de que o consumidor ou paciente receba um cuidado digno e humano.

Apesar do avanço tecnológico no setor saúde, a prática administrativa continua absoluta e sem inovação em muitas instituições de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. Portanto, as organizações de saúde e as associações de enfermagem devem se preocupar com o desenvolvimento de modernas técnicas gerenciais. A melhoria do gerenciamento dos serviços de enfermagem e a avaliação econômica de sua contribuição para o setor saúde devem merecer atenção redobrada por parte dos profissionais de enfermagem, considerando que o grande beneficiário é o paciente.

Neste sentido, a leitura desse compêndio deve contribuir para o estabelecimento da terminologia dos estudos de administração, de modo que os gerentes de enfermagem passem a se preocupar com as questões de organização, planejamento e controle, tanto dos recursos humanos quanto materiais.

A enfermagem, que detém o maior contingente humano no setor saúde de qualquer país, pode se tornar, também, pioneira na administração dos recursos de saúde, de forma eficaz e eficiente.

Prof. Dr. José Rodrigues Filho

CAPÍTULO 1

Introdução às Teorias da Administração

1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ADMINISTRAÇÃO

A administração é tão antiga quanto à própria origem do universo. Não há registros na história que aponte quem foi o primeiro administrador. Como Cristão, acredito ter sido o Deus Eterno, que posteriormente delegou ao homem autoridade sobre os seres que habitavam o planeta.

Quando os homens espalharam-se na terra, procuraram viver em grupos para se proteger dos grandes animais, tudo isso sob a liderança de um indivíduo forte que, autocraticamente, estabelecia as regras de convivência no grupo. Gradativamente, foram surgindo novos grupos que se expandiram, através de conquistas militares, até se constituírem em povos, reinos e nações.

Em todo esse contexto a evolução histórica da administração pode ser dividida em duas fases:

1ª. *Fase Empírica da Administração*. Caracterizada por dois períodos distintos:

- a) Período Teocrático: Forma de governo em que a autoridade era emanada dos deuses ou de Deus. Destacaram-se nesse período as contribuições de Moisés (Êxodo 18:13-27), de Hamurabi, dos faraós egípcios, entre outros.
- b) Período dos precursores da Administração Científica: nesse período a administração recebeu influência dos grandes pensadores da humanidade, tais como:
 - Sócrates (470a.C – 399a.C): filósofo grego. Considerou a administração uma habilidade pessoal, separada do conhecimento técnico e da experiência.
 - Platão (429a.C – 347a.C): filósofo grego. Expôs seu ponto de vista sobre a forma democrática de governo e da administração dos negócios públicos. Sua principal obra foi “*A República*”.
 - Aristóteles (384a.C – 322a.C): outro filósofo grego. Defendeu a divisão do trabalho e a união de esforços dos trabalhadores. No seu livro “*Política*”, apresentou três formas de governo: monarquia, aristocracia e democracia.

Monarquia - Forma de governo na qual o poder supremo é exercido por um monarca;

Aristocracia - Tipo de organização social e política em que o governo é monopolizado por um número reduzido de pessoas privilegiadas;

Democracia - Doutrina ou regime político baseado nos princípios da soberania popular e da distribuição equitativa do poder, ou seja, regime de governo que se caracteriza, em essência, pela liberdade do ato eleitoral, pela divisão dos poderes e pelo controle da autoridade, isto é, dos poderes de decisão e de execução.

Durante séculos, a filosofia deixou nomes que contribuíram para a formação de conceitos e princípios de administração, apesar de um intervalo improdutivo que vai da idade antiga até a idade moderna. Mais tarde surgem nomes como Francis Bacon (1561 –

1626), René Descartes (1596 – 1778), Thomas Hobbes (1588 – 1670), Jean Jacques Rousseau (1702 – 1778) e Karl Marx (1818 – 1883).

Além da contribuição dos filósofos, a administração recebeu influência de diversos campos do conhecimento e da organização social e cultural, vivenciado nos períodos históricos. Como se sabe, a Igreja Católica teve marcante influência no destino dos povos – por conseguinte, na administração – por conta de seu modelo de estrutura organizacional, da hierarquia de autoridade e da coordenação funcional.

Segundo, Chiavenato³, a estrutura da organização eclesiástica serviu de modelo para muitas organizações que, em virtude das muitas experiências bem sucedidas, passaram a incorporar uma infinidade de princípios e normas administrativas utilizadas na Igreja Católica.

É também inquestionável a influência exercida pela Organização Militar para o desenvolvimento das teorias da administração, como, por exemplo, o princípio da unidade de comando e da escala hierárquica.

É necessário, ainda, considerar a importância da Revolução Industrial como instrumento transformador da estrutura sócio-econômica, de dentro para fora, embora de maneira drástica. Arndt; Huckabay¹ afirmam que os pioneiros da teoria administrativa, mesmo que fossem gênios, não estavam imunes a essas influências.

2ª. Fase da Administração Científica. Caracteriza-se pelo estudo do método científico, isto é, pela utilização de experiências testadas no processo de causa e efeito, nas funções de previsão, organização, comando, coordenação e controle. Pode ser dividida em três períodos:

- a) Período Clássico: teve com principal característica a gerência do trabalho. Seus maiores representantes foram Frederick Winslow Taylor, Frank B. Gilbreth, Henri Fayol, James D. Mooney, Henry Lawrence Gantt.
- b) Período Neoclássico: caracterizou-se por enfatizar as relações humanas e os fundamentos do behaviorismo (comportamento humano na organização).
- c) Período Moderno: destacou-se por ressaltar a teoria organizacional e a análise de sistemas.

Depois dessas breves considerações históricas, será feito um estudo sobre os aspectos fundamentais, conceitos, princípios e características das principais teorias da administração. Os estudos iniciais das teorias podem ser considerados sintéticos, mas têm a preocupação de identificar, isolar e analisar os componentes da administração que tenham aplicações nas atividades de enfermagem.

Somente conhecendo os princípios em que se fundamentam a administração e possuindo habilidades para tomar decisões, é que o enfermeiro poderá usar adequadamente as teorias para planejar, executar e avaliar as ações na prática do serviço

de enfermagem. A esse respeito, Arndt; Huckabay¹ comentam que a contribuição da enfermagem é relativa a conhecimentos, habilidades, atitudes e liderança na prestação de assistência à saúde. A administração do serviço de enfermagem deve ser baseada numa sólida, embora flexível, essência teórica. Caso isso não aconteça, as soluções inovadoras para os problemas atuais e futuros deixarão de aparecer.

2. ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA

Essa abordagem é também denominada *Escola da Administração Científica* ou *Escola de Gerência Científica*. Assim se denomina, porque se originou da observação sistemática dos meios de produção, que proporcionaram uma base para a observação racional do trabalho e para o surgimento dos princípios de administração.

Chiavenato³ esclarece que o nome administração científica deve-se à tentativa de aplicação dos métodos da ciência aos problemas da administração, a fim de alcançar-se elevada eficiência industrial. Os principais métodos científicos aplicáveis aos problemas da administração são a observação e mensuração.

Indiscutivelmente, o primeiro nome que se costuma salientar nesse campo é do engenheiro americano *Frederick W. Taylor*, considerado o fundador da moderna teoria da administração. De origem humilde, veio de uma família de princípios rígidos, iniciando sua vida profissional aos dezoito anos, como operário da *Midvale Steel Co.*, passando a ocupar cargos de capataz, contramestre e chefe de oficina. Aos vinte anos, terminou o curso de engenharia. Estudando e trabalhando de forma intensa e criativa conseguiu registrar mais de cinquenta patentes de invenções. Para melhor compreensão, o trabalho de Taylor será dividido em dois períodos:

Primeiro período: Taylor se preocupou exclusivamente com as técnicas de racionalização do trabalho, medindo o desempenho e distinguindo as diferentes fases de uma tarefa. Esse método ficou conhecido como Estudo de Tempos e Movimentos, cuja ênfase estava voltada para a *tarefa*.

Segundo período: Taylor desenvolveu estudo, o qual denominou de Administração Científica, em que definiu princípios de administração aplicáveis em todas as situações da empresa.

A seguir será apresentada uma síntese de alguns princípios taylorianos mais divulgados em nosso meio:

- a) Organização Racional do Trabalho: segundo Chiavenato³, fundamenta-se na análise do trabalho do operário, no estudo dos tempos e movimentos, fragmentação das tarefas e na especialização do trabalhador.
- b) Lei da Fadiga: trata-se de um estudo realizado por Gilbreth, colaborador de Taylor. A fadiga é considerada um redutor da eficiência. Para reduzi-la, é necessário que sejam

observados alguns princípios de economia de movimentos, eliminando-se aqueles desnecessários e fatigantes. Daí a importância essencial que uma especialização do trabalho assume para o desenvolvimento das tarefas a serem realizadas.

- c) Desenho de Cargos e Tarefas: enfatiza o trabalho simples e repetitivo das linhas de produção e montagem, a padronização e as condições de trabalho que assegurem a eficiência³.
- d) Incentivos Salariais e Prêmios de Produção: Taylor referiu-se ao interesse básico do trabalhador pelo ganho material, pois é estimulado a produzir individualmente o máximo possível, quando recebe algum tipo de incentivo monetário⁶.
- e) Conceito de *homo economicus*: essa estreita visão da natureza humana – homem econômico – significa que o homem procura o trabalho, não porque gosta dele, mas como um meio de ganhar um salário que lhe garanta a sobrevivência.
- f) Padronização: significa a aplicação de métodos científicos para obter-se a uniformidade e a redução dos custos. Taylor preocupou-se com a padronização, porque ela conduz à simplificação e a uma constante busca na obtenção da eficiência.
- g) Supervisão funcional: Taylor propôs a supervisão funcional, simplesmente, por causa da divisão do trabalho e da especialização. Mas, o que significa supervisão funcional? De acordo com a abordagem de Chiavenato³, nada mais é do que a existência de diversos supervisores, cada um especializado em determinada área, os quais tem autoridade funcional (relativa somente a sua especialidade) sobre os respectivos subordinados. A supervisão funcional pressupõe uma autoridade relativa, dividida e zoneada.

Influências da teoria científica sobre a enfermagem: a prática de enfermagem tem recebido muita influência dos antigos princípios da teoria científica, podendo-se destacar os seguintes aspectos:

- Há na enfermagem uma preocupação com regras e normas que devem ser obedecidas por todos os profissionais.
- A divisão do trabalho na enfermagem faz com que haja uma especialização de seus membros nas tarefas de competência do auxiliar, do técnico e do enfermeiro, que, certamente, norteia a prática de enfermagem.
- Métodos de trabalho funcionalista, tipicamente mecanicista da administração, que direciona a assistência de enfermagem, tornando-a fragmentada em suas atividades, ou seja, cada membro da equipe de enfermagem tem sua tarefa contextualizada e individualizada.

Taylor não estava sozinho na defesa de suas teses. Acompanhava-se de vários seguidores e colaboradores, que vieram a constituir uma Escola ou Movimento da Administração Científica, podendo-se citar entre eles:

- *Harrington Emerson*: desenvolveu trabalhos sobre seleção e treinamento de empregados;
- *Frank e Lillian Gilbreth*: desenvolveram técnicas de simbolização do trabalho, das quais o fluxograma é a mais conhecida;
- *Henry Gantt*: inventou o gráfico de Gantt, conhecido como cronograma;
- *Hugo Munsterberg*: desenvolveu técnicas psicológicas de seleção de pessoal;
- *Henry Ford*: foi o formulador de idéias e de teorias próprias a respeito da administração, estando sua contribuição presente nos seguintes aspectos:
 - (a) Participação acionária dos trabalhadores da empresa.
 - (b) Estabelecimento da jornada de oito horas.
 - (c) Definição de princípios de especialização da tarefa como forma de permitir a produção em massa.

A partir desses conceitos e princípios, foram dados os primeiros passos no estudo da administração, numa busca constante do conhecimento e da reflexão. À medida que o processo reflexivo se desenvolvia, novas idéias foram surgindo. Assim sendo, com o aprofundamento do saber, é possível a formulação de críticas a antigos conceitos, sem, contudo, desmerecer o mérito das primeiras teorias. Nesse sentido, é inevitável que se façam algumas críticas a respeito do trabalho de Taylor, destacando-se:

- Seu caráter mecanicista.
- A ênfase na especialização do trabalhador como fator de produção.
- A desvalorização do indivíduo como ser social, sujeito às influências do grupo.
- A adoção de uma teoria essencialmente prescritiva (norma, preceito, regra, ordem) e normativa (diz-se de conhecimento que enuncia ou que constitui uma norma).

3. TEORIA CLÁSSICA E SEUS FUNDAMENTOS

O próximo passo no progresso do estudo da administração é a chamada *Teoria Clássica* ou *Escola de Processo Administrativo*. Enquanto a administração científica se caracterizava pela ênfase na tarefa realizada pelo operário, a teoria clássica tomava por base a ênfase na estrutura, ou seja, considerava a organização como um todo para garantir a eficiência das partes envolvidas. A esse respeito, Arndt; Huckabay¹ comentam que o pressuposto principal é que a administração é universal, tanto na teoria como na prática, sendo operativa em qualquer lugar. O responsável por essa corrente do pensamento administrativo foi o engenheiro de minas *Henri Fayol* (1841-1925), nascido em Constantinopla e falecido em Paris, cidade onde desenvolveu todos os seus princípios organizacionais e administrativos. Transformou-se num tratadista da matéria, sendo cognominado de “O pai da Administração Científica”.

O que fez Fayol de importante? Ele explicou que toda empresa pode ser dividida em seis grupos básicos:

- I. Funções técnicas – relacionadas com a produção de bens ou de serviços.
- II. Funções comerciais – relacionadas com a compra, venda e troca.
- III. Funções financeiras – relacionadas à gerência e procura de capitais.
- IV. Funções de segurança – relacionadas à proteção e preservação dos bens e das pessoas.
- V. Funções contábeis – relacionadas aos inventários, registros, balanços, custos e estatísticas.
- VI. Funções administrativas – coordenam e sincronizam as demais funções da empresa.

As funções administrativas, para Fayol, englobam os elementos da administração, que são os seguintes:

- Planejar ou prever: é visualizar o futuro e traçar um programa de ação.
- Organizar: é constituir o duplo organismo material e social da empresa.
- Comandar: é dirigir e orientar o pessoal.
- Coordenar: é ligar, unir, harmonizar todos os esforços coletivos.
- Controlar: é verificar, de modo que tudo transcorra de acordo com as regras estabelecidas.

Além disso, Fayol tentou também definir os princípios gerais de administração, criados a partir de sua experiência, nos quais resume a arte de administrar, que consubstanciou numa lista de quatorze princípios norteadores da ação dos executivos³:

- I. Divisão do trabalho – consiste na especialização das tarefas e das pessoas para aumentar a eficiência.
- II. Autoridade e responsabilidade – autoridade é o direito de dar ordens e o poder de esperar obediência; a responsabilidade é uma consequência natural da autoridade.
- III. Disciplina – aplicação, comportamento e respeito aos acordos estabelecidos.
- IV. Unidade de comando – cada empregado deve receber ordens de apenas um superior.
- V. Unidade de direção – um plano para cada grupo de atividades que tenham o mesmo objetivo.
- VI. Subordinação dos interesses individuais aos interesses gerais – os interesses gerais devem sobrepor-se aos interesses particulares.
- VII. Remuneração do pessoal - justiça e satisfação para os empregados e a empresa quanto à remuneração.
- VIII. Centralização – refere-se a centralização da autoridade no alto da hierarquia.
- IX. Cadeia escalar - é a linha de autoridade que vai do escalão mais alto ao mais baixo.
- X. Ordem – um lugar para cada coisa e cada coisa em seu lugar.
- XI. Equidade – amabilidade e justiça para alcançar a lealdade do pessoal.

- XII. Estabilidade do pessoal – é a permanência da pessoa no cargo.
- XIII. Iniciativa – a capacidade de visualizar um plano e assegurar seu sucesso.
- XIV. Espírito de equipe – harmonia e união entre as pessoas

Segundo Maximiano⁹, a contribuição maior de Fayol se deu no sentido de explicar as diretrizes para a estruturação da empresa, delinear os processos que definem o trabalho gerencial e propor princípios que devem orientar o comportamento gerencial. É necessário, ainda, considerar que, através da teoria clássica, Fayol formulou uma teoria organizacional, na qual concebe a organização em termos de estrutura, forma e disposição das partes. Conforme, Chiavenato³, tudo se restringe apenas aos aspectos da organização formal. Para divulgação da obra de Fayol, muito contribuíram os trabalhos de *Lyndall F. Urwick* e *Luther Gulick*.

Por sua importância, o assunto sempre foi bastante discutido por diversos estudiosos em administração. Este trabalho não tem a pretensão de aprofundar a questão. Todavia, conclui afirmando que, apesar do impacto causado sobre a organização do conhecimento administrativo e seu aproveitamento para a formação de executivos, a abordagem clássica foi extremamente voltada para a organização formal, esquecendo-se da organização informal. Essa visão mecanicista valeu-lhe o nome de Teoria da Máquina. Portanto, mesmo considerada como a base para a administração moderna, a teoria clássica revelou-se incompleta, porque visualizava a organização como se fosse um sistema fechado. As principais críticas sobre a teoria clássica concentram-se no seu caráter prescritivo e normativo e na ênfase à estrutura formal da organização.

Com relação às influências da teoria clássica sobre a enfermagem, pode-se afirmar que basicamente a estruturação dos serviços de saúde e sua forma rigidamente hierarquizada são reproduzidas na prática da enfermagem, através dos organogramas onde são expressas as linhas de subordinação. Além disso, muitos dos princípios defendidos por Fayol, por exemplo, a divisão de trabalho, disciplina, responsabilidade, subordinação, ordem e outros, foram facilmente incorporados no exercício profissional da enfermagem.

4. TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS

A Teoria das Relações Humanas ou Escola Humanista da Administração surgiu nos Estados Unidos, através dos esforços do seu mais importante representante, *George Elton Mayo* e seus colaboradores. Essa teoria nasceu da necessidade de se corrigir a forte tendência a desumanização no trabalho, resultante dos princípios adotados por Taylor, Fayol e seus seguidores.

Apontam-se os seguintes fatores como embaixadores da teoria das relações humanas:

- A necessidade de se humanizar e democratizar a administração.
- desenvolvimento das chamadas ciências humanas.

- A influência da filosofia pragmática* de *John Dewey* e da psicologia dinâmica de *Kurt Lewin*.
- As conclusões da experiência de *Hawthorne*.

A experiência de *Hawthorne* foi desenvolvida pelo cientista social australiano *George Elton Mayo* que emigrou para os Estados Unidos, fixando-se profissionalmente na Escola de Administração de Negócios da Universidade de Harvard. Em 1927, o Conselho Nacional de Pesquisa iniciou uma experiência, cujo objetivo era analisar as condições de trabalho de uma das unidades fabris da *Western Electric Company*, situada em Chicago, no bairro de *Hawthorne*. Tratava-se de uma fábrica de relés para telefone, pois havia uma intenção da direção em estudar os fatores que proporcionavam índices de acidentes de trabalho, rotatividade, absenteísmo e redução da produtividade da fábrica.

Os estudos começaram com um experimento que visava determinar o efeito da iluminação sobre o rendimento dos operários. Foram formados dois grupos de operários, um experimental e um de controle. Dessa forma, seria possível fazer-se, com maior facilidade, a análise das conseqüências da introdução de modificações nas condições de trabalho dos grupos. Foram mantidos os níveis de remuneração e, sistematicamente, adotadas modificações nas condições físicas e ambientais de trabalho, com alterações nos intervalos dos períodos de trabalho e de descanso.

A experiência foi suspensa em 1932, mas seus resultados foram surpreendentes. Pôde-se observar, ao longo do estudo, que havia um sistemático e constante aumento na produtividade do grupo em cada fase da experiência, qualquer que fosse a modificação introduzida. Verificou-se, ainda, uma acentuada coesão e satisfação no grupo, havendo considerável redução no absenteísmo.

Muitas outras evidências surgiram. No entanto, os resultados obtidos foram atribuídos às circunstâncias de que os componentes do grupo selecionado para a experiência, sentindo-se observados, passaram a se considerar distintos dos demais, assumindo uma postura comportamental fechada, julgando-se, até certo ponto, superiores em comparação com os outros operários do conjunto.

Por outro lado, é fundamental ter-se em mente que os princípios básicos da Escola de Relações Humanas abriram novos horizontes no campo da administração, principalmente, a partir dos estudos de *Hawthorne*. Não se tem aqui a pretensão de aprofundar o assunto, mas pode-se traçar os lineamentos gerais de algumas das principais conclusões:

- a) O rendimento do trabalho é resultante da integração social.
- b) Os grupos informais ou organização humana da empresa determinam os níveis de colaboração humana mais do que a estrutura formal da empresa.

* Conjunto de normas formais e rigorosas.

- c) As recompensas e sanções sociais têm influências relativas sobre a produtividade. Para a teoria das relações humanas, as pessoas são motivadas principalmente pela necessidade de “reconhecimento”, de “aprovação social” e de “participação” das atividades dos grupos sociais onde convivem.
- d) O conteúdo do cargo e a natureza do trabalho têm enorme influência sobre a satisfação do trabalhador.
- e) A empresa tem duas funções básicas: produzir bens ou prestar serviços, mas também pode oferecer condições de satisfação aos seus empregados.

Para Mayo, o trabalho em equipe, o autogoverno e a cooperação trabalhadores-administração seriam as conseqüências no plano prático da aplicação das descobertas dos estudos de Hawthorne.

A seguir são apresentadas, de maneira resumida, algumas comparações entre a teoria clássica e a teoria das relações humanas, que possibilitam uma melhor avaliação. A elaboração desse quadro seguiu o modelo de Charles Perrow citado por Chiavenato³ no seu trabalho sobre Teoria Geral da Administração.

Teoria Clássica	Teoria das Relações Humanas
Trata a organização como uma máquina.	Trata a organização como grupo de pessoas.
Enfatiza as tarefas ou a tecnologia.	Enfatiza as pessoas.
Inspirada em sistemas de engenharia.	Inspirada em sistemas de psicologia.
Autoridade centralizada.	Delegação plena de autoridade.
Linhas claras de autoridade.	Autonomia do empregado.
Especialização e competência técnica.	Confiança e abertura.
Acentuada divisão do trabalho.	Ênfase nas relações humanas.
Regras e regulamentos.	Preocupação com a ‘pessoa integral’.
Clara separação da linha e “staff”.	Dinâmica interpessoal e grupal.

A teoria das relações humanas deixou uma significativa contribuição para a enfermagem, através dos estudos da dinâmica de grupo, da liderança, da comunicação e da motivação. A enfermagem absorveu muitos conceitos e princípios que serviram como estratégia na administração de pessoal, de tal forma que nas escolas de enfermagem são inseridos esses conteúdos nos currículos de graduação.

5. ADMINISTRAÇÃO POR OBJETIVO (APO)

A Administração por Objetivo ou Administração por Resultados surgiu em 1954, a partir dos trabalhos publicados por Peter F. Drucker. Nascido na Áustria, formado academicamente na Alemanha e profissionalmente na Inglaterra, fixou-se posteriormente nos Estados Unidos.

Segundo Maximiano⁹, a administração por objetivo é o processo de estabelecer padrões individuais de desempenho, em relação aos quais os ocupantes são avaliados. Chiavenato³ estabelece a seguinte conceituação de administração por objetivo: é uma técnica participativa de planejamento e avaliação, através das quais superiores e subordinados, conjuntamente, definem aspectos prioritários e estabelecem objetivos (resultados) a serem alcançados num determinado período de tempo e, em termos quantitativos dimensiona as respectivas contribuições (metas) e acompanham sistematicamente o desempenho (controle) procedendo às correções necessárias.

A administração por objetivo enfatiza o trabalho e estabelece metas para definir aquilo que deve ser realizado, num período determinado. Para a fixação das metas, leva em consideração os critérios de escolha dos objetivos que devem ser estabelecidos mediante as prioridades ou hierarquização dos objetivos e sua contribuição para atingir o resultado esperado.

Nesse sentido, a administração por objetivo estabelece a estratégia empresarial a ser adotada, permitindo uma ação coerente e uma instrumentação técnica satisfatória que lhe possibilite uma ação eficaz. Assim sendo, escolhe as táticas que melhor implementam a estratégia adotada.

Em resumo, o plano estratégico é o planejamento global, em longo prazo, envolvendo todo o sistema, enquanto que o plano tático é resultante do desdobramento e detalhamento do plano estratégico. Os planos táticos fragmentam-se em planos operacionais.

Chiavenato³ faz o seguinte quadro comparativo entre estratégia e tática:

ESTRATÉGIA	TÁTICA
Envolve a organização como uma totalidade	Refere-se a cada departamento ou unidade da organização.
É um meio para alcançar objetivos organizacionais.	É um meio para alcançar objetivos departamentais.
É orientada em longo prazo.	É orientado para médio ou curto prazo.
É decidida pela alta administração da organização.	É da responsabilidade de cada gerente de departamento.

As propostas estabelecidas pela administração por objetivo vão mais além do que foi aqui exposto. No entanto, não é pretensão deste trabalho aprofundar a questão. Para informações mais detalhadas, devem ser consultados, entre outros, os seguintes autores: Drucker⁴, Lodi⁸ e Chiavenato³.

6. TEORIA DA BUROCRACIA

Surgiu na década de 1940, inspirada na teoria da racionalização progressiva de todas as instituições. Ou seja, tornou-se necessária a criação de um modelo organizacional, capaz de caracterizar todas as variáveis envolvidas, bem como o comportamento dos membros participantes da organização.

A teoria da burocracia foi inspirada por Max Weber, sociólogo alemão (1864/1920). Essa teoria inspirou o surgimento de outros estudiosos, destacando-se as figuras de *Robert K. Merton*, *Philip Selznick*, *Richard Scott* e *Trence Hopking*. O que é burocracia? Popularmente, burocracia é sinônimo de ineficiência, de espera, de papelada desnecessária que retarda o andamento do processo de trabalho, impedindo as soluções rápidas. *Max Weber* pensava exatamente o contrário, considerando a burocracia a organização eficiente por excelência.

Segundo Chiavenato³, burocracia é uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade, isto é, na adequação dos meios aos objetivos (fins) pretendidos, a fim de garantir a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos. A partir dessa conceituação, fica mais claro caracterizar o conteúdo específico do modelo weberiano, que não considerou a burocracia como um sistema social, mas como um tipo de poder. O autor estudou os tipos de sociedades e de autoridades, a fim de melhor compreender a burocracia.

Em resumo, o modelo weberiano oferecia vantagens à organização, tais como: racionalidade, precisão, rapidez, univocidade de interpretação, uniformidade de rotinas e procedimentos, continuidade da organização, constância e confiabilidade. Contudo, a racionalidade burocrática, a omissão da participação das pessoas na organização e a própria fragilidade da estrutura burocrática, provocada, de um lado, pelas pressões constantes de forças externas e, de outro, pelo enfraquecimento do compromisso dos subordinados com as regras burocráticas, constituíram problemas que a burocracia não resolveu até hoje.

A enfermagem, por estar inserida num sistema burocratizado, não poderia ficar isenta desse processo. Na prática de enfermagem, considera-se atividade burocrática todo tipo de cuidado indireto prestado pelo enfermeiro que possibilite meios para execução da atividade-fim (assistência ao paciente). Segundo Santos¹¹, em pesquisa realizada num hospital-escola, verificou que os enfermeiros consideram burocracia as seguintes atividades:

- Receber pacientes.
- Fazer pedidos à farmácia e ao almoxarifado.
- Fazer controle de material.
- Receber e passar o plantão.
- Supervisionar e orientar as atribuições dos auxiliares.

- Fazer provisão de recursos humanos.
- Elaborar escala de serviço.
- Verificar prontuários, exames, escalas de cirurgias, etc.
- Trocar informações.

A grande preocupação da enfermagem moderna situa-se nas disfunções da burocracia, em que o enfermeiro se envolve, excessivamente, com as funções-meio (administração da burocracia) e delega aos auxiliares ou técnicos de enfermagem os cuidados com o paciente. Essa disfunção proporciona acomodação e inabilidade no atendimento às necessidades do paciente, provocando tensão, desmotivação e conflitos, por conta do descompasso entre teoria e prática.

7. TEORIA ESTRUTURALISTA

A teoria estruturalista surgiu na década de 1950, resultante de uma abordagem múltipla fundamentada na teoria clássica, na teoria das relações humanas e na teoria da burocracia. Procurava conciliar a tese proposta por essas três teorias. Na realidade, a teoria estruturalista é considerada por alguns autores como uma teoria de transição e de mudança.

Na escola estruturalista, avultam os nomes de *Philip Selznick*, *Alvin Gouldner*, *Amitai Etzioni*, *Peter Blau*, *Lévy-Strauss*, *James D. Thompson* e *David R. Sills*. Gonçalves⁶ apresenta o seguinte conceito de estruturalismo:

É um método analista comparativo que atribui importância especial ao relacionamento das partes na constituição do todo, sem excluir os conjuntos formados por elementos que se relacionam por simples justaposição.

Assim, pode-se concluir que o estruturalismo se preocupa com o todo e com o relacionamento das partes na constituição do todo organizacional. A teoria estruturalista, cujos autores estavam mais voltados para a sociologia organizacional, deixou as seguintes contribuições:

- Criação do interrelacionamento das organizações com seu ambiente externo.
- Surgimento de um novo conceito de organização e um novo conceito de homem: o homem organizacional.
- Desenvolvimento, por parte dos autores estruturalistas, da tipologia de organizações e dos objetivos organizacionais.

8. TEORIA COMPORTAMENTAL OU BEHAVIORISTA

A teoria comportamental surgiu em 1947 nos Estados Unidos, marcando profundamente a administração pela influência no campo das ciências do comportamento. A teoria comportamental tem o seu maior representante em *Herbert Alexander Simon*. Há também outros nomes famosos que dominam o universo behaviorista, tais como: *Chester*

Bernard, Douglas McGregor, Rensis Likert, Chris Argyris, Abraham Maslow, Frederick Herzberg e David McClelland, sendo que os três últimos se destacaram no campo da motivação humana.

O comportamento organizacional é explicado pela teoria comportamental, com base na conduta individual das pessoas. Para melhor conhecer esse comportamento, torna-se necessário estudar a motivação humana. Nesse aspecto, um psicólogo americano, *Abraham H. Maslow* (1908/1970), destacou-se ao apresentar uma teoria da motivação em que focaliza o indivíduo em suas necessidades, dispostas em níveis ou hierarquia de importância, de forma que um tipo de necessidade surge quando as de ordem imediatamente precedentes tenham sido satisfeitas.

Para uma melhor compreensão do assunto é apresentado a seguir, de forma resumida, o esquema das necessidades hierárquicas de Maslow:

Necessidades Primárias	<i>Necessidades fisiológicas</i> : alimentação, abrigo, repouso, sexo.
	<i>Necessidades de segurança</i> : proteção contra ameaças (doenças, desemprego, roubo, etc.).
	<i>Necessidades sociais</i> : participação, amizade, amor.
Necessidades Secundárias	<i>Necessidades de estima</i> : auto-estima, auto-respeito, status, reconhecimento, admiração, etc.
	<i>Necessidades de auto-realização</i> : uso pleno da potencialidade individual.

A teoria de Maslow é demasiadamente simplista. Mas, apesar de não ter sido submetida à comprovação científica, faz certo sentido. De qualquer forma parece ter influenciado, por sua hierarquia, algumas teorias da administração, por oferecer um esquema orientador e útil para o administrador.

Para proporcionar continuidade no estudo da motivação, cabe mencionar o nome de *Frederick Herzberg* que simplificou a teoria de Maslow, formulando a chamada Teoria dos Dois Fatores (Bifatorial), que são os seguintes: fatores higiênicos e fatores motivacionais⁷.

- Fatores higiênicos: baseiam-se nos níveis inferiores ou necessidades primárias de hierarquia de Maslow. Os principais fatores higiênicos são: salário, benefícios sociais, o tipo de chefia ou supervisão, condições físicas e ambientais do trabalho, as políticas e diretrizes da empresa, os regulamentos internos, o clima de relação entre empresa e as pessoas, etc.
- Fatores motivacionais: baseiam-se nos níveis mais elevados ou necessidades secundárias da hierarquia de Maslow. Os principais fatores motivacionais são: as atribuições do cargo; a natureza da tarefa que o indivíduo executa; o reconhecimento profissional; as necessidades de auto-realização; o crescimento individual, etc.

No elenco de teses desenvolvidas pelos autores behavioristas, destacam-se ainda as Teorias X-Y, de *Douglas McGregor*, que tratam dos estilos de administração. Para McGregor¹⁰, a **teoria X** reflete um estilo de administração duro, rígido e diretivo de chefia em que as pessoas envolvidas na organização desejam ser dirigidas e controladas, já que não gostam do seu trabalho. São indolentes por natureza, sem ambições, acomodadas e incapazes de autocontrolar-se, autodisciplinar-se e tomar decisões por si mesmas. Sob certos aspectos, é natural concluir que os pressupostos da teoria X são semelhantes aos da administração científica de Taylor.

Por outro lado, a **teoria Y** implica numa visão otimista da natureza humana. Baseia-se na concepção de que as pessoas gostam de trabalhar, quando compreendem aquilo que delas se espera e quando recebem uma satisfação decorrente do trabalho. É um estilo participativo e democrático, baseado nos valores humanos e sociais.

Outro aspecto importante da teoria comportamental é a teoria da decisão de *Herbert Simon*, que considerava a organização como um sistema de decisões, onde existe a participação consciente e racional das pessoas na escolha de alternativas.

Chiavenato³, fazendo comentários a esse respeito, afirma que os processos de percepção das situações e o raciocínio são básicos para a explicação do comportamento humano nas organizações. Segundo explica, o que uma pessoa aprecia e deseja influencia aquilo que vê e interpreta, assim como o que vê e interpreta influencia o que aprecia e deseja. Em outros termos, a pessoa decide em função de sua percepção das situações.

Os problemas de decisão fundem-se a partir daí. Mas, o que significa decisão? Para esclarecer melhor, pode-se afirmar que decisão *é o processo de análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis, do curso de ação que a pessoa deverá seguir.*³

Simon descreve o processo decisório em sete etapas, a saber:

1. Percepção da situação que envolve algum problema.
2. Análise e definição do processo.
3. Definição dos objetivos.
4. Procura de alternativas de solução ou de curso de ação.
5. Escolha (seleção) da alternativa mais adequada.
6. Avaliação e comparação dessas alternativas
7. Implementação da alternativa escolhida.

Em função dessas considerações, floresceram conceitos e técnicas que de há muito estavam latentes, originando-se daí o conceito de homem administrativo, o comportamento organizacional e os conflitos entre os objetivos organizacionais e os objetivos individuais.

As principais influências da teoria comportamental sobre a enfermagem dizem respeito à adoção de alguns pressupostos teóricos, como por exemplo, a teoria das necessidades básicas de Maslow aplicada no processo de enfermagem, através de Wanda de Aguiar

Horta. Os estilos de chefias apontados por McGregor, além das **teorias X e Y**, podem ser identificados na prática de enfermagem.

9. TEORIA DE SISTEMAS

A teoria de sistemas originou-se a partir dos trabalhos do biólogo alemão *Ludwig Von Bertalanffy* e espalhou-se por todas as ciências, notadamente, no campo da administração.

Para uma melhor compreensão dos princípios da teoria de *Bertalanffy*, deve-se apresentar inicialmente o conceito de sistemas. A palavra **sistema** vem do grego *systema* que significa “um conjunto de partes coordenadas entre si, para a obtenção harmônica de um resultado”.

Chiavenato³ ressalta que um sistema é um conjunto de objetos unidos por alguma forma de interação ou interdependência. Qualquer conjunto de partes unidas entre si pode ser considerado um sistema, desde que as relações entre as partes e o comportamento do todo sejam o foco da atenção. Arndt; Huckabay¹ definem sistema como um conjunto de partes que trabalham juntos na realização de objetivos da empresa.

Johson; Kast; Rosenwhg citado por Chaves², afirmam que “*sistema é um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo*”. Realmente, é difícil uma definição completa do que seja um sistema, pois cada pessoa procura analisá-lo conforme a sua perspectiva, sendo, portanto, uma questão de abordagem. Assim, sistema pode ser conceituado como **um conjunto de elementos interdependentes, interagentes, trabalhados com objetivos definidos e mútuos**.

Normalmente, são reconhecidos dois tipos de sistemas:

- a) Sistema aberto: é o que permite um intercâmbio ou interação contínua com o ambiente.
Ex.: o homem, a organização, a sociedade e outros.
- b) Sistema fechado: é o que não permite um intercâmbio com o meio. Ex.: máquinas, relógios, termostato.

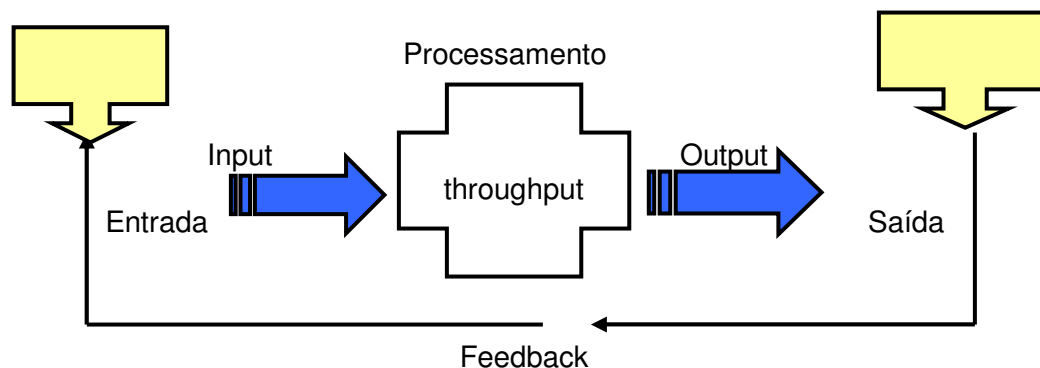


Figura 1: Modelo sistêmico e seus parâmetros.

- Entrada ou insumo (INPUT).
- Processamento ou transformação (THROUGHPUT).
- Saída ou resultado ou produto (OUTPUT).
- Retroalimentação ou retroação ou retroinformação (FEEDBACK).

O sistema recebe influência do ambiente através da entrada ou *input*. No caso do hospital, os *inputs* representam dois tipos: *input* de trabalho (pacientes, alimentação, recursos materiais, etc.) e *input* de apoio (recursos humanos) que sofrem um processo de transformação chamado de processamento. Em outros termos, o indivíduo (paciente) entra no sistema (hospital) doente e recebe assistência sistematizada, capaz de produzir mudanças no seu estado inicial. O resultado desse processo é denominado de saída ou *output* que pode ser por óbito ou por restabelecimento do estado de saúde (cura). Esse resultado deve ser coerente com o objetivo do sistema.

O *output* é ainda submetido a uma avaliação do ambiente ou comunidade, que são os usuários do sistema. Assim, os resultados dessas avaliações, na forma de informações ou comentários sobre as situações que necessitam de mudanças ou sobre as áreas em que o padrão de qualidade é elogiável, retornam ao sistema para realimentá-lo. Esse fenômeno é denominado retroalimentação ou *feedback*.

A idéia de visualizar a organização como um sistema aberto não foi mérito exclusivo de Bertalanffy. Outros estudiosos também desenvolveram pesquisas nesse sentido, tais como: Herbert Spencer, que afirmava ser a organização um sistema aberto de comportamento probabilístico e não determinístico; Katz e Kahn, que desenvolveram um modelo de organização baseado no sistema aberto, constituído por sistemas sociais com sua própria cultura ou clima em estado de dinâmica sistêmica; e Tavistock, que concebeu a idéia de organização como um sistema sociotécnico (tecnologia e social), sendo denominado de Modelo Sociotécnico de Tavistock.

É importante lembrar que a teoria sistêmica trouxe um fantástico impulso para a visão dos problemas organizacionais. Contudo, não se pretendeu, nessas considerações, esgotar o assunto, mesmo porque os limites de sua abrangência e profundidade ainda deverão ser objeto de discussões detalhadas sobre sua aplicação prática.

10. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO DAS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO NA ENFERMAGEM.

A enfermagem é uma profissão que tem evoluído muito nos últimos anos, em decorrência do acompanhamento da tecnologia e de seu aproveitamento no desenvolvimento de sua prática profissional. Por se constituir num conjunto de ciências humanas e sociais, buscou na administração a utilização do método científico capaz de tornar o trabalho operacionalmente racional, com o único propósito de prestar assistência ao

paciente, à família e à comunidade, de modo que pudesse atender as suas necessidades. Portanto, somente conhecendo os princípios em que se fundamentam a administração e possuindo habilidades para tomar decisões, é que o enfermeiro pode escolher o método para planejar, executar e avaliar as ações na prática do serviço de enfermagem.

Convém lembrar que as teorias da administração são universais e facilmente absorvidas em qualquer área do conhecimento. Em particular, na enfermagem, sua influência foi relevante, devido à própria natureza e filosofia do serviço de enfermagem que obrigatoriamente faz uso dos princípios administrativos propostos por Taylor, Fayol, Maslow e outros.

Dentre as inúmeras contribuições das teorias de administração para enfermagem, podem-se destacar as seguintes:

- a) Administração científica de Taylor: organização racional do trabalho.
- b) Teoria clássica de Fayol: princípios gerais de administração (planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar).
- c) Teoria das relações humanas: humanização da organização, liderança, comunicação e dinâmica de grupo.
- d) Teoria comportamental: motivação humana, estilos de administração e o processo decisório.
- e) Teoria sistêmica: visão sistêmica das organizações.

Por tudo isso, o enfermeiro necessita, além dos conhecimentos específicos, conhecer o processo administrativo e suas teorias, para aplicá-los nas decisões de sua competência, com habilidade, confiança em si e eficácia.

A administração pode ser considerada a base de todo o processo de enfermagem. Portanto, não é um privilégio exclusivo do gerente, mas uma função de cada componente da equipe de enfermagem distribuída gradativamente, conforme o nível de responsabilidade e hierarquia.

Em qualquer trabalho que o enfermeiro desenvolva, três fatores estão presentes:

DECISÃO \implies ORGANIZAÇÃO \implies EXECUÇÃO.

Arndt; Huckabay¹ lembram que a prática eficaz da administração depende de uma síntese de conhecimento das quatro escolas de pensamento administrativo, consideradas como a base da teoria em administração e aplicadas aos objetivos e problemas das ações de assistência à saúde e às áreas de interesses mais amplos nos assuntos de saúde da comunidade.

RESUMO

1. Evolução histórica da administração:

Primeira fase – fase empírica da administração: período teocrático e o período precursor da administração científica.

Segunda fase – fase da administração científica: período clássico, neoclássico e moderno.

2. Teoria e seus representantes

- a) Administração científica: ênfase na tarefa. Taylor, Emerson, Gilbreth e Ford.
- b) Teoria clássica: ênfase na estrutura organizacional. Fayol, Urwick e Gulick.
- c) Teoria das relações humanas: ênfase na pessoa. Elton Mayo, John Dewey e Kurt Lewin.
- d) Teoria da burocracia: ênfase na racionalidade. Max Weber.
- e) Teoria estruturalista: ênfase na tipologia e objetivos organizacionais. Philip Selznick, Amitai Etzioni e Levy Strauss.
- f) Teoria comportamental: ênfase no comportamento humano na organização. Herbert Simon, McGregor, Maslow e Herzberg.
- g) Teoria de sistemas: ênfase na visão sistêmica da organização. Ludwig Bertalanffy.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

- 1) O que caracterizou a fase da administração científica e como foi dividida?
- 2) De que forma se destaca os períodos da obra de Taylor?
- 3) Explique o que é organização racional do trabalho.
- 4) Explique o conceito de “*homo economicus*”.
- 5) Quais as funções básicas da empresa para Fayol?
- 6) Comente os princípios gerais de administração de Fayol.
- 7) Comente a experiência de *Hawthorne*.
- 8) Faça um confronto entre a teoria clássica e a teoria das relações humanas.
- 9) O que significa burocracia?
- 10) Quais as vantagens da burocracia?
- 11) Defina estruturalismo.
- 12) Relacione as principais contribuições da teoria estruturalista na administração.
- 13) Explique a hierarquia das necessidades, segundo Maslow.
- 14) Explique a teoria dos fatores de Herzberg.
- 15) Explique as teorias X e Y de McGregor.
- 16) Explique as origens da teoria de sistemas.
- 17) O que significa sistema?

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ARNDT C; HUCKABAY LMD. **Administração em enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
2. CHAVES JC. **Administração dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 1980.
3. CHIAVENATO I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
4. DRUKER PF. **Prática de administração de empresa**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1960.
5. ETZIONI A. **Organizações modernas**. São Paulo: Pioneira, 1967.
6. GONÇALVES EL. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.
7. HERZBERG F. **The motivation work**. New York: John Wiley & Sons, 1959.
8. LODI B. **Administração por objetivos**. São Paulo: Pioneira, 1972.
9. MAXIMIANO AC A. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 1981.
10. MCGREGOR D. **Motivação e liderança**. São Paulo: Brasiliense, 1973.
11. SANTOS SR. Administração em enfermagem: burocracia ou assistência? **Revista Hospital – Adm. e Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 1, jan./fev., 1992.

CAPÍTULO 2

Organização hospitalar

1. HISTÓRICO

O termo Hospital tem sua origem no Latim – *hospitale*⁴, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, viajante, estrangeiro), significando aquele que dá o agasalho ou que hospeda. Do primitivo latim, originaram-se os termos hospital e *ospedale*, aceitos em diversos países.

Entretanto, nos primórdios da era cristã, a terminologia mais utilizada relacionava-se com o grego latinizado, salientando-se:

- *Nosodochium*: lugar para receber doentes.
- *Ptochotrophium*: asilo para pobres.
- *Poedotrophium*: asilo para crianças.
- *Xenotrophium*: asilo e refúgio para viajantes estrangeiros.
- *Gynetrophium*: asilo para velhos.
- *Hospitum*: lugar que recebia enfermos incuráveis ou insanos.

As origens do hospital remontam à idade antiga, mistificada pelas lendas ou mitos dos povos que atribuíam à doença um castigo dos deuses. Os gregos construíram hospital-templo que consistia em amplo edifício, segundo o modelo arquitetônico da época, sendo um ambiente místico e de superstições.

A milenar Índia, no reinado do rei Asaka, em 226 a.C., construiu hospitais, segundo registros encontrados numa rocha do país. Outros registros comprovam a existência de hospitais no Ceilão, em 437 a.C., conforme atesta Mac Earchern⁵. Todavia, somente a partir da era cristã, o hospital passou a ser caracterizado como entidade assistencial para doentes, pobres e peregrinos, fundamentada nos princípios da proteção e amor ao próximo.

Para Mac Earchern⁵, as primeiras instituições hospitalares, construídas na era cristã, datam da segunda metade do séc. IV, com o estabelecimento do nosocômio erigido por São Basílio (369 a 372 d.C.), em Cesaréia, na Capadócia. Já outros autores citam o hospital mandado erigir por Fabíola, em Roma, nesse mesmo século, como o primeiro hospital cristão. O imperador Constantino, ao se converter à fé cristã, destruiu os templos de Esculápio (355 d.C.) e construiu um hospital em Constantinopla.

O que caracterizava os primeiros hospitais cristãos era a espiritualidade, a oração e os ofícios de religiosos que dedicavam suas vidas à assistência aos moribundos. Essa feição religiosa das organizações hospitalares acentuou-se entre os séculos XII a XVI, nos mosteiros, onde os frades, monges e outros religiosos utilizavam-se da prática médica fora dos conventos, atendendo os chamados dos enfermos².

A partir do Concílio de Viena, em 1312, o tratamento dos enfermos passou a ser exercido por leigos, competindo aos religiosos o direito da assistência espiritual. Assim, cresceram e se desenvolveram as instituições hospitalares entre os povos que

gradativamente foram libertando-se da igreja institucional, apesar da forte influência religiosa, em virtude de sua origem.

Atualmente, o hospital tem sido caracterizado como empresa de prestação de serviço, dentro do mais profundo sentido humano, do amor e da caridade. Além disso, o direito à saúde é universalmente reconhecido como inalienável aos indivíduos ou a cada nação, constando das primeiras declarações aprovadas nas Nações Unidas.

No Brasil, o governo federal, através do Decreto n.º 37.773, de 18 de agosto de 1955, publicado no Diário Oficial da União, em 22 de agosto do mesmo ano, criou uma comissão para elaborar anteprojeto da lei orgânica de assistência médico-hospitalar. Na época, o hospital foi conceituado como uma instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência de médicos e cuidados constantes de enfermagem.

Em 1977, é instituída a Portaria do Ministério da Saúde Nº 400 que aprova normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde para hospital geral, de pequeno e médio porte. Em 1978, o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (PROHASA) elaborou um Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares, cujo objetivo era difundir para os estabelecimentos, públicos e privados de pequeno, médio ou grande porte um documento básico que normatiza, simplifica e aperfeiçoa a organização interna dessas instituições.

Assim, para Mac Eachern⁵, pioneiro da moderna administração hospitalar, o hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de ter saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, de sua responsabilidade de prover meios para mantê-lo são ou restaurar-lhe a saúde perdida.

O Dr. John S Billings, na abertura do Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, definiu o hospital como: [...] “organismo vivo, constituído de diferentes partes, tendo funções diversas, mas todas na devida proporção, relacionados entre si e no conjunto, para produzir os resultados desejados”.⁶

Analisando os aspectos característicos de uma organização hospitalar, adverte Mac Eachern:

De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível ao normal.⁵

Assim conceituado, percebe-se que o hospital é uma instituição dotada de planta física, organização administrativa e equipamentos, capaz de receber o paciente, acomodá-lo, tratá-lo e devolvê-lo à comunidade em condições satisfatórias de saúde.

O hospital, por sua vez, tem acompanhado o avanço da tecnologia médica e passou a considerar o ser paciente, não mais como matéria-prima para produzir serviços de saúde, mas sob o prisma social e econômico do indivíduo em relação à comunidade. Assim, o hospital é a casa em que o hóspede é pessoa especial, um membro para o qual a comunidade tem deveres, inclusive o de promover a sua completa reintegração social mais do que a recuperação somática, psíquica ou psicossomática.

O hospital também deve ser visto sob o ângulo econômico, conforme lembra J. K. Owen: “o hospital deve trabalhar 365 dias do ano e, muito embora, seja olhado como instituição humanitária, encontra os mesmos problemas econômicos das indústrias”.⁶

E não poderia ser de outro modo, considerando-se a complexidade de sua organização que exige “bom planejamento comunitário, bom projeto de construção e boa administração”, segundo McGibony⁷. Observando-se os diversos conceitos, sente-se que é grande a responsabilidade do hospital em relação à comunidade a que se destina. A antiga concepção de cuidar da doença foi sendo alterada até atingir a complexidade que hoje alcançou a ponto de ser impossível estabelecer limites entre a saúde e a doença.

2. FUNÇÕES DO HOSPITAL

As funções do hospital evoluíram com sua própria história, deixando de ser um centro de diagnóstico e tratamento da doença, para assumir uma postura mais complexa no seio da comunidade. Atualmente, lhe são confiadas funções básicas, de acordo com a Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde. Em reunião realizada em Genebra, no período de 18 a 23 de junho de 1956, a comissão definiu hospital como sendo:

Uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população, curativa e preventiva, e cujos serviços de ambulatório atingem até a família e seu meio ambiente. É também, um centro de ensino por excelência, bem como à pesquisa biossocial.⁹

A citada comissão também discutiu as funções do hospital geral e sentiu que este não poderia limitar suas atividades à esfera restaurativa, devendo, tanto quanto possível, organizar-se no sentido de atender as necessidades preventivas, de ensino e de pesquisa. As funções do hospital padronizadas pela comissão foram:

a) Preventiva:

- Supervisão da gravidez normal e nascimento da criança.
- Supervisão do crescimento normal da criança.
- Controle das doenças transmissíveis.
- Educação sanitária.

- Saúde ocupacional.

b) *Restaurativa*:

- Diagnóstico, ambulatório e internação.
- Tratamento da doença: curativa e paliativa, envolvendo os procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais.
- Reabilitação: física, mental e social.
- Cuidados de emergência: acidentes e doenças (mal súbito).

c) *Ensino*:

- Formação de técnicos de nível médio e graduação médica/paramédica.
- Pós-graduação: especialização a praticantes em geral.
- Interessados em medicina social.
- Outras profissões correlatas.

d) *Pesquisa*:

- Aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença.
- Práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

Função preventiva

Prevenir a doença é, sem dúvida, a função mais importante para o hospital. Mas, em que consiste essa prevenção? Basicamente, consiste em medidas de supervisão e acompanhamento dos clientes que necessitam de tais medidas no controle e na educação sanitária.

Mas, para que isso aconteça, é necessário que exista uma intensa colaboração entre os serviços dos diversos hospitais, mediante o intercâmbio de informações e experiências. Não se pode mais pensar em hospital, sem uma perfeita sintonia entre a medicina preventiva e curativa. Os hospitais devem existir com programas de medicina preventiva em execução e eficiente.

Todavia, observa-se perfeitamente, o número crescente de instituições hospitalares, sem nenhum planejamento real das necessidades da comunidade, estabelecendo-se apenas como marketing comercial de empresa privada, produtora de serviço, que visa exclusivamente à lucratividade. Esse fato tem dificultado a “prevenção da doença”.

No Brasil, os dados levantados pelo primeiro censo hospitalar, levado a efeito sob os auspícios do Ministério da Saúde, em 1965, comprovaram que, dos 2.883 hospitais recenseados, somente 32 constituíam unidades integradas. Atualmente, o quadro não sofreu significativas modificações. A grande preocupação da Organização Pan-Americana de Saúde, no sentido de assistência médico-hospitalar, tem sido enfatizada através de resoluções das assembléias de delegados. Nas discussões da XVII Conferência Sanitária Pan-Americana, que versou sobre o tema: *Meios para promover e tornar efetiva a*

coordenação entre os serviços e programas do Ministério da Saúde, concluiu-se que a coordenação de esforços para a organização e administração dos serviços de assistência médico-hospitalar é uma necessidade imperiosa e impostergável⁶.

A propósito, assinala Campos²: “as atividades da medicina curativa e preventiva não podem fugir de um esquema de coordenação, pela ordem metódica no uso dos recursos materiais e humanos disponíveis, nas organizações públicas e privadas, para o cuidado da saúde”. Assim, a lacuna existente atualmente em muitos hospitais, entre os serviços preventivos e curativos, deve ser eliminada com a fixação de programas integrados e a participação de toda a equipe de saúde.

Função restaurativa

A função restaurativa é, sem dúvida, uma das mais importantes do hospital, executada por um complexo de técnicas capazes de realizar, com rapidez e eficiência, o diagnóstico e o tratamento das pessoas necessitadas que o procuram. A evolução histórica e a substituição do empirismo pela tecnologia científica fizeram com que essa idéia simplista de função restaurativa fosse provida de instalações, equipamentos e organizações, a fim de possibilitar, com uma margem maior de segurança, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das doenças.

No Brasil, até a segunda metade do século XX, os hospitais eram construídos, salvo algumas exceções, sem qualquer planejamento, apenas considerando-se as necessidades comunitárias de subsistência. Isso retardou o processo evolutivo das funções, pois não se estabeleceu, sequer, um conjunto de condições favoráveis ao cumprimento da atividade relacionada com o diagnóstico e o tratamento.

Atualmente, a idéia dominante é a de que as instituições hospitalares devem ser planejadas, de modo a estabelecer-se uma combinação ideal entre os leitos disponíveis e as necessidades da comunidade. Além disso, o diagnóstico e o tratamento da doença possibilitam a restauração que prevê a reabilitação física, mental e social do indivíduo. Portanto, na sociedade o indivíduo deve ser “sempre colocado como o elemento mais importante, para que se creia que tal custo poderá ser totalmente compensado pelos relevantes serviços prestados à comunidade”, salienta Campos².

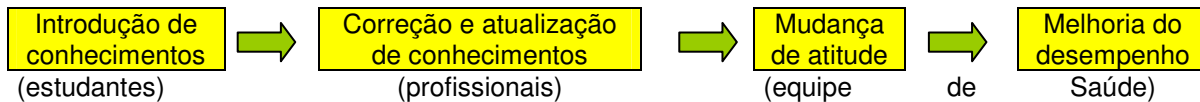
Função de ensino

O hospital exerce um papel fundamental na formação de recursos humanos para a área de saúde. Por isso mesmo todos os hospitais podem ser centro de estudo em potencial, não somente para a prática de estudantes de medicina ou de enfermagem, mas para todas as áreas ligadas à saúde, a nível médio e de graduação.

Outros aspectos de relevância na função de desenvolvimento no hospital são aqueles relativos ao processo de treinamento e capacitação, destacando-se:

- a) orientação ao funcionário novato;
- b) treinamento em serviço.

Assim, o hospital possibilita um preparo prático, moderno e atualizado aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, aos assistentes e demais categorias que trabalham na instituição. Portanto, o papel educativo do hospital pode ser resumido de acordo com o seguinte esquema:



Função de Pesquisa

Kreatchemer citado por Maudonnet⁶, define pesquisa como: “*o esforço consciente do homem no sentido de encontrar novos fatos pela exploração, de relacionar uns com os outros e deles derivar novos princípios e generalidades*”.

Dentro do campo da atividade hospitalar, a pesquisa envolve aspectos médicos, sociais e administrativos. Analisando-se o papel do hospital no contexto de suas funções, percebe-se que, por ser uma unidade dinâmica na sociedade, deve manter-se atualizado, testando e inovando técnicas. Só assim será capaz de obter os melhores resultados, com menos tempo e esforço, e menor custo operacional. Mas, para alcançar esse objetivo, precisa investir em recursos, na pesquisa ligada a todos os campos de sua atividade.

Cherubin³ define a pesquisa hospitalar, como meio para chegar ao conhecimento e à aplicação de novos processos de diagnóstico e tratamento, que vão da simples observação ou pesquisa passiva, até a experimentação, ou seja, a atitude ativa do pesquisador. Seu objetivo é modificar o curso da doença ou as condições dos organismos vivos e chegar assim, a uma conclusão a respeito dos melhores processos referentes aos objetivos da medicina.

Para Harvey citado por Campos², “não há melhor maneira de fazer avançar a prática da medicina do que aplicar nossas mentes, não apenas na descoberta do trabalho normal da natureza, mas também na cuidadosa investigação das mais raras formas de enfermidades”.

É isso que faz com que a pesquisa seja considerada necessária, obrigando o hospital a se manter atualizado nos aspectos relacionados com a constante evolução da prática médica e administrativa.

3. CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS

A classificação hospitalar supõe uma série de requisitos que tem por objetivo medir o desempenho em termos de serviços prestados, com base em padrões preestabelecidos pelo Ministério da Saúde, cuja finalidade é estimular a melhoria do atendimento prestado ao paciente, elevando o padrão das instituições.

Para a classificação dos hospitais, utilizam-se como parâmetros de avaliação, os instrumentos elaborados pela coordenação de assistência médica do Ministério da Saúde, com base nos critérios baixados pelo Conselho Nacional de Classificação Hospitalar.

A classificação dos hospitais obedece a uma série de critérios. É impossível relacionar todos os critérios neste trabalho. Pode-se, porém, apresentar alguns aspectos adotados, seguindo o exposto no Anteprojeto da Lei Orgânica de Assistência Hospitalar, de 1964, que define assistência hospitalar como aquela que tem por base o hospital e a instituição para-hospitalar e que concorre para a criação de completo estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Portanto, a assistência hospitalar pode ser classificada da seguinte forma:

- Geral: é aquela prestada por hospitais gerais (que atendem a muitas enfermidades).
- Especializada: é aquela prestada por hospitais especializados, como por exemplo, tuberculose, doenças mentais, câncer, etc.

Outras formas de classificação indicadas pelo anteprojeto da Lei Orgânica referida aos hospitais são:

a) Nível de competência (nível de serviços médicos):

- Hospital primário: profilaxia, prevenção, clínica básica.
- Hospital secundário: básico, sem recursos avançados.
- Hospital terciário: nível tecnológico desenvolvido.

À medida que aumenta o nível de serviços médicos, aumentam o nível de capacitação dos recursos humanos e a sofisticação tecnológica dos equipamentos.

b) Hospital oficial: o provimento cabe direta ou indiretamente à administração pública, podendo ser:

- Administração central: o hospital é mantido por órgãos da administração centralizada federal, estadual e municipal.
- Administração descentralizada ou paraestatal: o hospital é mantido por órgãos da administração descentralizada federal, estadual ou municipal, pelas sociedades de economia mista ou por fundação.

3. Hospital particular: mantido por instituições particulares ou pessoa jurídica de direito privado. Pode ser:

- Hospital lucrativo: objetiva o lucro da empresa compensando o emprego do capital com distribuição de dividendos.

- Hospital não lucrativo: não objetiva o lucro, não remunera os administradores (as pessoas jurídicas), não distribui benefícios a qualquer título. Apenas aplica integralmente os recursos na manutenção, que tenha idênticos objetivos sociais.
 - Hospital filantrópico: é o hospital particular não lucrativo que, de acordo com o Decreto n.º 1840, de 20 de julho de 1973, proporciona assistência gratuita a um quinto do total de seus serviços. Apresenta ainda o seguinte: *“não concebe remuneração, gratificação, vantagem ou benefício de qualquer espécie e a qualquer título, a dirigentes superiores, diretores, sócio, irmãos ou outras pessoas, salvo aquelas com as quais mantém vínculos legais de empregador”*³.
 - Hospital beneficente: é o hospital particular não lucrativo, cuja finalidade é prestar assistência hospitalar a um grupo específico de pessoas a respectivos dependentes que contribuem como associados, cujos atos de constituição especifiquem sua clientela. Não é permitida a distribuição de dividendos, devendo seus recursos financeiros ser aplicados em benefício da própria instituição.
- c) Tempo de permanência do paciente:
- Hospital de crônicos: é aquele que se destina a prestar assistência a pacientes, cujo quadro clínico se tenha estabilizado.
 - Hospital de longa permanência: é aquele cuja permanência é prolongada por moléstia grave ou de prognóstico negativo, tendo geralmente uma média de sessenta dias. É o caso dos hospitais de psiquiatria, tisiologia e outros com características semelhantes.
 - Hospital de agudos ou de curta permanência: é aquele cuja permanência em média não ultrapassa a trinta dias. É o caso das situações médicas de emergência ou moléstias agudas.
- d) Grupo etário:
- Hospital infantil: destina-se a assistir pacientes com idade de até doze anos, podendo essa faixa etária máxima variar em alguns hospitais.
 - Hospital geriátrico: destina-se a assistir pacientes idosos.
 - Hospital de adultos: destina-se a assistir o paciente adulto.
- e) Faculdade do exercício profissional médico:
- Hospital de corpo clínico aberto: permite a qualquer médico a internação e a assistência a seus pacientes.
 - Hospital de corpo clínico fechado: só permite o exercício da medicina àqueles médicos que compõem seu corpo clínico.
- f) Edificação:
- Hospital pavilhonar: é o hospital cujos serviços se apresentam distribuído por edificações isoladas de pequeno porte, podendo ou não estar interligadas.

- Hospital multibloco: é o hospital cujos serviços encontram-se distribuídos por edificações de médio ou grande porte, que podem ou não estar interligadas.
- Hospital horizontal: é o hospital em que há predominância de sua dimensão horizontal sobre a vertical.
- Hospital vertical: é o hospital em que há predominância de sua dimensão vertical sobre a horizontal.

g) Tamanho em relação ao número de leitos:

- Hospital de pequeno porte: entre 25 a 49 leitos.
- Hospital de médio porte: entre 50 a 149 leitos.
- Hospital de grande porte: entre 150 a 500 leitos.
- Hospital de porte especial ou extra: mais de 500 leitos.

8. Capacidade e localização:

- Hospital Unidade Integrada de Saúde ou Unidade Mista: essas unidades foram construídas para servir de ponto avançado em zonas de escassa densidade demográfica. Devem atender a uma faixa populacional entre 10.000 a 20.000 habitantes, centralizando e integrando as atividades de saúde, basicamente em clínicas médico-pediátricas, obstétricas e cirúrgicas, todas normalmente em caráter de urgência. As Unidades Mistas, além de realizar internação, executam programas de saúde pública, contendo serviços de ambulatório, laboratório e de odontologia.
- Hospital local ou de comunidade: é um hospital destinado a população igual ou superior a 20.000 habitantes, constando de unidade de internação nas áreas de clínica médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica em geral e pediátrica, ginecologia e obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia e traumatologia.
- Hospital de base: é um hospital geral que possui entre 300 a 500 leitos. Destina-se a funcionar como centro coordenador de integração dos serviços médico-hospitalares de uma determinada área ou região, prestando assistência médico-cirúrgica e especializado e servindo de apoio aos hospitais distritais ou regionais. Além disso, o hospital de base complementa a ação dos hospitais com os quais mantém intercâmbio, formando, treinando e aperfeiçoando o pessoal hospitalar, profissional e não profissional, cooperando com a unidade sanitária no campo da saúde pública.
- Hospital de ensino: é um hospital geral com a característica e função do hospital de base, destinada à formação de estudantes na área de saúde. Tem suas atividades assistenciais ajustadas ao ensino e ao treinamento, sob a responsabilidade do corpo docente da instituição. Normalmente sua capacidade é de 400 a 500 leitos. Seus objetivos principais são:
 - ➔ Formação profissional.
 - ➔ Pesquisa clínica e social.

- Treinamento de graduados (aperfeiçoamento e especialização).
- Preparo do pessoal paramédico[†].
- Desenvolvimento da medicina comunitária.

4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL

A organização hospitalar apresenta muita semelhança com a de uma empresa de produção industrial. Essa semelhança diz respeito à estrutura formal, principalmente a administrativa que se completa com uma complexa divisão de funções, com pessoal de profissões diferentes, agrupados e estruturados, de forma a haver distribuição de trabalho e responsabilidade, constituindo-se num conjunto de atividades, gerenciada pelo administrador.

O hospital segundo Teixeira¹¹:

É uma organização que tem características próprias que o diferenciam de outras instituições; muitas áreas funcionais que são interdependentes e se interrelacionam, necessitando de um funcionamento eficiente de todos os seus componentes de maneira a compor um todo e, não um somatório de partes desagregadas.

O hospital é uma instituição de complexa estrutura organizacional, mas acima de tudo humanitária, burocrática e altamente hierarquizada ou autoritária, mas com uma extrema divisão de trabalho, que reparte em parcelas de densidades diferentes as suas responsabilidades. Seu objetivo principal é proporcionar cuidado adequado aos pacientes, aplicando os recursos disponíveis em tecnologia e em atividade humana.

O trabalho no hospital apresenta objetivo definido. Por isso, é visto como um sistema humano de serviço, tornando o trabalho individualizado devido à dinâmica gerada no seu planejamento. Dessa forma, depende muito de sua interação com as pessoas que cuidam dos pacientes, porque, apesar de o produto do hospital ser o paciente, o mesmo não pode ser considerado um objeto ou matéria – prima.

Embora o hospital apresente essa característica humanitária, é também uma organização burocrática, com regras e regulamentos para o controle do comportamento e trabalho de seus funcionários. Esses profissionais são, extremamente, ciosos de seu status, não apenas social, mas principalmente político e técnico. Porém, com as mudanças na cultura organizacional do hospital, esse autoritarismo vem perdendo gradualmente suas características, tornando a organização mais funcional, racional e descentralizada.

O esquema apresentado a seguir, exposto por Teixeira¹¹, tem a finalidade de facilitar a compreensão da estrutura hospitalar, independentemente de denominações oficiais ou peculiares a cada hospital. A autoridade no hospital é repartida em parcelas, segundo as

[†] Relativo à complementação de serviços médicos. Que tem relação secundária com a medicina.

instituições, entre a direção superior, o corpo clínico, o corpo profissional e administração ou diretoria.

A organização formal do hospital mostra que a direção superior é a autoridade máxima, sendo a responsável pela instituição. A figura 2 apresenta os segmentos que compõem a estrutura de um hospital.

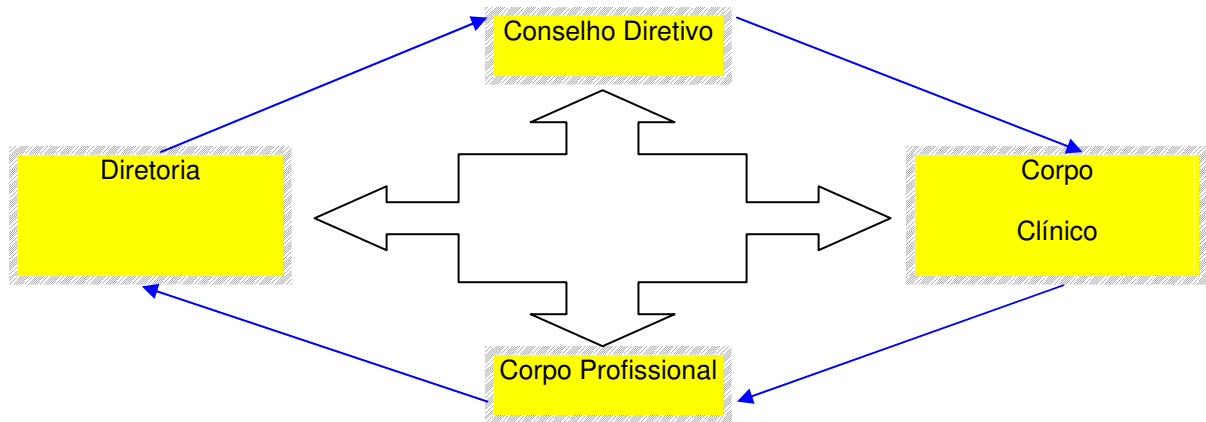


Figura 2: Modelo da estrutura de um hospital

- a) Conselho Diretivo ou Direção Superior: recebe denominações diversas, variando de um hospital para outro. Por exemplo: mesa administrativa ou junta de diretores, conselho de administração ou diretor geral, ou ainda, superintendente, nos hospitais públicos, conforme o porte.

Compete à direção superior, por ser um órgão deliberativo, tratar as políticas gerais da instituição, elaborando as diretrizes indispensáveis à concretização de tais políticas. Além disso, a direção superior responde pela administração dos recursos econômicos que lhe são confiados e que são essenciais ao funcionamento do hospital.

- b) Diretoria: é o órgão executivo, ao qual compete planejar e estabelecer a organização interna das unidades, coordenar os trabalhos médicos e administrativos, bem como controlar as atividades técnicas e administrativas.

- c) Corpo clínico: é o conjunto de profissionais de medicina, os quais se agrupam por especialidade, em serviços e clínicas. As especialidades médicas na organização hospitalar são constituídas de: clínica médica, cirúrgica, obstétrica, ginecológica e pediátrica.

O corpo clínico realiza ainda os serviços de apoio clínico (auxiliar de diagnóstico e tratamento ou serviços médicos auxiliares), que auxiliam o trabalho do médico, na confirmação do diagnóstico e nas medidas terapêuticas, caracterizando uma atenção médica moderna, resultando na organização do trabalho em equipe. São eles, entre outros:

- ♦ Laboratório clínico.
- ♦ Transfusão.
- ♦ Anatomia patológica.

- ♦ Radiologia.
- ♦ Anestesia.
- ♦ Medicina física.
- ♦ Eletrocardiografia.
- ♦ Hemodinâmica.
- ♦ Endoscopia.
- ♦ Medicina nuclear.

Os serviços técnicos são atividades que colaboram diretamente com o corpo clínico. São compostos de profissionais paramédicos que desempenham diferentes atividades relacionadas diretamente ao paciente. Situa-se nesse âmbito, com destaque, o serviço de enfermagem, que é constituído pelo maior número de profissionais, em torno de 60% do quadro geral de pessoal, estando presente em todos os turnos de funcionamento do hospital. Outros serviços que são enquadrados dentro dos serviços técnicos são:

- Serviço social médico.
 - Serviço de nutrição e dietética.
 - Serviço de farmácia.
 - Serviço de psicologia.
 - Serviço de arquivo médico e estatístico.
 - Serviço de fisioterapia.
 - Biblioteca.
- d) Corpo profissional: é constituído pelo serviço de apoio administrativo ou apoio gerencial. Esse serviço constitui a infraestrutura do hospital, que inclui a coordenação de recursos humanos e materiais, visando atingir os objetivos-fins do hospital. O serviço de apoio administrativo engloba os seguintes serviços:
- Comunicações e arquivo ou protocolo e arquivo ou secretaria.
 - Recursos humanos.
 - Recursos materiais.
 - Recursos financeiros.
 - Contabilidade.
 - Engenharia e manutenção hospitalar.
 - Processamento de dados.
 - Lavanderia e rouparia.
 - Zeladoria.
 - Limpeza.
 - Transporte.
 - Portaria.

- Telefone.
- Serviços gerais.

Além dos serviços citados, o hospital pode ainda dispor de assessoria jurídica, relações públicas, sistema de informações e organização & métodos, fazendo parte do *staff* da direção do hospital. Esses serviços são fundamentais, porque vão fornecer ao nível técnico, o ingresso do material, energia e informações para que as atividades-fim da instituição sejam realizadas com eficiência.

Como se pode verificar, a organização de um hospital é geralmente bastante complexa. Não há uma resposta mágica que defina a estrutura de inter-relacionamento mais correta, nessa organização, fato que dificulta sensivelmente aqueles que trabalham nos hospitais.

e) Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME: no Brasil, o primeiro SAME surgiu no Hospital das Clínicas de São Paulo, organizado e implementado em 1943, pela Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, e tem servido de modelo para os demais que vêm sendo organizado no país. O SAME recebe outras denominações, por exemplo: SDM – Serviço de Documentação Médica; SDC – Serviço de Documentação Científica. Não importa a sigla usada pelo hospital, mas sim, a forma como o setor se encontra estruturado, capaz de prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, ao hospital e à sociedade.

Sua boa organização possibilita ao hospital facilidades na obtenção de convênios ou contratos com entidades, ou ainda, de subvenções governamentais. Esse serviço é responsável pelo desenrolar do SDM e também pela fidelidade das estatísticas.

Mezomo⁸ ressalta que:

a finalidade da estatística é fornecer dados para avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços e prestar informações dentro do menor tempo possível os resultados, quando conhecidos tardiamente, não permitem sanar as causas em curto prazo e, dessa forma, as falhas prolongam-se mais do que seria tolerável.

O SAME é o retrato do hospital, por isso deve estar estruturado para funcionar em perfeita harmonia com a imagem da instituição. Para Maudonnet⁶, o SDM deve funcionar como os ponteiros de um relógio, mostrando os efeitos de seu mecanismo. Afirma ainda que o *“SDM está para a entidade assistencial médica, assim como a central de custos está para a entidade administrativa hoteleira”*.

Diante de tudo quanto se disse a seu respeito, o SAME deve ser conceituado como sendo um órgão, hierarquicamente subordinado ao serviço técnico, destinado ao registro de dados do paciente, ordenação e controle do prontuário. Além disso, fornece informações para pesquisa médico-social e para administração do hospital. Para Maudonnet⁶, o SDM *“é um órgão, destinado a coletar, controlar, apurar e fazer amostragem de todos os dados de*

ordem médico-administrativa, referentes aos pacientes que utilizam a entidade assistencial médica”.

O PROAHSa – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde – define o SAME como um órgão que:

tem por finalidade a manutenção da integridade do conjunto de prontuário pertencente ao hospital, por meio de atividades desenvolvidas segundo critérios especiais de guarda, classificação, codificação e controle da circulação dos prontuários, bem como do necessário sigilo no que se refere ao conteúdo dos mesmos ¹⁰.

Quanto às finalidades do SAME, pode-se enumerar os seguintes encargos, segundo PROAHSa¹⁰, Maudonnet⁶ e Berezovisk¹ :

- Manter um sistema de registro que controle toda a movimentação dos pacientes no hospital.
- Zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos do hospital.
- Zelar pela ordenação, guarda e conservação dos prontuários médicos dos pacientes tratados no hospital.
- Cooperar no estudo ou na alteração dos formulários relacionados à assistência prestada ao paciente.
- Manter um serviço que proporcione estudos capazes de facilitar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico.
- Colaborar em programas de ensino e pesquisa.

Para atingir essas finalidades, o SAME precisa se organizar, sendo estruturalmente delineado pelos seguintes setores:

- Diretoria.
- Registro geral: registro, internação, informação e marcação de consultas e exames.
- Arquivo médico: recepção, prontuário, ambulatório e clínicas gerais e especializadas.
- Estatísticas: estatística médica e administrativa.
- Expediente.

O SAME tem responsabilidade pelo controle do prontuário. Esse controle evoluiu com a introdução de novos métodos, formas, técnicas e de equipamentos, sendo utilizado, por exemplo, um sistema numérico nos prontuários, calculado por computador, onde todos os dados do paciente são cadastrados em banco de dados, proporcionando os seguintes benefícios:

- Maior rapidez nas anotações e na transmissão de informações de interesse administrativo.
- Melhoria na qualidade, na quantidade e na utilização das informações médicas.

- Diminuição nas possibilidades de erro e redução do tempo gasto nas verificações e transcrições.
- Melhoria do sistema de informação e comunicação.

Outro recurso técnico atual é o processo de microfilmagem utilizada nos prontuários inativa. Esse processo facilita o serviço de arquivamento, em virtude da economia de espaço, redução do pessoal para ordenação, guarda e conservação, possibilitando maior rapidez na localização de documentos e melhoria nas condições de manutenção e limpeza da documentação.

Lamentavelmente, só os grandes hospitais utilizam os modernos métodos de sistematização do trabalho no SAME, por vários fatores significativos. No entanto, quer utilize técnicas avançadas, quer utilize técnicas rudimentares, esse serviço cumpre, no hospital, uma fundamental tarefa de revelar o grau de desenvolvimento técnico e de eficiência da instituição.

5. TERMINOLOGIA HOSPITALAR

Para uma melhor compreensão da complexidade da administração hospitalar, o primeiro passo é conhecimento de sua linguagem técnica mais usual, transcrita em seguida. Terminologia geral – médico-hospitalar e epidemiológica:

ALOJAMENTO CONJUNTO: é um tipo de acomodação em que o recém-nascido normal permanece junto ao leito da mãe, após o parto hospitalar.

ALTA ADMINISTRAÇÃO ou ALTA GERÊNCIA: é a expressão que inclui os chefes corporativos. Em grandes empresas, altos gerentes são os gerentes gerais e seus subordinados.

ALTA: é um ato médico, que põe termo à assistência prestada ao paciente. Pode ser por cura, melhora, a pedido, por óbito, transferência ou indisciplina. Compreende alta ambulatorial, domiciliar e hospitalar.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: é aquela prestada pela equipe de saúde no domicílio ou na residência do paciente.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: é aquela que exige o emprego de um conjunto de ações, métodos e processos de ciência da saúde, com o objetivo de promover, proteger, recuperar e reabilitar o indivíduo, em regime de internação, em estabelecimentos hospitalares.

ASSISTÊNCIA MÉDICA: é aquela prestada pelo médico, onde é empregado um conjunto de ações, métodos e processos de ciência médica, com o objetivo de promover, proteger, recuperar e reabilitar o indivíduo.

ASSISTÊNCIA SANITÁRIA: é aquela desenvolvida pela equipe de saúde junto à população, com o propósito de elevar o nível de saúde. Para isso, é empregado um

conjunto de ações, métodos e processos de ciências da saúde, com o objetivo de promover, proteger, recuperar e reabilitar o indivíduo.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA: constitui-se num conjunto de ações destinadas à recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM: é aquele em que a prestação de cuidados ao paciente é realizada pelo pessoal de enfermagem, em todos os níveis.

BERÇO DE MATERNIDADE: é a cama destinada ao recém-nascido sadio, nascido no hospital. Para o recém-nascido doente, prematuro e recém-nascido admitido para tratamento, o berço é considerado leito infantil e será computado na lotação.

CAPACIDADE HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: é o número de leitos que poderão ser colocados no hospital, em circunstâncias anormais ou de calamidade pública, com aproveitamento das áreas consideradas utilizáveis.

CAPACIDADE HOSPITALAR DE OPERAÇÃO: é o número de leitos em funcionamento no hospital.

CAPACIDADE HOSPITALAR DE PLANEJAMENTO: é o número máximo de leitos que poderão ser colocados em quartos e enfermarias.

CENSO HOSPITALAR DIÁRIO: é a contagem, a cada 24 horas, do número de leitos ocupados.

CENTRO DE SAÚDE: é o estabelecimento de saúde destinado a prestar cuidados médicos e sanitários à comunidade, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstétrica e pediatria).

CICLO PDCA: trata-se de uma ferramenta que pode ser aplicado às pessoas, aos processos, ao sistema e à gestão para aprimoramento contínuo do processo. Ele significa *Plan, Do, Check e Act* (Planejar, Fazer, Controlar e Agir).

CLIENTE: é todo aquele afetado por produto ou processo. Pode ser externo e interno.

CLIENTES EXTERNOS: aqueles que são afetados pelo produto, mas não pertencem à empresa na qual o produto ou serviço é feito.

CLIENTES INTERNOS: aqueles que são afetados pelo produto e também são integrantes da companhia que produz o produto ou serviço.

COBERTURA DE SERVIÇO DE SAÚDE: é a oferta sistematizada de serviços básicos de saúde, que satisfaçam às necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma contínua, em lugar geograficamente acessível e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde.

COMUNICANTE: é qualquer pessoa ou animal que esteja em contato com pessoa ou animal infectado, ou com ambiente contaminado, possibilitando oportunidade de contrair a doença.

CONSULTA DE PRIMEIRA VEZ OU PRIMEIRA CONSULTA: é o primeiro atendimento médico a um paciente ambulatorial, após seu registro.

CONSULTA SUBSEQÜENTE OU DE RETORNO: é a consulta que sucede a primeira, para continuidade do atendimento do mesmo quadro mórbido ou avaliação periódica da saúde.

CONSULTA: é o tipo de assistência na qual um profissional da equipe de saúde, geralmente médico e enfermeiro, interage com o indivíduo para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

CONTÁGIO: é a transmissão do agente infeccioso de um doente ou portador para outro indivíduo.

CONTAMINAÇÃO: é a transferência do agente infeccioso para um organismo, objeto ou substância.

CONTRA-REFERÊNCIA: é o ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem, após resolução de causa responsável pela referência. A contra – referência do paciente deverá, sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do paciente no estabelecimento de origem.

CUSTO DO PACIENTE – DIA: é uma unidade de gasto hospitalar, que representa os dispêndios diretos e indiretos por serviço prestado a um paciente, num dia hospitalar.

DESINFECÇÃO CONCORRENTE: é a desinfecção que se faz imediatamente após a expulsão de matérias infecciosas do corpo do indivíduo infectado, ou logo depois de terem sido com elas contaminados por objeto de uso, antes que qualquer pessoa entre em contato com tais materiais ou objetos.

DESINFECÇÃO TERMINAL: é a desinfecção que se faz quando se submetem roupas, objetos de uso pessoal e o meio ambiente do indivíduo infectado após a extinção da fonte de infecção, por morte, remoção do doente ou suspensão das medidas de isolamento.

DESINFECÇÃO: é a destruição de agentes infecciosos situados fora do organismo, mediante aplicação direta de meios físicos e químicos.

DESINFESTAÇÃO: é a eliminação ou destruição de metazoários da superfície corporal do hospedeiro, de suas roupas ou meio ambiente, por qualquer processo físico ou químico.

DIA HOSPITALAR: é o período de trabalho, compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

DIRETRIZ: é a rota que sustenta o desenvolvimento das estratégias de aprimoramento contínuo das pessoas, processos, sistemas de gestão no atingimento de seus objetivos de curto, médio e longo prazos.

DOENÇA INFECCIOSA: é aquela resultante de uma infecção.

DOENÇA TRANSMISSÍVEL: é aquela causada por um agente infeccioso ou por suas toxinas, contraídas através da transmissão desse agente, ou de seus produtos, diretamente de uma pessoa ou animal infectado, ou de um reservatório ao hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou de meio ambiente inanimado.

DOENÇA: é o distúrbio da saúde física ou mental.

EFICÁCIA: é o resultado da tarefa, isto é, o produto. Relaciona-se com a satisfação do cliente.

EFICIÊNCIA: é a forma de organização da tarefa. Relaciona-se com os custos.

ENDEMICIA: é uma doença que ocorre em determinada área geográfica ou sua prevalência nessa área.

EPIDEMIA: são casos de doenças que ocorrem numa coletividade ou região, em número que ultrapassa a incidência normalmente esperada.

EPIDEMIOLOGIA: é o estudo da distribuição dos eventos relacionados com a saúde da comunidade e seus fatores determinantes.

ESTERILIZAÇÃO: é a destruição total dos microorganismos na forma vegetativa ou esporulada.

ESTRUTURAS: são os recursos disponíveis na organização, titulação do profissional, características prediais, procedimentos, etc.

FONTE DE INFECÇÃO: é uma pessoa, animal, objeto ou substância de onde um agente infeccioso passa diretamente a um hospedeiro.

GERÊNCIA DA QUALIDADE TOTAL: é ação de forma planejada e sistemática para implantar e implementar um ambiente, no qual, em todas as relações fornecedor – cliente da organização, sejam elas internas ou externas, exista satisfação mútua.

HOSPEDEIRO: é o homem ou animal que oferece condições naturais de subsistência ou alojamento a um agente infeccioso.

HOSPITAL – DIA: é uma modalidade de assistência na qual o paciente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar, apenas durante o período diurno.

HOSPITAL – NOITE: é uma modalidade de assistência na qual o paciente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar, apenas durante o período noturno.

IMUNIDADE: é a resistência de um hospedeiro contra determinado agente etiológico associado à presença de anticorpos ou células de ação específica.

INCIDÊNCIA: é o número de casos novos de doenças que vão aparecendo numa comunidade.

ÍNDICE: é a razão entre determinados valores.

INFECÇÃO INAPARENTE, SUBCLÍNICA OU LATENTE: é a ocorrência de infecção num

hospedeiro, sem o aparecimento de sinais ou sintomas aparentes.

INFECÇÃO: é a penetração e desenvolvimento de um agente infeccioso no organismo do homem ou de outro animal.

INFESTAÇÃO: é o alojamento, desenvolvimento e reprodução de artrópodes na superfície do corpo de pessoas e animais ou nas vestes.

INFLAMAÇÃO: é a reação local do organismo a um agente agressor (físico, químico ou biológico) e que se destina, quando possível, a destruí-lo ou limitar sua difusão, a fim de reparar e substituir os tecidos lesados.

INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO: é uma coleta de dados através de um levantamento epidemiológico, que pode ser por amostragem, a fim de obter informações sobre uma doença, em determinada comunidade.

INTERCORRÊNCIA: é o surgimento de uma doença concomitante com uma enfermidade, sem ter ligação com a mesma.

INTERNAÇÃO: é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período superior a 24 horas.

ISOLAMENTO: é a separação de uma pessoa ou animal infectados, de outros não infectados, durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos suscetíveis.

LEITO – DIA: é a cama disponível ao paciente num dia hospitalar.

LEITO DE OBSERVAÇÃO: é aquele destinado a acomodar os pacientes que necessitam ficar sob supervisão médica e de enfermagem, para fins de diagnóstico ou terapêutica, durante um período inferior a 24 horas.

LEITO ESPECIALIZADO: é o leito hospitalar destinado a certas especialidades médicas.

LEITO HOSPITALAR: é a cama destinada a acomodar o paciente internado no hospital.

LEITO INDIFERENCIADO: é o leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.

MATRÍCULA OU REGISTRO: é a inscrição do paciente no estabelecimento de saúde.

MISSÃO: é a expressão usada para que a organização estabeleça o que fazer para aprimorar continuamente, quais os recursos disponíveis, quais os indicadores a utilizar para que se identifique que o pretendido está sendo atendido. Seu objetivo é atingir a visão de futuro.

NASCIDO MORTO OU NATIMORTO: é o óbito fetal tardio, ou seja, o óbito ocorrido antes da expulsão ou extração completa do corpo materno de um produto da concepção que tenha alcançado 28 semanas completas ou mais de gestação.

NASCIDO VIVO: é a expulsão ou extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, de um produto da concepção que, depois da

separação, respire ou dê qualquer sinal de vida, tais como, batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contrações voluntária.

NOTIFICAÇÃO: é a comunicação oficial da ocorrência de doenças à autoridade competente.

ÓBITO DE ADULTO: é o óbito ocorrido em pessoas com mais de 14 anos.

ÓBITO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE: é o óbito ocorrido em pessoas com idade de até 14 anos.

ÓBITO FETAL OU PERDA FETAL; é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

ÓBITO HOSPITALAR ESPECÍFICO OU INSTITUCIONAL: é o óbito ocorrido após 48 horas de internação de um paciente.

ÓBITO HOSPITALAR: é o óbito ocorrido no hospital após o registro do paciente.

ÓBITO INFANTIL TARDIO OU PÓS-NEONATAL: é o óbito que se verifica em crianças com mais de 28 dias e menos de 01 ano.

ÓBITO INFANTIL: é o óbito que se verifica em crianças menores de 01 ano.

ÓBITO MATERNO: é o óbito ocorrido devido a complicações da gravidez, do parto ou do puerpério.

ÓBITO NEONATAL PRECOCE: é o óbito que ocorre em crianças que não atingiram 07 dias de vida.

ÓBITO NEONATAL: é o óbito que se verifica em crianças que não atingiram 28 dias de vida.

ÓBITO OPERATÓRIO: é o óbito que ocorre durante o ato cirúrgico ou por consequência deste.

ÓBITO PERINATAL: é o óbito fetal tardio e o óbito neonatal e o óbito neonatal precoce.

ÓBITO POR ANESTESIA: é o óbito causado por agentes anestésicos.

ÓBITO PÓS – OPERATÓRIO: é o óbito ocorrido dentro do período de 10 dias, do ato cirúrgico e em consequência deste.

ÓBITO TRANSOPERATÓRIO: é o óbito ocorrido durante o ato operatório, como consequência do mesmo.

PACIENTE – DIA: é uma unidade de mensuração da assistência prestada, em um dia hospitalar a um paciente internado.

PACIENTE EGRESSO: é o paciente que recebe alta de um estabelecimento de saúde.

PACIENTE ANTIGO: é aquele paciente registrado e já assistido anteriormente, e que volta para novo atendimento.

PACIENTE DE AMBULATÓRIO OU EXTERNO: é o paciente que, após ser registrado, recebe assistência ambulatorial ou de emergência.

PACIENTE DE CONVÊNIO OU SEGURADO: é o paciente contribuinte que paga pela assistência hospitalar recebida.

PACIENTE DE RETORNO: é o paciente que, após a primeira consulta ou após alta hospitalar, volta para continuar o tratamento.

PACIENTE NÃO PAGANTE OU NÃO CONTRIBUINTE OU GRATUITO: é o paciente que não contribui com qualquer pagamento para receber a assistência hospitalar.

PACIENTE NOVO: é o paciente que, após o registro no hospital, é assistido pela primeira vez.

PACIENTE PAGANTE OU CONTRIBUINTE: é o paciente que retribui com pagamento a assistência hospitalar recebida.

PANDEMIA: é uma epidemia em grandes proporções que atinge um enorme número de pessoas em uma vasta região.

PATOGENICIDADE: é a capacidade que um agente infeccioso tem de produzir doença num hospedeiro suscetível.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: é o intervalo de tempo entre a infecção e o aparecimento dos sintomas ou sinais da doença.

PESSOA IMUNE: é a pessoa que possui imunidade.

PESSOA INFECTADA: é a pessoa portadora de infecção.

PESSOA INFECTANTE: é a pessoa da qual o agente infeccioso pode ser contraído em condições naturais.

PLANO: é um recurso que permite elaborar os desdobramentos das diretrizes dos níveis estratégicos até aos operacionais.

PORTADOR: é a pessoa ou animal infectado que guarda em si o agente infeccioso específico de uma doença sem apresentar, contudo, sintomas da doença e que pode constituir fonte de infecção.

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OU POLICLÍNICA: é o estabelecimento de saúde destinado à assistência ambulatorial, orientando suas ações, sob a demanda.

POSTO DE SAÚDE: é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária a uma população determinada, utilizando técnicas simplificadas e pessoal de nível médio ou elementar. Deve ser apoiado pelo Centro de Saúde.

PROCESSO: é um conjunto formado pela união de tarefas de forma ordenada, planejada, objetivando atingir metas estabelecidas.

PRODUTO: é o resultado de qualquer processo.

PROFILAXIA: é um conjunto de medidas propostas para prevenir ou atenuar as doenças,

bem como suas complicações e conseqüências.

PRONTO SOCORRO: é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito, com ou sem risco de vida, funcionando durante 24 horas.

PRONTUÁRIO: é um conjunto de documentos padronizados, destinados ao registro da assistência prestada ao paciente.

QUALIDADE: são características de um serviço ou produto que satisfazem às necessidades explícitas ou implícitas do cliente.

QUIMIOPROFILAXIA: é o emprego de uma substância química para prevenir uma doença ou infecção, ou ainda sua evolução.

QUIMIOTERAPIA: é o emprego de uma substância química para curar uma doença clinicamente manifestada ou limitar sua evolução.

RECAÍDA: é o reaparecimento ou recrudescimento dos sintomas de uma doença, antes de curado inteiramente o doente.

RECIDIVA: é o reaparecimento do processo mórbido após a cura aparente.

REFERÊNCIA: é o ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde, para outro de maior complexidade.

RESISTÊNCIA: é um conjunto de mecanismos corporais que servem de defesa contra a invasão de agentes infecciosos ou contra os efeitos nocivos de suas toxinas.

SAÍDA HOSPITALAR: é a soma dos óbitos mais as altas hospitalares.

SUSCETÍVEL: é a pessoa ou animal que se presume não possuir suficiente resistência contra determinado agente patogênico, e por essa razão pode contrair a doença.

TRANSMISSÃO DE AGENTES INFECCIOSOS: é qualquer mecanismo que possibilite a transferência do agente etiológico de um hospedeiro a outro, ou deste ao meio ambiente e vice-versa.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: é o acompanhamento contínuo e sistematizado da ocorrência de determinada doença e de seus fatores condicionantes, com objetivos de orientar a utilização de medidas de controle pertinentes.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA: é um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde.

6. INDICADORES HOSPITALARES

Denominam-se indicadores hospitalares os números, taxas, índices, percentuais e razões que permitem mensurar a dimensão dos vários fenômenos ocorridos no hospital, os recursos existentes, o seu aproveitamento e em última análise, avaliar a qualidade da assistência prestada e a eficiência do hospital⁴. Eis alguns indicadores:

- a) Taxa de mortalidade global - é a relação percentual entre o total de óbitos ocorridos no hospital durante determinado período e o total de pacientes saídos por alta e óbitos no mesmo período de tempo.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de óbitos em determinado período} \times 100}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}}$$

- b) Taxa de mortalidade infantil - é a relação percentual entre o total de óbitos infantis ocorridos no hospital em determinado período e o total de nascidos vivos no mesmo período.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de óbitos infantis no hospital em determinado período} \times 100}{\text{Total de nascidos vivos no mesmo período}}$$

- c) Taxa de infecção hospitalar - é a relação percentual entre o total de infecções ocorridas no hospital, sem relação com a causa que motivou a internação, e o total de altas e óbitos no mesmo período.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de infecções em determinado período} \times 100}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}}$$

- d) Média de pacientes-dia - é o número médio de pacientes internados que receberam assistência em cada dia, no hospital, durante determinado período, apurado nos Censos Diários.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de pacientes-dia durante determinado período de tempo}}{\text{Total de dias no mesmo período}}$$

- e) Média de tempo de permanência - é a relação entre número de pacientes-dia durante determinado período e o de paciência saídos (alta + óbitos) durante o mesmo período.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de pacientes-dia durante determinado período de tempo}}{\text{Total de pacientes saídos (altas + óbitos no mesmo período + remanescentes)}}$$

- f) Percentagem de ocupação hospitalar - é a relação percentual entre o total de pacientes-dia em determinado período e o total de leitos-dia, no mesmo período.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de pacientes-dia em determinado período} \times 100}{\text{Total de leitos-dia no mesmo período}}$$

- g) Índice leitos servidor - estabelece a relação entre o total de leitos hospitalares e o total de pessoal.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Total de leitos hospitalares}}{\text{Total de servidores}}$$

- h) Índice de rotatividade do leito hospitalar - representa a medida de utilização do leito hospitalar durante um determinado período.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de pacientes saídos (alta + óbitos) em determinado período}}{\text{Total de leitos hospitalares durante o mesmo período}}$$

RESUMO

1. Hospital: vem do latim *hospitale*, derivado de hospes (hóspede, viajante, conviva, estrangeiro), significando aquele que dá agasalho ou que hospeda.
2. A origem do hospital remonta à idade antiga, através dos gregos, egípcios, judeus e outros povos que construíram hospital templo ou hospital primitivo.
3. A comissão de Peritos em Assistência Médica da OMS definiu o hospital como *uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população curativa e preventiva e, cujos serviços de ambulatório atingem até a família e seu meio ambiente.*
4. Funções do hospital: *preventiva, restaurativa, de ensino e pesquisa.*
5. Classificação dos hospitais:
 - a) Geral e Especializado.
 - b) Oficial e particular.
 - c) Quanto ao tempo de permanência: hospital de longa permanência e hospital de curta permanência.
 - d) Quanto ao grupo etário: infantil, geriátrico e de adultos.
 - e) Quanto à faculdade do exercício profissional médico: hospital de corpo clínico aberto e fechado.
 - f) Quanto à edificação: pavilhonar, monobloco, multibloco, horizontal e vertical.
6. Estrutura organizacional:
 - a) Conselho Diretivo – é o órgão deliberativo que traça as políticas gerais da instituição.
 - b) Diretoria – é o órgão executivo que planeja, organiza, implementa e controla as atividades técnicas e administrativas.
 - c) Corpo Clínico – é formado pelo conjunto de profissionais de medicina.
 - d) Corpo Profissional – é constituído pelo serviço de apoio administrativo ou gerencial.
7. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME: é responsável pela manutenção da integridade do conjunto de prontuários do hospital, desde o registro ao arquivo. Além disso, é o centro de informações estatísticas referentes aos pacientes e à administração do hospital.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

1. Faça um comentário sobre as funções preventiva, restaurativa, de ensino e de pesquisa do hospital.
2. Quais os aspectos utilizados pelo anteprojeto da Lei Orgânica de Assistência Hospitalar?
3. Explique o mecanismo organizacional do hospital.
4. Explique o qual é o papel do Conselho Diretivo para o hospital?
5. O que significa serviços técnicos do hospital?
6. Defina diretoria.
7. Quais os serviços que constituem o corpo profissional ou apoio administrativo?
8. Descreva a origem histórica do SAME.
9. Quais as finalidades do SAME?
10. Como o SAME pode ser organizado?

BIBLIOGRAFIA

1. BEREZOVSKY, M. **Serviço social médico na administração hospitalar**. São Paulo: Moraes, 1980.
2. CAMPOS, JQ. Documentação médica. In.: MAUDONNET, R. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.
3. FERREIRA, ABH. **Dicionário Aurélio Eletrônico** - Século XXI. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
4. CHERUBIN, NA. **Fundamentos da administração hospitalar**. São Paulo: CEDAS, 1977.
5. MACEACHERN, M. **Hospital organization and management**. Chicago: Psysican's Record Company, U.S.A., 1939.
6. MAUDONNET, R. **Introdução à administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.
7. MCGIBONY, JR. **Principle of hospital administration**. New York: G. P. Pretnam's sons, 1969.
8. MEZZOMO, AA. Serviço de arquivo médico e estatístico. **Curso de administração hospitalar para graduados**. São Paulo: IBDPH, 1973. (mimeografado).
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Série de informes técnicos**. Genebra, n. 122, 1957.
10. PROAHSA. **Manual de organização e procedimentos hospitalares**. São Paulo: Pioneira, 1987.
11. TEIXEIRA, JMC. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In.: GONÇALVES, EL. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

CAPÍTULO 3

O processo de planejamento

1. CONCEITOS BÁSICOS

O planejamento é a primeira função administrativa, exatamente, porque sem planejamento não se pratica administração. Portanto, o planejamento é a base que norteia todo o processo administrativo. É uma técnica que visa tomar decisões antecipadas de ocorrências futuras e traçar um programa de ação. Quem planeja tem maior probabilidade de alcançar os objetivos, porque define a melhor estratégia de ação. Quem não planeja, evidentemente, tem menor probabilidade de atingir sua finalidade, ou seja, estará planejando o fracasso.

De acordo com Chiavenato³, planejamento é “o modelo teórico para a ação futura. Visa dar condições racionais para que se organize e dirija o sistema a partir de certas hipóteses acerca da realidade atual e futura”. É um processo em que, interpretando-se os fatos, determina-se com segurança uma linha de ação futura com a indicação de objetivos a serem alcançados, inclusive, a previsão das diversas etapas de execução. O planejamento está presente nas mais variadas situações, especialmente no serviço de enfermagem, onde se torna essencial para se evitarem atrasos, desperdícios, insuficiência de pessoal e o baixo nível da assistência.

Como se pode deduzir, o processo de planejamento é o pré-requisito das operações do serviço de enfermagem. A esse respeito, Arndt; Huckabay¹ afirmam que, sem planejamento, o administrador não pode corresponder aos requisitos básicos e aos padrões da organização. O planejamento acrescenta ainda, é a primeira característica conceptual exigida do administrador do serviço de enfermagem.

2. CARACTERÍSTICAS DO PLANEJAMENTO

Seja qual for a natureza da atividade, o processo de planejamento caracteriza-se principalmente por ser:

- Um processo permanente e contínuo.
- Uma técnica voltada para o futuro.
- Racional na tomada de decisões.
- Sistemático.
- Iterativo.
- Uma técnica cíclica.
- Uma função administrativa que interage dinamicamente com as demais.

3. TIPOS DE PLANEJAMENTO

- a) Planejamento estratégico: envolve a organização como um todo. É elaborado para um período de tempo maior, considerado de longo prazo, sendo sempre realizado pelos altos escalões da instituição.
- b) Planejamento tático: é o desdobramento do planejamento estratégico. É elaborado de maneira a estabelecer os objetivos setoriais, sendo de curto prazo, contribuindo assim para um melhor desempenho das atividades inerentes a cada setor.
- c) Planejamento operacional: é o desdobramento do planejamento tático, cuja finalidade primordial é o estabelecimento de metas e o emprego de técnicas científicas na implementação do que foi estabelecido nos objetivos da empresa.

Critérios para a elaboração do plano

O processo de planejamento, para ser bem desenvolvido, precisa:

- Definir objetivos claros e precisamente estabelecidos.
- Ser guiado pela política organizacional.
- Determinar prioridades.
- Formular ações de acordo com a realidade presente em termos de pessoal, material, equipamento e tempo disponível.
- Desenvolver uma seqüência lógica de atividades.
- Procurar o melhor método para atingir os objetivos.

Questões básicas na elaboração dos planos

Ao se estabelecer qualquer plano, é necessário, antes de tudo, situá-lo em torno das seguintes questões:

O QUÊ? O quê deverá ser feito? Essa pergunta determina os objetivos do plano.

COMO? Como deverá ser feito? Essa pergunta estabelece os meios ou métodos propostos para a realização do trabalho.

QUANDO? Quando deverá ser feito? Essa pergunta considera o tempo, ou seja, o início e o término de cada parte do trabalho.

QUEM? Quem deverá fazer? Essa pergunta designa tarefas a alguém, considerando o tipo, a disponibilidade e a experiência para a execução do trabalho planejado.

POR QUÊ? Por quê isto deverá ser feito? Essa pergunta esclarece a necessidade real do trabalho.

ONDE? Onde deverá ser feito? Essa pergunta esclarece o local e espaço, centralização ou descentralização das atividades.

4. ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

As etapas do planejamento podem ser compreendidas através das atividades envolvidas no processo, tais como:

1ª etapa: *Levantamento geral* – Diagnóstico ou identificação das necessidades.

2ª etapa: *Formulação de objetivos*.

3ª etapa: *Seleção do método* – ações concretas que vão modificar a realidade encontrada.

4ª etapa: *Implementação*.

5ª etapa: *Avaliação, controle e supervisão*.

4.1 Diagnóstico

O administrador do serviço de saúde hospitalar ou ambulatorial depara-se, no momento de gerenciá-lo, com uma realidade que precisa ser conhecida e estudada em profundidade, devido ao seu complexo dinamismo.

O planejamento é um processo de racionalização das decisões para mudanças que são geradas na busca de conhecimento da realidade. Através desse conhecimento, lança-se mão de instrumentos técnicos, os quais, conforme a ênfase dada ao problema, pode ser dirigida ao âmbito setorial ou organizacional (macroplanejamento). Essas técnicas metodológicas estão baseadas na teoria e no método científico, onde se utilizam procedimentos que levam o investigador ao conhecimento e à compreensão da situação diagnosticada. A realidade orientará o planejador na definição da técnica que utilizará na solução dos problemas.

Ao se desenvolver o processo de planejamento, várias dificuldades podem se apresentar. A primeira grande dificuldade no processo de planejamento é derivada do problema da definição de técnicas. A segunda é a de estabelecer prioridades, em face dos diversos problemas a enfrentar. Uma outra dificuldade é a operacionalização das técnicas.

Os esquemas e modelos traçados de uma realidade contribuem para orientar ações planejadas de saúde. Assim, serão considerados, de início, os aspectos conceituais da situação, onde irão desenvolver-se ações planejadas.

O termo diagnóstico é muito utilizado nas análises médicas da situação de saúde dos pacientes. Assim, será feita uma correlação entre o diagnóstico clínico e aquele que será utilizado em administração na área de planejamento.

O conceito tradicional de diagnóstico, segundo a Enciclopédia Larousse⁴, se expressa da seguinte forma: “a arte de conhecer as doenças pelos seus sinais e sintomas”.

Campos; Tinoco², referindo-se à conceituação de diagnóstico, assim se expressam:

O diagnóstico é o ato médico mais importante, porquanto conduz a prescrição do tratamento mais indicado. É muitas vezes bastante difícil e exige, da parte do médico, não apenas conhecimentos teóricos e experiência, mas também capacidade de julgar e um bom desenvolvimento do sentido de intuição. O diagnóstico é constituído por fases sucessivas: estudo do modo pelo qual a doença começou, os antecedentes patológicos do paciente: exame clínico completado freqüentemente por exames de laboratório e por investigações complementares. Os elementos recolhidos são em seguida agrupados; permitindo assim estabelecer, ou pelo menos considerar um diagnóstico positivo. A partir deste, pode ser elaborado um diagnóstico diferencial, que consiste em examinar os sinais comuns de diferentes tipos de conduta, do raciocínio. Sendo determinado o diagnóstico, poderá o médico estabelecer o prognóstico, isto é, a evolução provável, na dependência da terapêutica prescrita.

Qualquer situação em que se buscam informações para se chegar a um diagnóstico envolve uma análise ampla da área em estudo, abrangendo todos os fatores significativos que possam interferir como condicionantes a realidade que se vai estudar.

O diagnóstico, no contexto administrativo, é a aplicação da investigação social da realidade, com o propósito prático de operar sobre a realidade. Em outras palavras, o diagnóstico consiste na coleta de informações para a elaboração do planejamento, através do conhecimento objetivo da situação, a fim de, na prática, intervir na conjuntura.

O diagnóstico possibilitará a identificação de problemas, de acordo com o objetivo da investigação. O diagnóstico institucional revelará a situação do hospital ou unidade de saúde, sob o aspecto técnico-administrativo e assistencial que, podem estar associados às condições sócio-econômicas da região, a infraestrutura hospitalar e ainda às características e necessidades em termos de recursos humanos, materiais e financeiros.

A fase diagnóstica permite ao estabelecimento aprender a se conhecer, levando em consideração suas estruturas, recursos, produção e medir suas forças e fraquezas. Este conhecimento é fundamental para o estudo do meio – ambiente, possibilitando a instituição melhor definir seu lugar no contexto social.

4.2 Etapas do diagnóstico

1ª Etapa: Descrição da situação - esta coleta de informações poderá ser feita na própria instituição onde o profissional da área de saúde atua. Deve conter as seguintes informações mínimas:

- a) Identificação: nome e local da instituição.
- b) Objetivo da instituição: estabelecimento das finalidades, políticas e metas.

- c) Organização administrativa: organograma, fluxograma, manual de normas e rotinas, manual de procedimentos técnicos, regimento, gráfico estatístico, organização e métodos.
- d) Estrutura e funcionamento: os setores que compõem a instituição e como estão distribuídos os serviços por setor.
- e) Características da clientela atendida: quantidade, naturalidade, nível de estudo, idade, sexo, habitação, quadro nosológico, etc.
- f) Instalações e equipamentos: quantidade e estado de conservação.
- g) Recursos humanos: quantidade, categorias profissionais, dimensionamento do pessoal, condições de trabalho, sociograma, etc.
- h) Nível de assistência: investigação no prontuário, entrevista com os pacientes, observação e acompanhamento.

2ª Etapa: Análise crítica da situação - conhecida a situação, feita a sua descrição, é possível fazer-se uma apreciação dos dados da instituição como um todo, considerando os seguintes fatores:

- a) Análise interna: estabelecer a relação de causa e efeito, isto é, o que determinou a situação encontrada. Colocam-se em evidência os pontos fortes e fracos da instituição sobre diversos níveis:
 - Ao nível do estabelecimento (estruturas, modelo gerencial, equipamentos, processo de trabalho, qualidade de vida do trabalhador, etc.).
 - Ao nível de cada serviço (recursos humanos e materiais, qualidade e produtividade dos resultados).
 - Ao nível de grandes funções (médico-assistencial, técnica administrativa, hotelaria, etc.).
- b) Análise externa: estabelecer a origem de fatores condicionantes. Coloca-se em evidência o contexto sócio-econômico atual, as oportunidades e as ameaças do meio – ambiente.

3ª Etapa: Avaliação da situação - a última etapa do diagnóstico é a avaliação da situação. Conhecida a situação, é possível fazer-se uma previsão de como poderá comportar-se essa situação nos próximos anos. No entanto, a situação conhecida deve ser avaliada em termos de satisfatoriedade e mutabilidade. A avaliação deve ser voltada, basicamente, para a produtividade do setor. A satisfatoriedade é estabelecida em termos de rendimento, concentração, cobertura, eficiência, modelos matemáticos ou uso de instrumentos que possam estabelecer comparações sobre a satisfatoriedade da situação em relação à prática no serviço.

Outro fator a considerar é o da mutabilidade. Será que a situação encontrada poderá ser modificada? Se a resposta for positiva, levará o administrador a propor ações. Caso contrário, não tem sentido o plano.

4.3 Planejamento estratégico - pode ser definido como o processo de identificação, seleção, implementação e avaliação de linhas de ação básica para a organização. Ou seja, com base no diagnóstico define-se alternativas, como implementá-las e avaliá-las na organização. Assim, é um processo de seqüência racional de atividades para o futuro em que são tomadas decisões no presente.

Na elaboração de um plano estratégico devem-se considerar os seguintes aspectos:

- a) Fase diagnóstica: que precede qualquer reflexão estratégica.
- b) Missão organizacional - é o objetivo maior da instituição, tem a ver com o que somos, o que fazemos, para quem fazemos e com que desafio se vai atuar no negócio. A missão representa um compromisso maior das atitudes da instituição para com a visão.

Os objetivos são resultados futuros a serem alcançados dentro de certo espaço de tempo, aplicando-se uma metodologia compatível com o cumprimento de sua missão. Seu enunciado deve transmitir um propósito, descrever uma mudança na situação existente ou ainda, definir o que deve ser realizado.

Os objetivos podem ser assim enunciados:

- Objetivos gerais - são aqueles de natureza ampla que expressam os valores principais e a política da organização. Os objetivos gerais são alcançáveis em longo prazo, ou seja, são os resultados do conjunto formados pelos objetivos específicos.
- Objetivos específicos - expressam uma decomposição dos objetivos gerais, determinando as ações a serem alcançadas. Representam a previsão das características desejáveis do sistema, quanto a sua extensão, estrutura e resultados em um tempo determinado e em função de critérios específicos.

Os objetivos devem ser quantificados, relevantes e compatíveis com a realidade. Os enunciados devem ser expressos por frases o mais possível quantificado, isto é, devem permitir que os resultados sejam mensuráveis, de forma que se possa determinar o progresso no sentido de atingir a meta final.

Os objetivos devem ser organizados de modo hierarquizado, de acordo com o grau de prioridade de cada problema e de forma clara. Devem ser estabelecidos em consonância com a estratégia da organização, com suas responsabilidades e limitações.

As metas devem ser estabelecidas numa seqüência de prioridades, em que estejam contidos os elementos tempo, espaço e volume da coisa a ser alcançada.

Os verbos usados para enunciar o objetivo devem indicar um resultado isolado, verificável e mensurável, de acordo com Kron; Gray⁵. Os verbos usados geralmente são: conhecer, manter, assistir, usar, prover, desenvolver, verificar, melhorar, adquirir, aperfeiçoar, saber, dominar, aumentar, etc. Outros verbos de menor amplitude, são usados na elaboração dos objetivos específicos, são: aplicar, apontar, classificar, comparar, enumerar, produzir, listar, marcar, relacionar, etc.

Ao estabelecerem os objetivos, algumas organizações usam os conceitos da Administração por Objetivo ou da Teoria Z (administração participativa) para que se possam obter bons resultados, envolvendo os membros da equipe com os propósitos fundamentais do trabalho. Todos os participantes se conscientizam dos objetivos, discutem e avaliam conjuntamente o desempenho obtido com o resultado esperado. Dessa forma, os elementos da equipe de trabalho sabem onde querem chegar e como vão agir para atingirem o alvo desejado, satisfazendo, assim, suas expectativas.

- a) O ambiente externo: evidenciam-se as oportunidades e ameaças do meio ambiente que podem influenciar no desempenho da organização. Podem-se incluir tendências e fatores na esfera econômica, social, política e tecnológica.
- b) O ambiente interno: procura-se destacar os pontos fortes e fracos da estrutura atual que podem ser passíveis de controle.
- c) Determinação da visão: constitui-se numa descrição do que se deseja para a instituição no futuro, dentro do mercado e da comunidade, no meio ambiente no qual atua e que servirá para balizar o seu desenvolvimento.
- d) Questões estratégicas/ações: a partir da análise ambiental serão determinadas questões de grande impacto, que demandam muito esforço e tempo para solução. Essas questões decorrem da análise dos pontos fracos, aproveitando-se os pontos fortes e relacionando-os com as oportunidades existentes, procurando-se evitar as ameaças para a instituição. As soluções das questões estratégicas são indicadas por ações que constituirão o plano operacional.
- e) Plano operacional: é o detalhamento das ações a serem executadas dentro de um período de planejamento.
- f) Avaliação, controle e supervisão: avaliar - são os resultados em função dos objetivos estabelecidos no plano, podendo também medir a eficiência das atividades administrativas e a competência do pessoal na execução do plano. Para fazer uma avaliação é necessário o estabelecimento de critérios ou parâmetros que são instrumentos quantificáveis, elaborados com o propósito de medir os resultados do plano como bom ou ruim. Esses instrumentos variam, conforme o tipo de plano proposto.

O controle possibilita comparar o desempenho realizado com o que foi planejado, objetivando evitar desvios, alterando e corrigindo, quando necessário, de forma que o processo de planejamento possa ser mantido de maneira flexível e dinâmico.

É através da supervisão que a avaliação e o controle se integram, proporcionando “*feedback*”, parte integrante do processo completo. Cada etapa do processo de planejamento encontra-se interdependente, como um verdadeiro sistema, em que uma etapa proporciona informações para a etapa seguinte. É um processo contínuo.

Vejamos um exemplo de questão estratégica e ações

QE.1 Como o hospital poderá se modernizar do ponto de vista estrutural, gerencial e financeiro para se tornar um centro de referência?

Ação 01 – Promover e desencadear um processo de revisão na estrutura organizacional.

Ação 02 – Instituir uma política de capacitação dos recursos humanos do hospital.

Ação 03 – Promover uma ampla reforma administrativa.

Ação 04 – Viabilizar parcerias e convênios com instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais.

MODELO DE PLANO OPERACIONAL

Nome da instituição: _____

Título da Ação: _____

Objetivo(s) da Ação: _____

Itens	Cronograma										Início:		Término:	
	Etapas de Execução													

Responsável direto	Recursos necessários		
	Descrição	Total em R\$	Origem
	Pessoal		
	Custeio		
	Capital		
	OBS: apresentar memória de cálculo de cada valor.		

Produto esperado	Aprovado em:
	Concluído em:

5. PRINCÍPIOS ADMINISTRATIVOS PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O raio de ação desses princípios atinge diretamente a administração do serviço de enfermagem, desde o planejamento até a avaliação. É importante considerar os seguintes pontos:

- a) Formular planos baseados nos objetivos, na estrutura, na filosofia, nos padrões e procedimentos de trabalho previamente aceita pela organização – planejando a assistência e dirigindo os funcionários, a enfermagem está assumindo suas funções gerenciais.
- b) Compor sistematicamente todo o pessoal e suas atividades, de modo que a responsabilidade e a autoridade para funções específicas sejam definidas e possam ser delegadas.
- c) Qualificar o pessoal para execução dos planos e alcançar os objetivos propostos pelo serviço e pela organização.
- d) Utilizar a capacidade de cada pessoa eficazmente.
- e) Promover a cooperação como essencial para coordenar as atividades dos diversos departamentos e de pessoal.
- f) Obter o máximo de resultados com o mínimo de tempo, esforço, suprimento e equipamentos, através de medidas de planejamento e organização.
- g) Manter atualizados e conservados os relatórios e registros das atividades de organização.

6. PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

O planejamento é uma técnica que tem por objetivo determinar um curso de ação ou um programa, definido por objetivos previamente traçados e prevendo as diversas etapas de execução. Ele faz parte da ciência da administração como primeiro elemento do processo administrativo, tornando-se a mais importante das funções.

No serviço de enfermagem, o planejamento está presente em todas as suas dimensões e, em especial, com certa relevância, na assistência ao paciente. O planejamento da assistência é à base das ações de enfermagem, onde se utiliza uma metodologia científica aliada ao conhecimento e a habilidade profissional, proporcionando meios para modificar a situação – problema do paciente.

Os elementos da metodologia científica utilizada no planejamento da assistência são:

- a) Identificar os problemas do paciente.
- b) Determinar prioridades, conforme evidências do desequilíbrio orgânico.
- c) Selecionar a ação que tem maior probabilidade de resolver o problema.

6.1 Etapas do planejamento da assistência de enfermagem.

Todo planejamento inicia-se com um levantamento minucioso da situação, que se denomina diagnóstico. De acordo com Kron; Gray⁸, o diagnóstico de enfermagem deve ser a base para o planejamento das intervenções de enfermagem. No que tange às etapas do planejamento na assistência ao paciente, os autores levam em consideração os seguintes critérios:

- Atribuir prioridades aos problemas já diagnosticados.
- Decidir os objetivos de enfermagem.
- Selecionar ações de enfermagem apropriadas.
- Registrar essas informações no plano de atendimento.

6.2 Propósitos do planejamento da assistência.

O plano é um guia dinâmico, que utiliza seus objetivos para a satisfação daqueles que necessitam dos serviços hospitalares, com alto grau de responsabilidade, organização e senso de realização por parte dos que fornecem o serviço. A seguir, serão destacados os princípios básicos do plano de cuidados de enfermagem:

- Indicar os objetivos da intervenção de enfermagem.
- Individualizar a assistência de enfermagem.
- Proporcionar uma orientação para o cuidado centrado no paciente.
- Dar continuidade aos cuidados de enfermagem.
- Avaliar os cuidados de enfermagem.
- Desenvolver o pessoal de enfermagem.
- Facilitar a comunicação com os membros da equipe de saúde.
- Proporcionar uma orientação para supervisão.
- Facilitar o planejamento da assistência de enfermagem.

Estudar o planejamento da assistência de enfermagem é como estudar a própria essência da enfermagem. No entanto, essa abordagem exige um aprofundamento expressivo e uma busca de informações inesgotáveis no campo da literatura em enfermagem, além da própria experiência.

6.3 Sistemas de classificação da assistência de enfermagem

Historicamente, o surgimento de sistemas de classificação em enfermagem foi intensificado nos Estados Unidos na década de 1970, quando cresceu o interesse em identificar os diagnósticos de enfermagem. A preocupação em formular um sistema para promover o uso de uma terminologia própria para a enfermagem levou os enfermeiros norte-

americanos a promoverem a Primeira Conferência do Grupo Norte-Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, em 1973. Participaram dessa conferência enfermeiros convidados dos Estados Unidos e Canadá, iniciando esforços para identificar, desenvolver e classificar os diagnósticos de enfermagem. Desde então, já foram realizadas catorze conferências. Em 1982, a NANDA foi formalmente organizada e seu regimento aprovado, sendo suas conferências abertas à comunidade mundial da enfermagem. A participação de enfermeiros da Europa e América do Sul, inclusive do Brasil, começou em 1988, com o desenvolvimento de estudos sobre a utilização dos diagnósticos de enfermagem no ensino, na pesquisa e na prática⁷.

A NANDA é uma associação de enfermagem voluntária e não lucrativa que promove a profissão através do desenvolvimento, refinamento, classificação e uso da linguagem de enfermagem, buscando auxiliar tanto os enfermeiros da prática clínica como os que trabalham com informática e desenvolvimento de sistemas e aqueles que desenvolvem linguagem. Ela é reconhecida nos Estados Unidos e outros países como pioneira na classificação dos diagnósticos de enfermagem e está localizada na Internet pelo site <http://www.nanda.org/>.

As propostas e modelos para se classificar a prática de enfermagem ganharam impulso nas duas últimas décadas. Todavia, esses modelos ainda não são considerados estruturas ou sistemas de classificação consolidados. Entre os modelos apresentados, a taxonomia da NANDA é constituída por uma estrutura teórica – os padrões de respostas humanas – que orienta a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. O uso dessa taxonomia define o foco do cuidado de enfermagem e dá aos enfermeiros exemplos de como a profissão difere de outras profissões da saúde¹⁶.

No final da década de 1990, a NANDA aliou-se à SNOMED RT – CAP (Nomenclatura Sistematizada de Terminologia de Referência Médica – Colégio Americano de Patologistas) para aprimorar a documentação da enfermagem e desenvolver um sistema de classificação de diagnóstico (SNOMED RT, 1999). Esse acordo colaborativo para mapear a taxonomia da NANDA pela SNOMED RT foi um passo significativo no reconhecimento da documentação em enfermagem pelas empresas de saúde, vendedores de *software* e administradores, como uma ferramenta mais compreensiva e de conceitos baseados numa terminologia de referência médica disponível para ser armazenada, restaurada e reunida numa base de dados que descreve os cuidados de enfermagem.

É oportuno lembrar que o CAP é uma sociedade médica sem fins lucrativos, servindo a cerca de 16.000 membros médicos e à comunidade de laboratórios do mundo inteiro, composta exclusivamente de patologistas, sendo considerada o “número 1” na garantia de qualidade laboratorial. O colégio está localizado na Web através do site

<http://www.cap.org/index.cfm>. A SNOMED é uma entidade internacional que está comprometida com a excelência do cuidado ao paciente com desenvolvimento da validade científica da terminologia de referência, capacitando médicos clínicos, pesquisadores e até pacientes que participam da elaboração de seus conceitos, através do Web site da SNOMED (<http://www.snomed.org>).

O entendimento entre a NANDA e o CAP permitiu uma melhor compreensão da pesquisa dominante na enfermagem dentro do sistema SNOMED RT. Assim, as duas entidades tentam melhorar a qualidade do cuidado direto, através de uma documentação mais completa e consistente das condições dos pacientes.

Em nosso entendimento, a taxonomia da NANDA mapeada pela SNOMED RT deve aumentar o uso da terminologia de enfermagem. Assim, a linguagem dos diagnósticos de enfermagem pode ser um caminho importante para que os enfermeiros demonstrem a sua experiência no cuidado ao paciente e transmita esse conhecimento tácito aos outros. Vale salientar que o diagnóstico de enfermagem está baseado em uma sistemática avaliação de sinais e sintomas e exames de fatores relatados e associados com as condições do paciente, da família e da comunidade.

A taxonomia da NANDA disponível nesse sistema ajudará os enfermeiros fornecendo uma linguagem unificada pela prática de enfermagem, educação e pesquisa. É um sistema que utiliza uma linguagem padronizada, a qual pode ser adaptada pela tecnologia da informação e usada como meio de comunicação interdisciplinar de cuidados de saúde. Com isso, aumentará a capacidade de articular as contribuições da enfermagem para uma assistência eficaz quanto ao custo eficiente e de qualidade. O sistema de classificação, através dos diagnósticos de enfermagem, fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem e resultados do *feedback* do paciente pelo qual o enfermeiro é responsável.

Atualmente, existem vários sistemas de classificação ou modelos formais. Segundo Suzanne; Mead¹⁹, eles são necessários, mas não suficientes, para representar o que a enfermagem faz. Nesse aspecto é necessário reconhecer a utilização dos sistemas de classificação, pois, além de estabelecerem padrões de cuidados, que podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, permitem uma melhoria na qualidade desse cuidado, através da sistematização, registro e quantificação do que a enfermagem produz. Portanto, deve ser considerada uma ferramenta indispensável para a determinação de custos, planejamento e automação da informação.

Serão abordados alguns desses modelos formais de sistemas construídos a partir dos diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA: Sistema de Classificação - OMAHA (*Community Health System*); Classificação na Assistência Domiciliar – HHCC (*Home Health Care Classification*); Léxico e Taxonomia em Intervenção de Enfermagem – NILT (*Nursing Intervention Lexicon Taxonomy*); Classificação da Intervenção em Enfermagem – NIC

(*Nursing Intervention Classification*) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (*Internacional Classification for Nursing Practice*).

a) Sistema OMAHA - consiste de três componentes: o esquema de classificação de problemas, a escala de avaliação do problema para resultados e o esquema de intervenções. Quando usados ao mesmo tempo, esses esquemas formam um sistema que: aumenta a prática da saúde comunitária; habilita a enfermagem para documentar o cuidado ao cliente com mais eficiência e efetividade; gera dados importantes para o gerenciamento do sistema de informação¹³. Segundo os referidos autores, uma característica poderosa do sistema OMAHA inclui a redução, a simplicidade da nomenclatura, a relação de exclusividade interna e a aplicabilidade através de programas baseados na comunidade.

O esquema de classificação dos resultados usa cinco pontos de uma escala tipo Likert, contendo três níveis hierárquicos distintos para medir o desenvolvimento do cliente em termos de problemas e diagnósticos identificados pelo enfermeiro, em relação ao conhecimento, ao comportamento e ao estado de saúde:

- *Conhecimento*: é a habilidade do cliente em lembrar e interpretar a informação.
- *Comportamento*: é a observação de respostas, ações ou atividades do cliente em adaptar a ocasião vivida.
- *Status*: é a condição do cliente em relação às características definidoras objetivas e subjetivas.

b) Sistema HHCC: Classificação dos Cuidados Domiciliares de Saúde - esse sistema foi desenvolvido para avaliar e classificar o cuidado realizado no domicílio dos clientes que eram conveniados com um seguro de saúde norte-americano – o *Medicare*, a fim de prever, tanto as necessidades de enfermagem, como de outros serviços domiciliares necessários para medir os resultados obtidos¹⁸. O sistema está organizado com vinte componentes de cuidado de saúde domiciliar, os quais fornecem uma estrutura de classificação e codificação dos diagnósticos e intervenção de enfermagem. É constituído por dois esquemas exclusivos da enfermagem de saúde domiciliar que foram desenvolvidos empiricamente e estabelecidos para serem estatisticamente significantes. Eles estão fundamentados no julgamento clínico e fornecem um modelo analítico para medir e avaliar os cuidados de enfermagem em saúde domiciliar¹².

O sistema oferece uma nova abordagem para a organização do registro do paciente, documentando o processo de enfermagem e determinando os recursos requeridos. Desse modo, o HHCC pode ser usado como um dicionário de dados clínicos dos elementos da prática de enfermagem para o desenvolvimento de sistemas de registro computadorizado. Também fornece uma base para medidas de efetividade e qualidade do cuidado de enfermagem em saúde domiciliar. Enfim, esse modelo expande o conhecimento da saúde domiciliar e comunitária em enfermagem¹⁷.

Os componentes que constituem a estrutura da classificação e a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem são: atividade, eliminação intestinal, cardíaco, cognitivo, *coping*[†], volume de líquidos, comportamento de saúde, medicação, metabolismo, nutrição, controle físico, respiração, relacionamento entre papel, segurança, autocuidado, autoconceito, órgãos do sentido, integridade de pele e tecido, perfusão tissular e eliminação urinária. Esses componentes estão esquematicamente expostos em quatro níveis que são distribuídos dos mais gerais e amplos para os mais específicos:

Nível 1 - *Componente*

Nível 2 - *Maior categoria*

Nível 3 - *Subcategoria*

Nível 4 - *Modificador*

c) Sistema NILT: Léxico e Taxonomia de Intervenção em Enfermagem - Esse sistema foi desenvolvido por Susan Grobe, enfermeira e cientista da informação da Universidade do Texas, Houston – EUA. Ela critica a tentativa de criar-se um sistema universal, padronizado, considerando-o cientificamente antiquado e inflexível. Em vez disso, Grobe propôs seu próprio sistema de intervenção de enfermagem: a Léxico e Taxonomia de Intervenção em Enfermagem⁸. Neste sistema, a idéia não é padronizar a linguagem, mas oferecer um meio de compreender os vocábulos de enfermagem, observar o relacionamento entre eles e demonstrar através do método científico como estabelecer e validar um vocabulário que possa ser usado num sistema computadorizado.

O sistema é constituído por oito grandes categorias de intervenções de enfermagem. A maior dificuldade de uma linguagem padronizada reside no sistema automatizado que não é capaz de ditar a prática profissional com suas memórias e experiências²⁰. Pode-se afirmar que o ponto central dessa abordagem está na constatação de que a linguagem é um reflexo do conhecimento que a profissão possui.

d) Sistema NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem - também conhecido como projeto de intervenções de Iowa, é uma categorização das atividades de cuidado direto desempenhado pelos enfermeiros. Cada intervenção consiste de um título descrevendo uma definição e grupo de atividades ou ações⁹. Essas atividades são listadas e o enfermeiro pode escolher, identificando as intervenções que poderão ser realizadas. Isso inclui desde aspectos psicossociais até fisiológicos, assim como as intervenções que podem estar voltadas para o tratamento, prevenção e promoção da saúde.

Esse sistema de classificação foi desenvolvido na Universidade de Iowa, pelas enfermeiras Joanne McCloskey e Gloria Bulechek. As pesquisadoras da NIC construíram

[†] Não traduzimos por se tratar de um termo que apresenta diverso significado. Para o ICN (1999), é um tipo de adaptação com as seguintes características específicas: disposição para gerir o *stress*, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; é acompanhada por um sentimento de controle, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.

seu sistema de intervenção de enfermagem indutivamente. Elas avaliaram compilações de atividades descritas pela enfermagem e criaram uma lista preliminar que distingue entre intervenções e atividades de enfermagem²⁰.

A publicação original da NIC, em sua primeira edição, apresentava uma lista de 336 intervenções, que foram validadas por enfermeiros *experts* em assistência de enfermagem. O sistema de classificação estava crescendo lentamente, através de um processo cooperativo de ampla escala com enfermeiros assistenciais que testavam novas categorias e sugeriam outras. Já na segunda publicação a NIC apresentou uma lista de 433 intervenções, incluindo cuidados diretos e indiretos¹⁴.

Embora ainda relativamente recente, o NIC promete fornecer a maior reunião de elementos para enfermagem no século que se inicia. Desde os primeiros trabalhos, versão 1992, o NIC tem sido conduzido por uma das maiores publicações médicas, formalmente usadas para organizar treinamento em enfermagem. Essa publicação é apoiada pela maioria dos hospitais e agências de saúde dos Estados Unidos, adotada por importantes índices de referência em enfermagem, a Biblioteca Nacional de Medicina Metathesaurus para sistema unificado de linguagem médica. Está traduzida em vários idiomas e pode ser encontrada na Internet em cinco *sites* nos Estados Unidos da América²⁰. Portanto, o NIC é uma série de intervenções que fornecem uma lista do que a enfermagem faz e o que é. Embora o NIC possa ser visto como uma ferramenta organizacional simples, é muito mais do que isso, pois une conhecimento científico, prática, burocracia e sistema de informação.

Atualmente, têm-se falado na possibilidade da integração dos três sistemas para comporem a epistemologia da prática de enfermagem, com seus fenômenos, níveis abstratos e categorias concretas. É importante frisar que está em desenvolvimento uma reestruturação no sistema NANDA, evoluindo da taxonomia I, fundamentada nas respostas humanas, para a taxonomia II, com os padrões de saúde multiaxial, contendo seis eixos, treze domínios e quarenta e seis classes¹⁵. O NIC e a NOC têm em comum: eixos para qualificar ou refinar os títulos de intervenções ou dos resultados e domínios, com categorias maiores das classificações para designar os fenômenos mais abstratos subclassificados por classes, as quais são categorias mais concretas⁶.

Assim, está se formando uma aliança designada *NNN* – NANDA, NIC e NOC – que será vinculada por *links*, um sistema em formação na Internet. Esse link estará disponibilizado para consulta pela comunidade acadêmica e de enfermagem na Web site www.nanlink.org. A integração dos grupos de estudo em enfermagem na Internet possibilitará o avanço no desenvolvimento, e refinamento na linguagem e na informática no conhecimento de enfermagem. Para Coler⁶, essa aliança vai ser uma tentativa da NANDA para dirigir a ligação com grupos e organizações de enfermagem em outros países, grupos

de pesquisa de universidades ou indivíduos que queiram fazer parte de uma rede de pesquisa ou assunto clínico.

Os grupos-alvo da aliança NANDA, NIC, NOC e o consórcio da NANDA e NDEC - Equipe de Extensão e Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem e outros interessados, terão como metas: reunir, comunicar, internalizar conceitos, pesquisar possibilidades, categorizar, sintetizar e priorizar as possibilidades de *links*. O *NNN* ligado por *links* não vai parar: futuramente se ligará a Classificação Internacional de Enfermagem e se integrará a CID e também a sistemas informatizados e lingüísticos já codificados⁶.

e) CIPE: Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - O projeto CIPE/ICNP[®] teve seu início em 1986, quando a NANDA e a *American Nurses Association* - ANA desenvolveram uma classificação, a partir dos diagnósticos de enfermagem aprovados dentro dos critérios da CID – Classificação Internacional de Doenças – e a encaminharam à OMS – Organização Mundial de Saúde – solicitando a sua inclusão na CID-10. Como resposta a essa solicitação, a OMS argumentou que esta classificação não representava a enfermagem mundial e sugeriu que uma Associação Internacional desenvolvesse uma classificação nos moldes do capítulo “Família de Classificações” da CID.

Somente em 1989, em Seul – Coréia, enfermeiros da NANDA apresentaram, durante o Congresso Quadrienal do *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE), a necessidade do desenvolvimento de um sistema de classificação internacional para a prática de enfermagem. Em 1990, o CIE acatou a sugestão e, desde então, estudos vêm sendo desenvolvidos visando à definição de um sistema de classificação da prática de enfermagem.

O projeto CIPE é resultado da mobilização de enfermeiros em todo o mundo, na busca de uma linguagem universal que mostre com clareza os elementos da prática de enfermagem. Estudos têm sido realizados por pesquisadores e enfermeiros assistenciais sobre a classificação da prática, envolvendo vários vocabulários desenvolvidos por outros projetos como: NANDA, NIC, NILT, sistema Omaha, SABA, entre outros.

Em 1993, a CIE apresentou um documento denominado *Nursing's Next Advance: an International Classification for Nursing Practice – ICNP[®]* (Próximo avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE), que é uma compilação, em ordem alfabética, dos elementos da prática de enfermagem – os diagnósticos, intervenções e resultados esperados¹⁰.

Em 1996, o CIE publicou a CIPE – Versão Alfa: um marco unificador, construído pelas classificações de fenômenos e de ações de enfermagem. Na realidade, o conteúdo dessa versão representa os conceitos de enfermagem que já existiam, mas agrupados hierarquicamente em nova combinação¹⁶. Essa versão apresentava a classificação de intervenções estruturada em eixos: ação, objeto, enfoque, meio, lugar do corpo e

tempo/lugar. Os objetivos iniciais da CIPE, estabelecidos pela ICN e delineados na versão *Alfa*, foram revisados durante o desenvolvimento da versão *Beta*. Esses objetivos que continuam dirigindo os pressupostos do programa CIPE/ICNP[®] são os seguintes:

- estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, a fim de melhorar a comunicação entre os enfermeiros e dos enfermeiros com outros profissionais;
- descrever o cuidado de enfermagem a pessoas (indivíduos, famílias e comunidade) numa variedade de locais, seja institucional ou não;
- permitir a comparação dos dados de enfermagem entre populações de diferentes clínicas, locais, áreas e épocas distintas;
- demonstrar ou projetar tendências na provisão de tratamentos e cuidados de enfermagem e sobre a alocação de recursos para o paciente, de acordo com suas necessidades baseadas em diagnósticos de enfermagem;
- estimular a pesquisa de enfermagem através de ligações entre os dados disponibilizados por SI em enfermagem e por SI em saúde;
- fornecer dados sobre a prática de enfermagem, a fim de influenciar a tomada de decisão nas políticas de saúde¹².

Por ocasião do 100º aniversário de sua fundação, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) lançou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP[®]), versão *Beta*. A CIPE/ICNP[®] é constituída de três classificações: de fenômenos, de intervenções e de resultados de enfermagem. Serve como uma estrutura de unificação em que os vocábulos existentes de enfermagem e as classificações já existentes possam ser mapeados para permitir a comparação dos dados de enfermagem. Paralelamente ao desenvolvimento da CIPE/ICNP[®], ocorreram profundas mudanças nos cuidados de saúde, na prática de enfermagem e nas definições do papel dos enfermeiros¹¹.

A diferença da CIPE/ICNP[®] em relação aos demais modelos de classificação de enfermagem existentes e a outras classificações utilizadas na área de saúde, como a CID – 10 está na sua construção de acordo com as regras de classificação, nas quais todos os conceitos se definem e se situam sistematicamente em um marco de relações hierárquicas. Uma relação hierárquica é aquela que se dá entre conceitos, e se estabelece através de divisão de um conceito de ordem superior em conceitos subordinados, para formar um ou mais níveis adjacentes, que se denominam níveis de abstração¹⁶.

A prática de enfermagem encontra nomes para compor todos os elementos da classificação. A idéia é que estes nomes tenham o mesmo significado para profissionais de diferentes regiões. Sendo assim, serão descritos a seguir alguns desses elementos, conceituando-os, conforme a CIPE¹¹.

- . Fenômenos de enfermagem: são aspectos pertinentes à saúde para a prática de enfermagem.
- . Diagnóstico de enfermagem: título dado pelo enfermeiro à decisão sobre um fenômeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenômenos. Os oito eixos desenvolvidos numa abordagem multiaxial, na versão *Beta 1*, são assim denominados: *foco na prática de enfermagem* - é a área de atuação descrita nos regulamentos sociais e políticos da profissão e nas estruturas conceituais da prática profissional de enfermagem (Ex.: dor, auto-estima, pobreza); *julgamento* - é a opinião clínica, estimada ou determinada pela prática profissional de enfermagem, sobre o estado de um fenômeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenômeno de enfermagem (Ex.: reforçado, inadequado, melhorado); *freqüência* - é o número de ocorrências ou repetições de um fenômeno de enfermagem durante um intervalo de tempo (Ex.: intermitente, freqüente); *duração* - é a extensão de um intervalo de tempo durante o qual um fenômeno de enfermagem ocorre (Ex.: agudo, crônico); *topologia* - compreende a região anatômica em relação ao ponto mediano ou extensão da área anatômica de um fenômeno de enfermagem (Ex.: direito, esquerdo, parcial, total); *localização anatômica* - define-se como a posição anatômica ou localização de um fenômeno de enfermagem (Ex.: olho, dedo); *probabilidade* - significa a possibilidade de ocorrência de um fenômeno de enfermagem (Ex.: risco, oportunidade); *portador* - é qualquer entidade que pode ser vista como portadora do fenômeno de enfermagem (Ex.: o indivíduo, a família, a comunidade).
- . Resultados de enfermagem: são vistos como a mensuração de um diagnóstico de enfermagem num determinado tempo, após a realização das intervenções de enfermagem. Em outras palavras, os resultados de enfermagem são resultantes de intervenções de enfermagem, medidas ao longo do tempo, sob a forma de mudanças efetuadas nos diagnósticos de enfermagem. Há muitos fatores que contribuem para os resultados dos cuidados de saúde. A ênfase na efetividade de cuidados de saúde tem resultado em muitos esforços para se descrever e definir resultados e medidas de resultados (p. ex. medidas da condição funcional ou da qualidade de vida). Muitos desses esforços enfatizam o aspecto multidimensional de resultados, incluindo a enfermagem como uma dimensão desse quadro. A importância multidimensional (fatores sociais e pessoais) e os fatores interdisciplinares no resultado do cuidado de saúde não podem ser ignorados. De qualquer forma, o propósito da CIPE/ICNP® na classificação dos resultados em enfermagem é identificar e distinguir as contribuições específicas da

enfermagem dentro dessa complexa visão dos resultados de cuidados de saúde (ICN, 1999).

Vale ressaltar que os elementos da prática de enfermagem – diagnósticos, intervenções e resultados – têm vários sinônimos, diferentes sentidos e até alguns sistemas antagônicos. Talvez seja essa a grande dificuldade enfrentada pelos pesquisadores na tentativa de classificar a prática de enfermagem. Todavia, é notório o interesse desses pesquisadores em definir e classificar os fenômenos de enfermagem, porque a proposta é organizar termos que tenham o mesmo significado para os profissionais de enfermagem em qualquer parte do mundo. Se isso for alcançado, obter-se-á a padronização do vocabulário em enfermagem, que é um passo decisivo para se criar uma nomenclatura de enfermagem, ferramenta imprescindível para o desenvolvimento de um sistema de informação automatizado.

RESUMO

1. Planejamento: é uma técnica que visa tomar decisões antecipadas de ocorrências futuras e traçar um plano de ação.
2. Características do planejamento:
 - ◆ É contínuo e permanente.
 - ◆ Está voltado para o futuro.
 - ◆ É racional.
 - ◆ É sistêmico.
 - ◆ É cíclico.
 - ◆ É uma função administrativa integrada, dinamicamente, com outras funções.

Tipos de planejamento: estratégico, tático e operacional.

Questões básicas para elaboração de um plano: O quê? Como? Quando? Quem? Por quê? Onde?

Etapas do processo de planejamento:

- ◆ Diagnóstico da instituição.
- ◆ Análise da situação.
- ◆ Missão.
- ◆ Objetivos.
- ◆ Visão.
- ◆ Questões estratégicas/Ações.
- ◆ Operacionalização das ações.
- ◆ Resultados.

6. Planejamento da assistência: é a aplicação da metodologia científica, associada ao conhecimento técnico e à habilidade do enfermeiro, a fim de ajudar a modificar a situação problema do paciente.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

- 1) Conceitue planejamento.
- 2) Cite as características do planejamento.
- 3) Cite os tipos de planejamento e explique-os.
- 4) Descreva as etapas do processo de planejamento.
- 5) O que significa diagnóstico no contexto administrativo?
- 6) Descreva as etapas do diagnóstico.
- 7) Defina um problema administrativo e elabore uma questão estratégica com respectivas ações.
- 8) Que aspectos devem ser considerados como princípios administrativos aplicados no planejamento?
- 9) Quais os elementos metodológicos utilizados no planejamento da assistência de enfermagem?
- 10) Cite as etapas do planejamento na assistência de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARNDT, C.; HUCKABAY, LMD. **Administração em enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- 2) CAMPOS, JQ.; TINÔCO, AF. **Política e planejamento de saúde**. São Paulo: J. Q. Campos, 1986.
- 3) CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1979.
- 4) ENCICLOPÉDIA Delta Larousse. Rio de Janeiro: Delta, 1982.
- 5) KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1989.
- 6) COLER, MS. O projeto de integração da NANDA, NIC, NOC. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, MML. (Org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Idéia, 2000. p.191–9.
7. FARIAS, JN.; NÓBREGA, MML.; PÉREZ, VLAB.; COLER, MS. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990.
8. GROBE, SJ. Nursing intervention lexicon and taxonomy: preliminary categorization. In.: LUN, KC; DEGOULET, P.; PIEMME, TE.; RIENHOFF, O. **MEDINFO'92. Proceedings**, Geneva: North-Holland, p. 981–6, 1992.
9. HENRY, SB.; HOLZEMER, WL.; REILLY, CA. et. al. comparison of nursing intervention classification and current procedural terminology codes for representing nursing interventions in HIV disease. **Proceedings of the Eighth World Congress on Medical Informatics**, Canadá, 1995, p. 131 – 135.
10. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING. **Nursing's next advance: an Internacional Classification System for Nursing practice (ICNP)**. Geneva: ICN, 1993. 120p.
11. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP® - International classification for nursing practice – Beta**, Geneva: ICN, 1999. 201p.
12. MARIN, HF. **Vocabulário em enfermagem**. São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.sbis.epm.br/pep99/proceed/html/heimar.html>>. Acesso em: 05 out. 2000.
13. MARTIN, KS.; SCHEET, NJ. **The Omaha system: A pocket guide for Community Health Nursing**. Philadelphia: W.D. Saunfers, 1992. 289 p.
14. McCLOSKEY, JC.; BULECHEK, GM. **Nursing Intervention Classification: Iowa Intervention Project**. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1996.
15. NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 1999-2000**. Organizado por North American Nursing Association. Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

16. NÓBREGA, MML.; GUTIÉRREZ, MGR. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In.: GARCIA, TR.; NÓBREGA, MML. (org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Idéia, 2000. p.19-27.
17. SABA, VK. Home health care classification system. In.: HOVENGA, E.J.S.; HANNAH, K.J.; McCORMICK, K.A.; RONALD, J.S. (Eds) – **Nursing Informatics 91. Proceedings of the Fourth Internacional Conference on Nursing use of computers and information science**. New York: Springer-Verlag, 1991. p. 397.
18. SABA, VK. **The classifications of home health nursing diagnoses and interventions**. Washington: Georgetown University School of Nursing, 1990.
19. SUZANNE, BH.; MEAD, CN. Standardized nursing classification systems: necessary, but not sufficient, for representing what nurses do. **JAMIA**, p. 145 – 49, 1996.
20. TIMMERMANS, S.; BOWKER, GC.; STAR, SL. **The architecture of difference**: visibility, control, and comparability in building a nursing interventions classification. 1994. Disponível em: <<http://alexia.lis.uiuc.edu/~star/nic.paper.html>>. Acesso em: 30 Dec. 1998.

CAPÍTULO 4

O processo de organização

1. CONCEITOS DE ORGANIZAÇÃO

Organização é uma palavra que tem diversos significados, tais como: arrumação, ordem, instituição, empresa e outros. Mas, organização será situada neste trabalho sob o prisma da administração. Imagine uma empresa, onde as pessoas se encontram trabalhando desordenadamente, cada uma fazendo uma determinada tarefa sem obedecer a uma seqüência ou regras definidas. Por exemplo, um chefe que dá ordens e recebe ordens dos empregados. Realmente, seria muito confuso. É necessário, portanto, organizar o trabalho, definir funções e cargos, estabelecer normas e padrões, estruturar formalmente o comportamento dos indivíduos na instituição.

A organização, segundo Koontz; O'Donnel citado por Chiavenato¹, consiste num agrupamento das atividades necessárias para a realização de objetivos e planos, na atribuição dessas atividades a departamentos apropriados e nos passos necessários para delegação e coordenação da autoridade. Desse modo, pode ser definido como o ato de agrupar atividades, estruturar, integrar os recursos e estabelecer relações de trabalho entre a instituição e o empregado, a fim de realizar seus objetivos conjuntos. Portanto, a organização é uma atividade básica da administração e se caracteriza por ser sempre um meio para atingir os objetivos da instituição e por ser dinâmica com sentido coletivo.

A administração de uma organização, qualquer que seja seu tipo ou objetivo de sua atividade, depara-se com duas situações distintas, mas interdependentes. De um lado, está a organização formal que compreende a estrutura organizacional, a política, as diretrizes, as normas e regulamentos da empresa. Enfim, todos os aspectos relacionados com os órgãos, cargos e ocupantes, a fim de que seus objetivos sejam alcançados. Do outro lado, está a organização informal, que são as pessoas associadas em obediência às leis naturais, onde prevalecem os objetivos individuais.

A estrutura organizacional pode ser ainda visualizada sob dois aspectos: o aspecto vertical e o aspecto horizontal, segundo John B. Miner citado por Chiavenato.¹ Analisando tais fatos, Miner explica que o aspecto vertical se refere basicamente à dimensão escalar ou hierárquica que envolve a nivelação das decisões, a cadeia de comando, o número de níveis hierárquico necessários e a amplitude administrativa. O aspecto horizontal continua o autor, se refere basicamente ao fluxo de relações dentro da organização e envolvem a departamentalização, a divisão do trabalho, órgãos de linha e de *staff*, as comissões, a coordenação e os procedimentos de tomada de decisão entre setores diferentes da organização. Todos esses aspectos convergem para uma explicação óbvia: a organização é um conjunto complexo e diversificado de trabalho, executado por pessoas agrupadas em órgão, representando suas relações formais e informais. É um processo social altamente dinâmico.

2. FERRAMENTAS BÁSICAS RELACIONADAS COM A ORGANIZAÇÃO

2.1 Gráficos - o serviço de enfermagem deve utilizá-lo amplamente, por que auxiliam no processo de decisão. É um instrumento de apoio no processo de planejamento e controle, possibilitando ainda o levantamento de tendências e o enriquecimento dos relatórios de enfermagem.

Considerando-se que os gráficos são instrumentos importantes na administração do serviço de enfermagem apontamos três requisitos indispensáveis que devem ser observados em sua elaboração:

- Devem possuir única interpretação, devem ser claros e objetivos.
- Devem ter simplicidade, devendo-se evitar o excesso de informações num mesmo gráfico.
- Devem retratar a realidade, devem ser a expressão do que existe efetivamente.

A seguir, serão examinados alguns tipos de gráficos que a enfermagem pode utilizar em suas atividades:

- (a) **Gráfico de levantamento** - neste tipo de gráfico estão incluídos todos os gráficos estatísticos.

Exemplo:

Quadro estatístico que demonstra a flutuação de demanda para atendimento em ambulatório de janeiro a junho, como segue:

Atend/Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Total
Médico	6.550	7.120	6.835	7.070	7.568	7.895	43.038
Odontológico	3.530	3.732	3.895	3.661	4.010	3.958	22.786
Enfermagem	2.832	2.964	3.010	3.152	3.335	3.525	18.818
Total	12.912	13.816	13.740	13.883	14.913	15.378	84.642

- (b) **Gráfico de linha ou diagrama de linha poligonal** - esse tipo de gráfico é obtido pela união dos pontos por segmentos de retas. A observação dos pontos mais baixos é importante para fazer possíveis alterações nas metas. Meta é o objetivo quantificado.

Figura 3 - Número de casos da moléstia X, na área Y, de 2000 a 2005

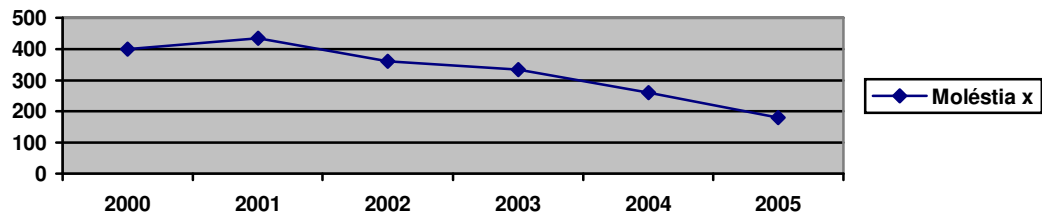
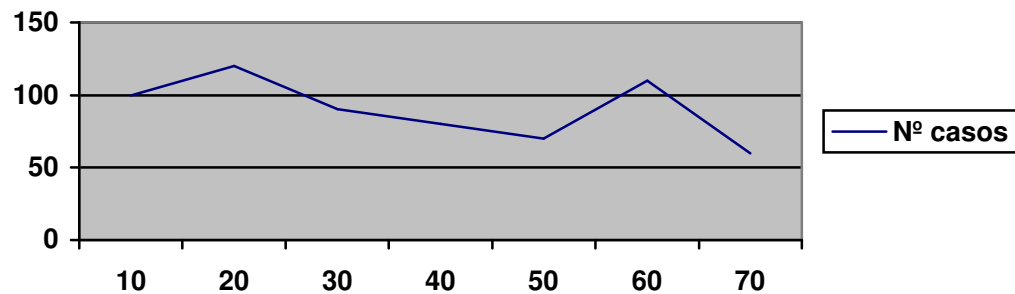


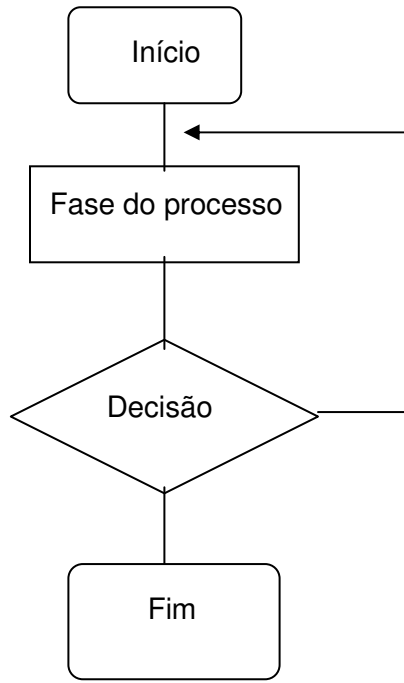
Figura 4 - Casos registrados de linfomas, sexo masculino, segundo a idade



- (c) **Fluxograma** - é um gráfico de levantamento de rotina, representando, de forma dinâmica e descritiva, o fluxo ou a seqüência de um processo, permitindo a visualização das diversas operações e os respectivos agentes executores.

A fluxogramação de um processo possibilita a simplificação do trabalho, além da localização, correção e eliminação dos movimentos inúteis ou desnecessários que comprometem o bom desenvolvimento do trabalho. Dessa forma, é possível estudar, corrigir e obter a melhor seqüência dos passos fundamentais da tarefa.

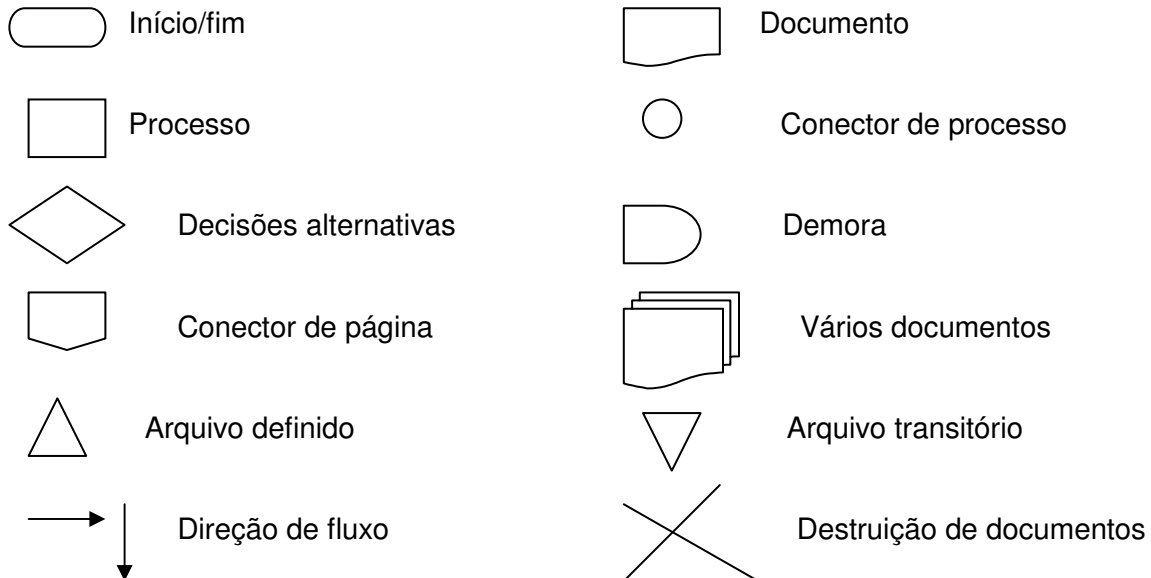
Para a elaboração do fluxograma, são utilizados símbolos para representar cada etapa do processo.



Para identificar problemas e até encontrar soluções deve-se:

- Desenhar o fluxo atual.
- Desenhar o fluxo ideal.
- Comparar os dois fluxos para verificar onde diferem entre si, a fim de encontrar o problema.

Símbolos usados na elaboração do fluxograma:



Os autores norte – americanos utilizam vários termos para designar os diferentes tipos de fluxogramas: *flow – chart*, *process chart*, *work chart*, *routine chart*, *flow diagram*, *flow process* e *process diagram*.

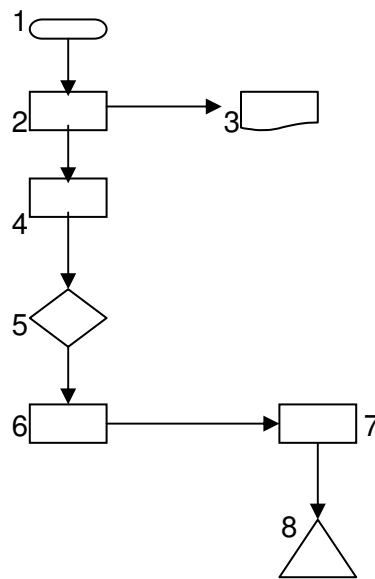


Figura 5: Fluxograma do pedido de vacinação ao almoxarifado

Legenda:

1. Início do processo. O setor de vacinação verifica do estoque.
2. Faz pedido em duas vias e encaminha o pedido ao médico – chefe.
3. O médico – chefe visa o pedido e encaminha ao médico de distrito.
4. O médico do distrito recebe o pedido.
5. O médico do distrito autoriza e encaminha o pedido para almoxarifado.
6. O almoxarifado recebe o pedido, providencia o material e encaminha.
7. O setor de vacinação recebe o material e confere o pedido.
8. O setor de vacinação guarda o material e arquiva a segunda via do pedido.

Analisando o processo, é possível eliminar passos desnecessários (burocracia, retrabalho) e promover seus primeiros pontos de melhoria. Os processos, depois de descritos e analisados, devem ser implementados e executados dentro do padrão.

- (d) **Cronograma** - é uma técnica relacionada com a função de planejamento; é um gráfico de dupla entrada: nas linhas são colocados os eventos planejados e nas colunas o período de tempo considerado como padrão. Sua função é relacionar duas variáveis – os eventos em função do tempo. O cronograma possibilita acompanhar e controlar qualquer programação, permitindo destacar a fase que está terminando e aquela que deverá ser iniciada.

ATIVIDADES	1º SEMESTRE DE 2005					
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN
Curso de sistematização da assistência de enfermagem.						
Palestra sobre a importância da informática na enfermagem.						
Curso de relações humanas no trabalho.						
Seminário de qualidade e produtividade em enfermagem.						

Legenda: Atividade planejada



Figura 6: Exemplo de cronograma de atividades do setor de educação continuada de um hospital escola.

(e) **Organograma** - é um gráfico que representa a estrutura formal de uma organização, permitindo destacar quem é quem nessa estrutura. Define os diversos níveis da organização em função da hierarquia, os órgãos componentes da estrutura, bem como os canais de comunicação que representam as relações formais de caráter hierárquico. O organograma é constituído de retângulos, caixas ou círculos, representando cargos ou órgãos, ligados por linhas horizontais e verticais, indicando o fluxo de autoridade. Neles, as relações de autoridade podem ser representadas de três maneiras diferentes, segundo Chiavenato¹:

- Autoridade de linha: confere ao seu possuidor o direito de dar ordens diretas a seus subordinados e de delegar parte de sua autoridade diretamente.
- Autoridade de assessoria ou *staff*: ocorre quando uma pessoa recebe poderes para fazer pesquisa, levantamentos, trabalhos em áreas específicas aconselhamento sobre determinados assuntos, etc.
- Autoridade funcional: permite a um órgão atuar sobre elementos não ligados diretamente a ele, apenas em relação a assuntos específicos à sua organização.

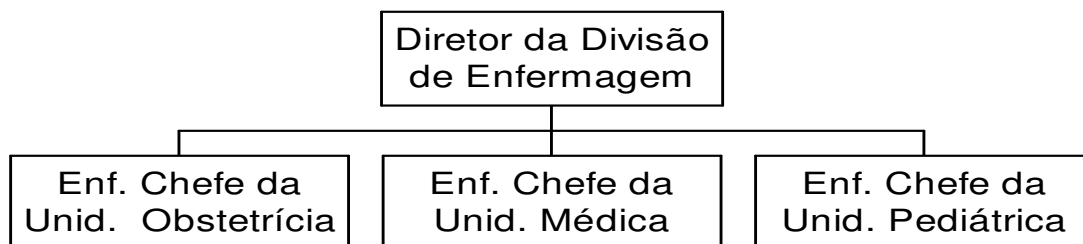


Figura 7: Organograma de autoridade de linha.

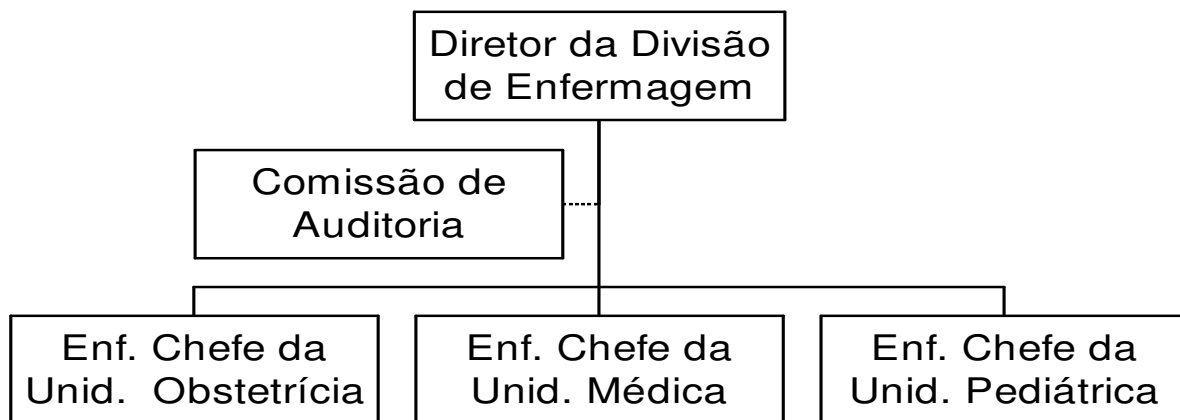


Figura 8: Organograma de autoridade de staff

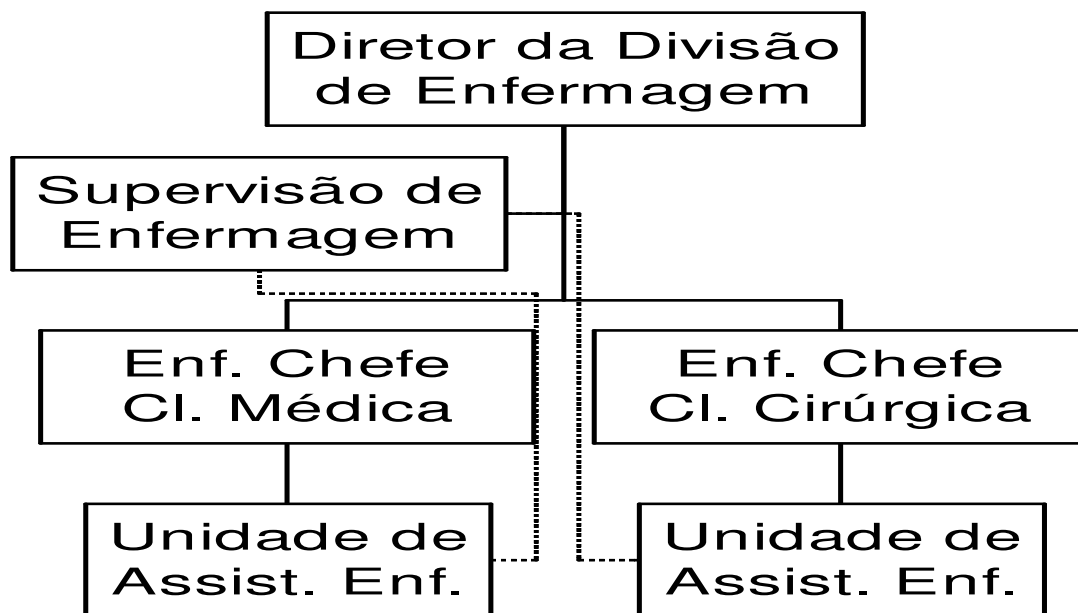


Figura 9: Organograma de autoridade funcional

Classificação dos organogramas:

- Analíticos: mostram toda a estrutura da organização e quase todas as relações funcionais.
- Sintéticos: mostram apenas as unidades estruturais mais importantes.

Alguns cuidados deverão ser tomados na construção de um organograma:

- A altura do retângulo deverá ser a metade da base.
- As ligações hierárquicas são representadas por linhas contínuas (cheias) e as ligações funcionais serão retratadas por linhas interrompidas (tracejadas).
- Os órgãos auxiliares deverão ficar justapostos.

- As linhas verticais ligarão os órgãos de linha e as linhas horizontais ligarão os órgãos de apoio.
- Deve-se evitar cruzamento de linhas diagonais.
- Os órgãos devem ter o seguinte posicionamento:
 - Os órgãos deliberativos ficarão no 1º nível (alta administração).
 - Os órgãos executivos ficarão no 2º nível (diretorias).
 - Os órgãos técnicos ficarão no 3º nível (divisões ou departamentos).
 - Os órgãos operacionais ficarão no 4º nível (chefias, setores, seções).

Tipos de organograma: há vários tipos de organograma, cada um com características próprias.

- 1) Organograma padrão ou clássico: é aquele que apresenta as características mais importantes da estrutura organizacional. É o mais conhecido entre todos os tipos de organograma.

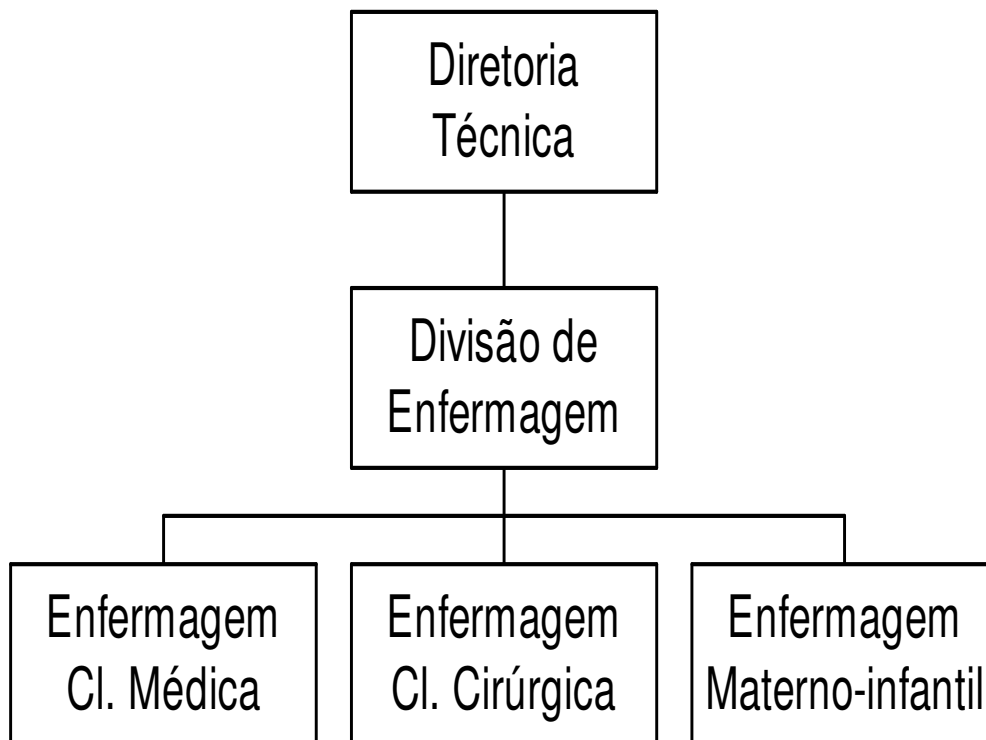


Figura 10: Exemplo de organograma clássico

- 2) Organograma em barras: é aquele que representa a estrutura organizacional através de barras horizontais, com extensões variáveis, de acordo com o nível hierárquico.
- 3) Organograma circular: é elaborado em círculos concêntricos que representam os diversos níveis hierárquicos, traçados em linhas pontilhadas ou tracejadas. As linhas cheias representam os canais de comunicação dos órgãos ou cargos existentes.

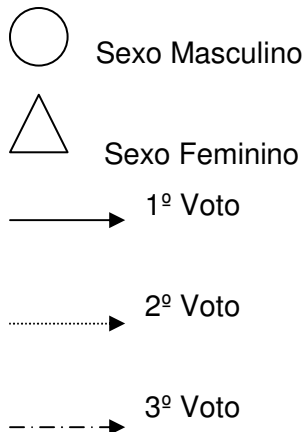
- 4) Organograma radial ou setorial: é elaborado através de círculos concêntricos, onde a autoridade máxima localiza-se no centro do organograma. É uma forma compacta de apresentar a estrutura organizacional.

- (f) Sociograma (Gráfico de Moreno) - esse tipo de gráfico permite conhecer a estrutura informal da organização. A técnica se fundamenta na obtenção de respostas de um grupo social sobre o que pensam e sentem uns dos outros.

A elaboração do sociograma é simples com as seguintes fases:

- Deve-se solicitar as pessoas que formam um grupo que escrevam numa folha de papel, individualmente e em ordem de preferência, os nomes de três colegas com quem gostaria de trabalhar.
- Deve-se solicitar, em seguida, que as pessoas escrevam, de acordo com a preferência, os nomes de três colegas com quem gostaria de ir a um restaurante.
- Coletar os dados e fazer respectiva tabulação.
- Elaborar tabela de dupla entrada.
- Construir o gráfico sociograma.

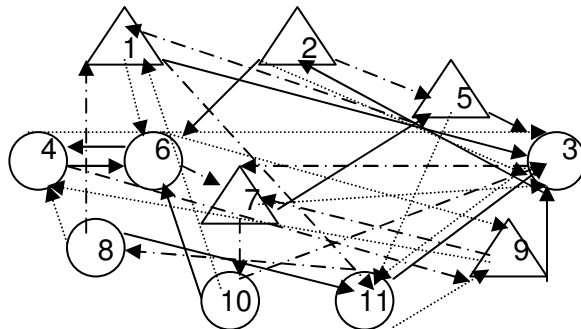
Convenções utilizadas:



Os pontos são identificados através de letras:

a = 3 pontos	b = 2 pontos	c = 1 ponto
(1º voto)	(2º voto)	(3º voto)

Votantes/nomes		ESCOLHIDOS POR PONTOS									
Relação nominal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Eva Maria			a			b					c
2. Fátima			b		c	a					
3. Filipe		a					c				b
4. Israel			b			a			c		
5. Ivanilda	c		a								b
6. Jonathas				a			c		b		
7. Rebeca			b		a					c	
8. Samuel	c			b							a
9. Sarah			a	b			c				
10. Sérgio	b		c		a						
11. Vinícios			a					c	b		
TOTAL	4	3	19	7	7	8	3	1	5	1	8



Observa-se que a preferência do grupo foi para o número (3) – Filipe, que é então o líder.

(g) Layout ou plantas: é uma técnica utilizada nos manuais de organização para permitir uma visualização geral do fluxo contínuo do trabalho, possibilitando a racionalização do espaço e a disposição de todo o instrumental necessário, em função da distância, custo operacional e integração dos diversos serviços.

Objetivos para o uso de um *layout*:

- Minimizar a movimentação de material e de pessoal.
- Aproveitar racionalmente o espaço.
- Assegurar economia de tempo nas operações.
- Proporcionar melhor ambiente de trabalho.

(h) Folha de verificação: essa técnica é utilizada para colher dados que ocorrem com certa frequência em determinado período de tempo.

A folha de verificação permite transformar opiniões em fatos. Para montagem deve-se considerar:

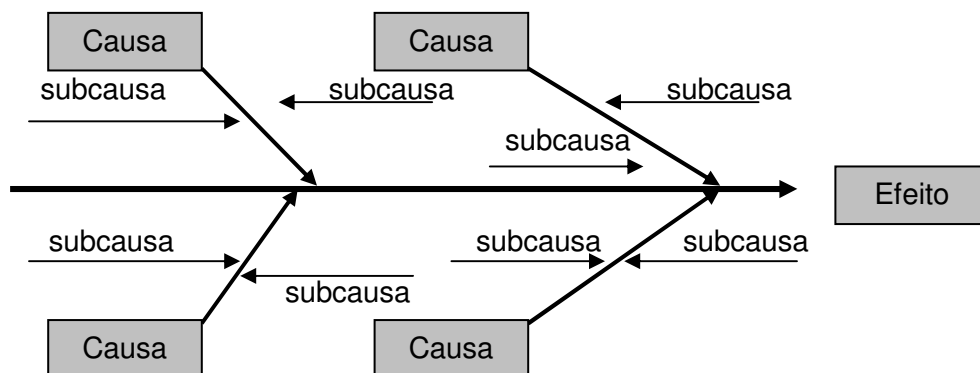
- O que exatamente está sendo observado.
- Estabeleça o período em que os dados devem ser coletados.
- Faça um formulário fácil e claro, com espaços suficientes.

Exemplo:

PROBLEMAS	TEMPO (Mês, Semana, etc)			TOTAL
	Janeiro	Fevereiro	Março	
A				14
B				12
C				11
TOTAL	14	11	12	37

- (i) Diagrama de causa e efeito ou diagrama espinha de peixe ou diagrama de ishikawa: esse gráfico é usado para identificar, explorar e ressaltar todas as possíveis causas de um determinado problema e seus efeitos para o serviço.

O diagrama tem a seguinte forma:



Em geral, as causas principais são representadas como 4M: materiais, mão-de-obra, máquinas, métodos ou 6M, incluindo, medidas e meio ambiente.

2.2 Regimento - o serviço de enfermagem deve seguir um sistema de organização proposta pela instituição. Daí a necessidade de um documento que possibilite a definição de papéis e atribuições estabelecidas pela administração superior. Desse modo, partindo da política institucional, a enfermagem elabora um ato normativo de caráter flexível que rege a disciplina do serviço, especifica as finalidades e posição do serviço na estrutura administrativa e a competência das diversas unidades de trabalho, define pessoal, sua função e explica os requisitos que são exigidos pela instituição.

O regimento aborda os assuntos em capítulos, artigos e parágrafos, agrupados da seguinte forma:

- Capítulo I – Finalidade do serviço de enfermagem.
- Capítulo II – Posição do serviço de enfermagem.
- Capítulo III – Composição do serviço de enfermagem.
- Capítulo IV – Competência das unidades de trabalho.
- Capítulo V – Pessoal e seus requisitos.
- Capítulo VI – Pessoal e suas atribuições.
- Capítulo VII – Horário de trabalho.
- Capítulo VIII – Disposições gerais.

Convém lembrar que o regimento do serviço de enfermagem deve ser baseado no regimento da instituição, por ser esta de caráter estável, com normas preconizadas, baixadas pela administração superior.

Quem elabora o regimento do serviço de enfermagem? Geralmente, o regimento é elaborado pela diretoria ou chefia do serviço de enfermagem. No entanto, uma comissão pode ser designada e coordenada pela chefia ou diretoria do serviço. Após sua elaboração, o regimento deve ser aprovado pela administração superior do hospital.

2.3 Normas - são estabelecidas com o propósito de orientar o desenvolvimento dos indivíduos na busca dos objetivos determinados pela administração superior.

De acordo com Holle; Blatchley citado por Kron; Gray², as normas são guias para auxiliar no alcance seguro e eficiente dos objetivos organizacionais. As normas têm como finalidade fornecer informações gerais do trabalho (o que deve ser feito e como deve ser feito) e dos padrões comportamentais.

Feldmann citado por Hendrikx³, afirma que, na enfermagem, as normas são técnicas, padrões ou métodos costumeiros para conduzir e guiar a vasta complexidade de funções. São baseadas em princípios estabelecidos por autoridade, dando segurança ao pessoal do serviço de enfermagem e ao paciente. Assim, as normas no serviço de enfermagem precisam ser específicas e completas com diretrizes que delineiam o seu campo de ação. Seus programas devem estar de acordo com as leis e os regulamentos da organização.

As normas são classificadas por muitos autores em:

- Normas administrativas (o que deve ser feito).
- Normas técnicas (como deve ser feito).

Para elaboração das normas, devem ser considerados os seguintes critérios:

- As normas devem ser estabelecidas de acordo com os objetivos e a filosofia do serviço de enfermagem.
- Devem deixar claras as funções dos serviços de enfermagem.

- Devem proporcionar meios para economizar tempo e esforço, garantindo a eficiência no trabalho.
- Devem ser elaboradas, visando ao conforto e à segurança do paciente.
- Devem oferecer condições para a segurança e satisfação do pessoal.

As normas, geralmente, apresentam características peculiares, quanto as sua formulação, destacando-se:

- Linguagem simples e de fácil compreensão.
- Abordagem resumida.
- Enunciado apresentado no modo indicativo.
- Flexibilidade e atualização.
- Necessidade de avaliação contínua.

Exemplos de normas:

- funcionário deve bater o seu cartão de ponto sempre uniformizado.
- serviço de enfermagem deve encaminhar o orçamento à administração superior.

2.4 Rotinas - em todo o serviço de enfermagem, devem existir rotinas de serviço, elaboradas com redação clara, de fácil acesso ao funcionário, possibilitando um melhor desempenho do pessoal em suas atribuições. Hendrikx³ conceitua rotina como a descrição sistemática dos passos a serem dados para a realização das ações componentes de uma atividade. Ou seja, a rotina estabelece as tarefas em forma sistemática e na seqüência em que devem ser executadas.

Basicamente, as rotinas são guias para a execução de tarefas, proporcionando um melhor e mais rápido andamento de qualquer serviço. As rotinas são fundamentadas no estudo e na vivência adquirida no dia – a – dia do trabalho. Dessa forma, uma comissão designada pela chefia de enfermagem elabora textos que devem constituir a realidade do trabalho planejado, contendo orientações acerca da execução de tarefas, facilitando o treinamento dos funcionários.

A confecção de rotinas tem como finalidade guiar e fornecer dados, visando:

- Estabelecer com precisão de que forma o trabalho deve ser desenvolvido.
- Incluir os padrões ou métodos de procedimento.
- Prestar orientação segura aos funcionários.
- Racionalizar o trabalho.
- Diminuir erros e acidentes.
- Proporcionar segurança aos pacientes.

No serviço de enfermagem podem ser destacadas as seguintes rotinas mais usadas nos hospitais:

- Rotina para uso dos impressos.
- Rotinas gerais.
- Rotinas específicas para cada especialidade.
- Rotinas administrativas.

Ainda com referência às rotinas, devem ser observados alguns princípios técnicos de elaboração, visando proporcionar um melhor e mais rápido andamento do serviço. Apesar de serem guias orientadoras flexíveis e estarem sujeitas a modificações no decorrer do andamento dos trabalhos, as rotinas se destinam a todos os funcionários, sendo extensa a sua atuação. Daí a exigência de flexibilidade.

Assim, quem elabora rotinas deve ter em mente os seguintes requisitos:

- Ser sintético, porém elucidativo.
- Usar linguagem simples e acessível a todos os funcionários.
- Tornar as rotinas de fácil manuseio e protegê-las em folhas plásticas.
- Manter as rotinas em processo de revisão contínua e atualizada, com folhas de fácil substituição.
- Utilizar desenhos e esquemas ou impressos, quando necessário.

Há várias formas para a elaboração de rotinas, destacando-se duas delas:

- a) Elaboração em colunas: nessa forma, a rotina explica a ação do operante e a própria operação. Ou seja, a primeira coluna apresenta o agente e a segunda cada etapa da operação até alcançar o seu objetivo ou destino final.
- b) Elaboração textual: nessa forma, o assunto da rotina é dividido em três itens:
 - Introdução – é a abordagem geral sobre o tipo de rotina e seus objetivos.
 - Competência – é a designação das pessoas envolvidas na rotina e suas funções quanto à execução.
 - Normas a seguir – são os procedimentos sistematizados com ações, material/equipamentos e riscos.

Exemplo de uma rotina de colunas

HOSPITAL MENINO DE DEUS UNIDADE DE PEDIATRIA ROTINA DE ADMISSÃO PARA CIRURGIA		
NORMAS: 1. A unidade de pediatria admite crianças de zero a 12 anos. 2. Todas as crianças poderão estar acompanhadas da mãe ou responsáveis. 3. As admissões programadas deverão ser feitas, no período da tarde, no dia anterior à cirurgia, às 16 h.		
AGENTE	AÇÃO	OBSERVAÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Recebe a criança, a mãe ou responsável. Mostra a unidade. Orienta sobre as rotinas da unidade. Preenche o histórico de enfermagem. 	Na sala 101. Impresso n.º 0/11/739
Aux. Enf.	<ul style="list-style-type: none"> Prepara o quarto onde a criança ficará. Providencia roupas para a criança. 	Pijama ou camisola.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Acomodar a criança e o acompanhante no quarto. 	
Aux. Enf.	<ul style="list-style-type: none"> Identifica os impressos no prontuário da criança. 	
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Prescreve cuidado de enfermagem a serem prestados. Faz anotações na papeleta. 	Na evolução de enfermagem. Sinais vitais, data e hora da internação e intercorrência.
Médico	<ul style="list-style-type: none"> Prescreve medicação e prepara para cirurgia. Avisa o anestesista para fazer a visita pré-operatória. 	

2.5 Manual

O Ministério da Saúde, através da Coordenadoria de Assistência Médica e Hospitalar, definiu o manual como uma coleção sistematizada de instrumentos normativos e atos de interesse de consulta de setores ou de ocupante de cargos e funções, podendo ser mais ou menos detalhados, de acordo com o fim a que se destina. Portanto, o manual é um guia, um orientador escrito, que traz instruções gerais e específicas do funcionamento do serviço; é um instrumento básico para uma boa organização e indispensável em qualquer serviço. A utilização do manual de serviço possibilita as seguintes vantagens:

- Orienta no desenvolvimento das atividades do serviço.
- Proporciona segurança para o funcionário.

- Protege os serviços e a administração contra possíveis equívocos.
- Evita desordens no trabalho.
- Minimiza o desperdício de material e de energia.
- Protege o paciente.

O manual deve ser elaborado por uma comissão designada pela administração superior do hospital. No caso da enfermagem essa comissão poderá ser composta pelos seguintes profissionais: chefe do serviço de enfermagem, enfermeiro assistencial, supervisor e enfermeiro – chefe.

A composição do manual, geralmente, segue os seguintes itens:

- Planta física do serviço de enfermagem e das unidades de trabalho.
- Regimento do serviço de enfermagem.
- Organograma do serviço de enfermagem: hierárquico e das áreas de trabalho.
- Descrição de cargos e funções.
- Normas e rotinas.
- Técnicas de enfermagem.
- Descrição do funcionamento e manuseio dos aparelhos ou equipamentos usados pelo serviço de enfermagem.
- Inventário do material permanente e equipamentos.
- Mapas da cota de material de consumo.
- Impressos usados pelo serviço de enfermagem.
- Direitos, deveres, proibições referentes aos funcionários.
- Modelo do uniforme usado pelo pessoal de enfermagem.

Considerando-se que o serviço de enfermagem é um processo dinâmico, sujeito as reavaliações no desenvolvimento de suas atividades, o manual assume um caráter flexível, quanto à sua elaboração. Portanto. Alguns esclarecimentos devem ser observados durante a sua elaboração e montagem:

- Cada folha deve versar sobre um único assunto.
- As folhas devem ser destacáveis de maneira que, ao se modificar uma rotina, rotina, técnica, etc. a folha correspondente à mudança possa ser simplesmente substituída.
- As folhas devem ser devidamente protegidas em folha plástica.

RESUMO

1. Organização é a segunda função do processo administrativo. Consiste num agrupamento de atividades necessárias para alcançar os objetivos.
2. Instrumentos técnicos relacionados com a organização: gráficos, fluxograma, cronograma, organograma, sociograma e layout. Outros instrumentos: regimento, normas, rotinas e manual.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

1. Porque é importante a utilização dos gráficos na administração organizacional.
2. O que é fluxograma?
3. O que é cronograma?
4. O que significa organograma?
5. Como são representadas as relações de autoridade no organograma?
6. Como se classifica o organograma?
7. O que é sociograma?
8. Conceitue regimento.
9. O que são normas?
10. O que são rotinas?
11. Que vantagem representa o manual no serviço?
12. Que itens devem integrar o manual?

BIBLIOGRAFIA

1. CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1979.
2. HENDRIKY, H. M. **Manual de organização e avaliação do serviço de enfermagem**. São Paulo: União São Camiliana, sd.
3. KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1989.

CAPÍTULO 5

O Processo de Direção

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A direção é a terceira função do processo administrativo. É através dessa função que são tomadas decisões, emitidas as ordens, orientações e supervisão do esforço dos subordinados, no sentido de alcançar os objetivos definidos no planejamento.

Há vários conceitos acerca de direção, destacando-se entre outros, o de Terry¹¹:

Direção é a atividade de integrar os esforços dos membros de um grupo, porque desempenhando as tarefas que lhes forem atribuídas, eles irão ao encontro de objetivos individuais e do grupo. Todos os esforços de grupo exigem direção, se espera que os objetivos finais do grupo tenham sucesso. Cada membro do grupo precisa ter a informação necessária para executar sua atribuição. Portanto, os membros devem ter conhecimento a respeito dos planos apropriados e isto deve ser feito em forma de ordens e instruções oficiais.

Ernest Dale; L. C. Michelin citado por Chiavenato², afirmam que a função de direção tem por objetivo dizer a outras pessoas o que fazer e conseguir que elas o façam da melhor maneira possível. Para Maximiano⁵, dirigir é o próprio conceito de administrar em ação.

A função de direção tem sido considerada sob diferentes modos pelos diversos autores da administração, embora o significado seja basicamente similar para todos eles. De uma maneira geral, pode-se afirmar que a direção é uma forma sistemática de integração entre o elemento humano e material, no sentido de alcançar os objetivos preestabelecidos. Desse modo, o grupo de trabalho desenvolverá uma ação, a mais eficaz possível, a fim de atender os objetivos propostos.

2. FUNÇÕES BÁSICAS DA DIREÇÃO

As funções de direção ou chefia envolvem os seguintes elementos rigorosamente interdependentes: delegação, motivação, liderança, supervisão, coordenação e controle.

2.1 Delegação

A delegação é uma importante habilidade que todo administrador precisa desenvolver. Delegação, segundo Dimock citado por Arndt; Huckbay¹ significa alocar e descentralizar autoridade, fixando responsabilidade, competência e designando tarefas até o menor nível em que existam competência e informações, para um efetivo desempenho da tarefa e tomada de decisão.

O enfermeiro gerente não pode assumir todas as responsabilidades, desde o planejamento até a execução das tarefas, havendo necessidade, portanto, de selecionar a pessoa adequada para efetuar certas operações. Para isso, é imprescindível que o gerente

conheça o nível de competência do seu pessoal, a fim de não delegar tarefas a uma pessoa desqualificada. É indispensável ter uma compreensão clara acerca do que delegar. De acordo com Verteris¹², o gerente do serviço de enfermagem não deve delegar uma atividade simplesmente porque não quer fazê-la, não sabe fazê-la ou porque é desagradável.

A delegação deve estar diretamente relacionada com o conhecimento da ação a ser executada e a responsabilidade pelos resultados finais. Não delegar ou fazer a delegação erradamente representam prejuízo para a instituição e insatisfação para o pessoal. A delegação é um relacionamento recíproco onde se atribui responsabilidade, concede-se autoridade e exige-se *feedback*. Na realidade, delegar não é uma função fácil, porém necessária, num trabalho complexo e diversificado como se apresenta o serviço de enfermagem. Seguem algumas sugestões apresentadas por Kron; Gray⁴, para aquele que deseja delegar de forma segura e eficaz:

- Pense antes de delegar.
- Planeje e organize as atividades da unidade em uma ordem lógica.
- Esclareça por que você está delegando certas atividades a determinada pessoa.
- Esteja disposto a investir algum tempo, planejando como ensinar as pessoas.
- Seja específico ao delegar.
- Esteja disposto a aceitar os riscos e responsabilidades por ações dos outros.
- Mantenha-se informado após a delegação.

2.2 Motivação

Considerando-se a motivação em termos de comportamento, observa-se que ela exerce uma forte influência na conduta das pessoas. Assim, o enfermeiro gerente precisa identificar os fatores ou forças de motivação que afetam o comportamento, no sentido de alcançar os níveis mais elevados de desempenho⁸. São muitos os fatores que afetam o comportamento dos indivíduos. Sabe-se que o homem é um animal complexo, dotado de necessidades variadas e abrangentes. Por esses motivos diversos autores formularam teorias sobre o assunto: *Maslow* hierarquizou as necessidades em forma de uma pirâmide; *Herzberg* formulou a chamada teoria dos dois fatores: fatores motivacionais e fatores higiênicos; *McGregor* concebeu a teoria X, em que as pessoas desejam ser dirigidas e controladas, e a teoria Y em que as pessoas gostam de trabalhar.

É indispensável que o enfermeiro gerente conheça as necessidades humanas, para melhor compreender o comportamento humano. Em outras palavras, deve ser capaz de utilizar a motivação humana como poderoso meio para melhorar o nível de vida do grupo na instituição⁹.

A motivação tem um sentido mais profundo do que o de fazer alguma coisa para obter uma outra coisa. Nuttin⁷ afirma que a questão primordial é saber quais são estas coisas que

os sujeitos desejam atingir ou fazer, isto é, quais são os objetos fundamentais de sua motivação.

O que se pretende aqui mostrar é que a direção ou chefia é responsável pelo nível de motivação do grupo. Portanto, é necessário um planejamento que ajude as pessoas a obterem satisfação no trabalho.

2.3 Liderança

Uma das funções essenciais que um chefe deve exercitar é a liderança. Um chefe líder é capaz de induzir o subordinado a executar as ações desejadas, a fim de que alcance os objetivos organizacionais.

Serão apresentados alguns conceitos de liderança, observando-se que são bastante parecidos.

Para Koontz; O'Donnel³, liderança é a habilidade de exercer influência interpessoal, por meio de comunicação para a consecução de um objetivo. Em palestra apresentada no XI Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar, Souza¹⁰ citando palavras de Celso Magalhães, afirma que “líder é todo aquele que, desejando ou não, consegue de outrem adesão espontânea às suas atitudes ou idéias”. De acordo com Arndt; Huckabay¹, liderança é um processo onde um indivíduo exerce influência sobre outros no grupo. Em resumo, pode-se afirmar que *o líder é aquele indivíduo que estando no grupo, se destaca ou se sobressai, com seu poder de influências e não de sua posição*.

É difícil, por outro lado, visualizar o chefe como um líder em potencial, porque nem todo chefe é líder, embora o cargo que ocupa exija características de líder, atitudes e outras particularidades pessoais de dirigente. O professor Jorge Guimarães faz uma série de diferenças entre o líder e o chefe:

Chefe: por vezes não cativa, impõe; nem sempre conquista, domina; castiga e impõe a motivação.

Líder: conquista, cativa, doutrina, desenvolve a automotivação e influencia.

Chefe: move os atos e, em consequência destes, influencia as idéias.

Líder: sob as influências das idéias, move os atos.

Chefe: impõe sua autoridade (exerce domínio sobre as pessoas).

Líder: busca interessar seus subordinados (exerce domínio com as pessoas).

Conclui-se, portanto, que a chefia deve ser edificada numa liderança total, politicamente ativa, a fim de resolver os problemas que requerem liderança compartilhada, com igualdade de objetivos e uma única ideologia que vai além dos interesses e motivações organizacionais dos indivíduos que estiverem envolvidos na empresa.

2.4 Supervisão

A supervisão é uma parte do processo administrativo essencial para o enfermeiro gerente, que visa basicamente melhorar a qualidade da assistência e estimular o desenvolvimento do trabalho e o bem-estar do pessoal. Portanto, pode-se afirmar que o principal interesse da supervisão é o pessoal. O objetivo da supervisão exercida pela direção ou chefia é o de motivar o desempenho máximo dos profissionais, criando um ambiente favorável para a liderança.

Nesse sentido, não se deve confundir supervisão com “super visão”, inspeção ou vigilância, como muitos chefes e dirigentes a consideram. A ênfase atribuída aqui à supervisão é diferente. Supervisão é ajudar o indivíduo a fazer melhor seu trabalho e, a partir daí, observar o que já foi feito para orientar o pessoal e manter o sentido do valor profissional e a obtenção da satisfação do seu próprio trabalho.

Os autores enfatizam ainda que, os profissionais necessitam de recompensas psicológicas e sociais que tornem a vida gratificante para eles, seja pelo desenvolvimento de grupos de trabalho adequados e compatíveis, seja pelo reconhecimento formal e informal do trabalho realizado e metas atingidas pelos grupos ou indivíduos.

Quem ocupa cargos de direção deve empregar técnicas que envolvam comunicação, relações humanas, educação, etc., para atingir seus objetivos. Qualquer que seja o caminho, o responsável tem a obrigação de obter o desempenho máximo dos membros da organização, trazendo ao mesmo tempo satisfação para o pessoal.

2.5 Coordenação

Um dos pontos essenciais na direção é a coordenação de esforços especializados. Antes de se abordar o assunto, é preciso que se saiba o que é coordenação.

Segundo Fayol, a coordenação harmoniza todas as atividades do negócio, facilitando seu trabalho e seu sucesso. Para o autor, a coordenação sincroniza coisas e ações em suas proporções certas e adapta os meios aos fins.

Da mesma forma, Mooney⁶ define coordenação como a *“distribuição ordenada do esforço do grupo, a fim de obter unidade de ação na consecução de um fim comum”*.

Observa-se que há semelhanças na maneira como os autores definem coordenação. Portanto, coordenação é harmonia de esforços. Partindo desse princípio, o papel da direção consiste na divisão de trabalho, acompanhada de especialização de função, de acordo com um princípio de organização, a fim de cumprir os objetivos propostos. Assim, nasce a interdependência funcional que requer controle rigoroso e ordenação do fluxo de trabalho, surgindo, dessa forma, a atividade de coordenação.

Para evitar mal – entendido, é importante que sejam acrescentadas algumas informações. Não se pode esquecer que os métodos e mecanismos de coordenação são quase infinitos. Todavia, tomando-se por base essa interdependência funcional que gera a

necessidade de coordenação, alguns instrumentos devem ser utilizados como meios de coordenação. É o caso, por exemplo, dos estatutos ou documentos legais da organização, as reuniões formais e informais, conferências e intercâmbios entre membros da organização. É também impossível negar a importância do relacionamento entre superior e subordinado, bem como das atitudes e valores dos indivíduos no sistema organizacional.

Conclui-se que a função de coordenação se fundamenta nas comunicações, ou seja, nas informações que devem ser transmitidas em todas as direções e em todos os níveis e setores. Fundamenta-se, sobretudo, na capacidade gerencial da direção em identificar as forças sociopsicológicas existente nos membros da organização, procurando ajustá-los às necessidades da empresa para que alcancem os objetivos organizacionais.

2.6 Controle: em virtude de sua grande importância na atividade de direção, o controle será abordado no capítulo seguinte.

3. ESTILOS DE CHEFIA

Os estilos de chefia são semelhantes aos da liderança, porque ambos fazem parte da forma como as pessoas dirigem uma organização, dependendo da situação em que estejam trabalhando no momento.

Comumente, são apontados três estilos de chefia:

- a) **Democrático:** é um estilo que se caracteriza pelo trabalho em conjunto ou participativo. Em outras palavras, é permitido ao grupo efetuar sugestões e participar nas decisões, ao mesmo tempo em que a autoridade é exercida com o subordinado, resultando em obediência aprovada, isto é, sem a força do poder dominante.
- b) **Autocrático:** esse estilo é denominado por alguns autores como diretivo, burocrático e até ditatorial. Efetivamente, concebe-se nele um comportamento arbitrário, autoritário e prejudicial, não permitindo argumentação capaz de lhe desviar dos métodos e objetivos selecionados. Sua concepção consiste em fazer alguma coisa pela força e não pela liberdade de ação.
- c) **Liberal:** o estilo liberal, também denominado *laissez faire*, caracteriza-se pelo excesso de liberdade permitida aos subordinados, possibilitando uma situação em que as pessoas não conhecem seus objetivos e nem se interessam em fazer alguma coisa.

Em resumo, pode-se concluir, sem hesitação, que a melhor forma de chefiar é aquela em que se aplica um dos estilos à situação do momento. Ou seja, não existe o melhor estilo, mas sim aqueles que se adaptam às necessidades, tanto da situação quanto dos seguidores.

4. QUALIDADES DO CHEFE

Não se pretende identificar todos os aspectos qualitativos do chefe, que é tarefa difícil, para não dizer impossível, mas serão listadas algumas das virtudes consideradas a expressão positiva de um caráter. São as seguintes: capacidade administrativa e técnica; conhecimento dos homens; cultura geral; inteligência; competência; saúde física e mental; senso de determinação e decisão; sentido de autoridade, capacidade de escolha dos seus auxiliares; capacidade de saber delegar atribuições; habilidade educativa; espírito de disciplina, espírito de disciplina; espírito de justiça, energia realizadora; domínio de si mesmo; sentido de realidade, benevolência; bondade; respeito à dignidade humana; exemplo; humildade e outras.

5. CARACTERÍSTICAS DO MAU CHEFE

Em se tratando de chefia, é evidente que relacionar fatores desfavoráveis ou negativos de um chefe parece tarefa fácil. Na realidade, não interessa discutir defeitos e, sim, qualidades. Porém, quando as influências negativas se sobrepõem às positivas, devem ser observadas para que se tenham condições de corrigi-las, a fim de que não se manifestem diretamente no nosso comportamento.

A seguir, serão relacionadas algumas características, deixando-se, no entanto, bem claro que é quase impossível que alguém possua todas elas. São as seguintes: incapacidade administrativa e técnica; falta de inteligência; tendência autocrática; ausência de espírito público; prática contrária ao que preconiza; inveja dos subordinados; atitude de fiscal ou vigia; receio de ser ofuscado pelos subordinados; falta de estímulo ao esforço dos subordinados; desinteresse pelo trabalho; julgamento apressado dos subordinados perante os outros; irredutibilidade de opiniões; exigência ao subordinado de esforço ou trabalho que ele próprio não é capaz de fazer; subserviência para com os superiores; inabilidade educativa; mau humor; relutância em delegar atribuições; protelação sistemática de resoluções; preocupação com por menores; indecisão e inconstância; injustiça e parcialidade; precipitação e impaciência.

6. REGRAS BÁSICAS PARA O EXERCÍCIO DA CHEFIA

Por fim, serão apresentadas algumas sugestões que poderão ajudar no exercício da liderança na equipe de trabalho:

- Faça com que as pessoas executem as ações, não porque foram mandadas, mas porque querem realizá-las.

- Exercite o autocontrole e aja com maturidade emocional, a fim de não desgastar sua autoridade.
- Estabeleça objetivo realista e trabalhe no sentido de atingi-los.
- Torne o grupo mais participante e criativo delegando atribuições.
- Conheça o seu subordinado.
- Seja um comunicador eficaz.
- Reconheça o valor dos seus colaboradores e tenha interesse por eles.
- Admita as falhas e não a fraqueza dos subordinados.
- Seja positivo e leal com seus subordinados.
- Compartilhe as informações com seus colaboradores.
- Seja criativo e autoconfiante.
- Conserve o senso de humor.
- Saiba ouvir.
- Ao rejeitar, justifique-se para não bloquear colaborações criativas.
- Seja humilde.
- Analise os fatos ao criticar, critique em particular e elogie em público.
- Reconheça a necessidade de melhorar sempre.

RESUMO

1. A direção é a terceira função do processo administrativo. Consiste em integrar o elemento humano e material de forma sistemática, a fim de alcançar os objetivos preestabelecidos.
2. As funções básicas da direção são: delegação, motivação, liderança, supervisão, coordenação e controle.
3. Os estilos de chefia são iguais aos de liderança: democrático, autocrático e liberal.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

1. De acordo com sua percepção, defina direção.
2. Quais as funções básicas da direção?
3. Por que é importante a delegação para a administração do serviço?
4. Quais as principais contribuições de Maslow, Herzberg e McGregor ?
5. O que significa liderança?
6. Explique a diferença entre o chefe e o líder.
7. Quais as características da função de supervisão?
8. Explique as características dos estilos de chefia.
9. Cite as qualidades do bom chefe e do mau chefe.

BIBLIOGRAFIA

1. ARNDT, C.; HUCKABAY, L.MD. **Administração em enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
2. CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw - Hill, 1979.
3. KOONTZ, H.; O'DONNEL, C. **Princípios de administração**. São Paulo: Pioneira, 1982.
4. KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1989.
5. MAXIMIANO, A.CA. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 1981.
6. MOONEY, JD. **The principles of organizations**. New York: Haper & Bros, 1947.
7. NUTTIN, J. **Teoria da motivação humana**. São Paulo: Loyola, 1983.
8. SANTOS, SR. **Motivação no trabalho do enfermeiro: fatores de satisfação e insatisfação**. João Pessoa, 1992. Dissertação (mestrado) UFPB – Centro de Ciências da Saúde.
9. _____. O fator humano na organização: aspectos teóricos. **Revista Hospital – Adm. e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 13 – 16, jan./fev., 1993.
10. SOUZA, JG. Chefia e liderança. **Revista Hospital – Adm. e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 117 – 126, 3º trimestre, 1987.
11. TERRY, GR. **Princípios de administração**. São Paulo: Brasiliense, 1976.
12. VERTERIS, T. Steps from do it yourselves to delegator. **Nurs – success today**, v. 1, n. 4, p. 16, 1984.

CAPÍTULO 6

O processo de controle

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A quarta função administrativa é o controle, que tem muito a ver com o planejado e o realizado, o desejado e o obtido, o orçado e o efetivado. Por essa razão, o controle fecha o ciclo do processo administrativo, iniciado pelo planejamento. Através dele, procura-se corrigir desvios nos objetivos predeterminados, avaliando-se os resultados obtidos pela aplicação de métodos que podem levar à reorganização do trabalho, tanto em termos de qualidade quanto de quantidade.

O termo controle é empregado em contextos muito diversificados. Seu significado depende da função ou área específica em que é aplicado. A concepção de controle, ao invés de uma definição estrita, significa um mecanismo que detecta qualquer desvio dos padrões normais definidos num plano, ou seja, os objetivos possibilitando quando possível à devida regulação.

Para Koontz; O'Donnel citado por Chiavenato², controle é:

A função administrativa que consiste em medir e corrigir o desempenho de subordinados para assegurar que os objetivos da empresa e os planos delineados para alcançá-los sejam realizados; é, pois, a função segundo a qual a cada administrador, do presidente ao mestre, certifica-se de que aquilo que é feito está de acordo com o que se tencionava fazer.

Fayol já dizia que, num empreendimento, o controle consiste em verificar se tudo ocorre de conformidade com o plano adotado, as instruções emitidas e os princípios estabelecidos, tendo por objetivo apontar as falhas e os erros para retificá-los e evitar sua reincidência.

É nessa linha de pensamento que está voltada à gerência científica, defendida por Urwick, Mooney, Reiley, Taylor e muitos outros. O conceito clássico de controle foi expandido, de tal forma que não se pode dissociá-lo das funções de planejamento, organização e direção, porque estão todas interrelacionadas e se apresentam muitas vezes concomitantemente.

2. FUNÇÕES DO CONTROLE

Os três componentes funcionais do controle são os seguintes:

- a) Controle de pré-ação: estabelecidos os padrões e objetivos como parte da fase de planejamento, procura-se evitar desvios na qualidade e quantidade de recursos.

- b) Controle concorrente: acompanha o desenvolvimento das operações para verificar se os objetivos estão sendo seguidos. O método principal utilizado nesse controle dá-se através da inspeção ou da supervisão.
- c) Controle por *feedback*: focaliza a ação corretiva como meio preventivo para atingir os objetivos que serão alcançados em futuras ações. Em outras palavras, os resultados finais são avaliados e os dados gerados representarão subsídios para corrigir as deficiências e para reforçar as medidas de novas ações, quanto às possíveis mudanças.

3. MECANISMOS DE CONTROLE

A esse respeito, o que se pretende mostrar é que o controle está diretamente relacionado com as orientações geradas pelos objetivos, ou seja, a forma de controle é determinada pelos objetivos traçados no plano. Não existe um mecanismo de controle único. Ao contrário, há uma diversificação, conforme o objeto em questão. Deve-se reconhecer também que alguns mecanismos são utilizados com mais frequência, os quais destacam os seguintes:

- ♦ Gráficos.
- ♦ Relatórios.
- ♦ Índices, porcentagens e medidas estatísticas.
- ♦ Formulários.
- ♦ Mapas de avaliação.

4. CONTROLE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O serviço de enfermagem, como qualquer outro, deve estabelecer sistemas próprios de controle, a fim de alcançar os objetivos predeterminados e avaliar os resultados, de modo a minimizar os problemas ou desvios dos objetivos. Para tanto, é preciso haver o controle de qualidade e de quantidade.

4.1 Controle de qualidade

O controle de qualidade deve ser uma responsabilidade de toda a equipe de enfermagem, no sentido de que haja consenso da importância de se preservar um elevado nível de otimização da assistência que possibilite uma melhoria na qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Percebe-se que essa forma de considerar o serviço, sob o prisma da qualidade, desperta o interesse de melhor adequar os recursos disponíveis à produção de serviços em

níveis econômicos e satisfatórios às necessidades do paciente, ao atendimento e à satisfação do pessoal.

Assim, para que haja crescimento da demanda no serviço hospitalar, é essencial que se apresentem níveis de qualidade. Em tese, o aumento da demanda é proporcional ao aumento da qualidade. Com base nessa afirmação, pode-se dizer que os objetivos do controle de qualidade são os seguintes:

- Melhorar a assistência prestada ao paciente.
- Racionalizar as ações de tempo e movimentos.
- Otimizar o desempenho do pessoal.
- Melhorar a utilização de material e equipamentos.
- Manter os custos baixos.

Deve-se observar que, quando se fala em controle de qualidade, incluem-se também a supervisão e a delegação de atividades. Nesse contexto, é interessante que se analise o controle de qualidade sob três aspectos:

- a) Controle de qualidade da assistência prestada: o ponto de partida do controle de qualidade da assistência prestada ao paciente é o estabelecimento de um padrão mínimo de atendimento, para a formulação de metas a serem atingidas. Assim, é imprescindível a tabulação dos cuidados prestados, de forma gráfica. Além disso, é necessária a criação de um sistema de avaliação periódica, para que sejam adotadas variações no padrão de referência estabelecido.
- b) Controle de qualidade do pessoal de enfermagem: esse controle é desenvolvido a partir do controle da assistência prestada ao paciente, devido ao seu estreito relacionamento. A idéia fundamental que esse controle apresenta é a avaliação contínua dos elementos, denominada Análise de Desempenho. Essa forma de análise baseia-se na avaliação pessoal, técnica e operativa dos elementos que compõem a equipe de enfermagem. Outro aspecto importante a considerar é que os programas de treinamento e reciclagem devem estar direcionados na mesma proporção das avaliações, de acordo com as necessidades e não em épocas predeterminadas ou por modismo.
- c) Controle de qualidade do material e equipamento: nesse contexto, é preciso destacar o aspecto que indica a adequação dos materiais e equipamentos à realidade de cada serviço, prevenindo assim a ociosidade, além de perdas e extravios de equipamentos. Dessa forma, deve-se fazer um estudo aprofundado da qualidade do material ou equipamento, no que tange à funcionalidade, durabilidade, facilidade, manuseio, segurança, facilidade de manutenção e custos.

3.2 Controle de quantidade

Não se pode desvincular o controle de qualidade do controle de quantidade, porque ambos se completam para a efetivação do estudo de produtividade. Aliás, os dois tipos de controle devem ser desenvolvidos paralelamente, de modo a proporcionar meios para a investigação e análise da situação e da atuação de seus componentes em função dos recursos disponíveis.

A tudo isso, conclui-se que o controle quantitativo visa adequar as pessoas aos recursos, evitando assim, a evasão de material e equipamentos, diminuindo os custos indiretos e propiciando a otimização dos serviços prestados. Os objetivos do controle de qualidade, segundo Martins⁵, são os seguintes:

- ✓ Melhorar a assistência prestada ao paciente.
- ✓ Tornar efetivo os sistemas de informação, de análise e método administrativo dos recursos de enfermagem.
- ✓ Evitar a evasão do material e equipamentos.
- ✓ Diminuir os custos indiretos do serviço de enfermagem e melhorar a utilização dos recursos financeiros.

O problema do controle de qualidade coloca-se em duplo contexto na perspectiva do serviço de enfermagem:

- (1) controle de quantidade do pessoal de enfermagem: efetivamente, para existir esse controle, é necessário a determinação de um modelo de dotação de pessoal, compatível com a realidade do serviço e de um sistema de escalas que atenda as necessidades do serviço e do trabalhador.
- (2) Controle de quantidade do material e equipamento: como o extravio de material, geralmente, é expressivo nos hospitais, faz-se necessário o uso de medidas que evitem ou minimizem as perdas, através de um controle rigoroso e periódico, capaz de oferecer dados atualizados do material em circulação.

É importante destacar alguns aspectos práticos para a realização do controle de quantidade.

- a) Levantamento periódico (diário, semanal, mensal, trimestral ou anual): possibilita maior controle do material existente na unidade, em termos de quantidade e qualidade. Esse procedimento deve seguir um critério normativo específico para cada unidade do serviço de enfermagem.

Exemplo: Levantamento de material/equipamento

- c) Registros: não se questiona a importância do registro para o patrimônio do hospital. Todo material e equipamento devem ser codificados e descritos em números, quantidade, espécie e marca.
- d) Extravios: o extravio de material e equipamento onera os custos do serviço. Por essa razão, deve-se fazer um levantamento periódico que possibilite uma avaliação geral acerca dos acontecimentos.

5. ORIENTAÇÃO PARA CONTROLE

Será apresentado, a seguir, um resumo sobre controle para o gerente do serviço de enfermagem. Pretende-se apenas fazer algumas considerações que variam de acordo com a instituição.

5.1 Controle de material de consumo

O gerente de enfermagem deve estabelecer uma simplificação e padronização do seu material de consumo, que consiste em determinar as especificações de quantidade, dimensões, valores ou qualidade do material. Deve também reduzir as variedades, eliminando o que for desnecessário para diminuir a quantidade de alguns materiais, fazendo com que cada item tenha o maior número possível de aplicações.

Exemplo de uma rotina para pedido de material de consumo:

N.º	ETAPAS
1.	Verificar o estoque existente na unidade.
2.	Solicitar o pedido do material de consumo semanal, quinzenal ou mensal.
3.	Requisitar o pedido no impresso específico.
4.	Enviar a requisição à chefia para autorização.
5.	Encaminhar a requisição para o almoxarifado.
6.	Receber o material do almoxarifado.
7.	Verificar o material recebido.
8.	Constatar se o pedido veio de acordo com o solicitado.
9.	Armazenar o material.
10.	Fazer o controle dos gastos, através de fichas de entrada e saída.

5.2 Controle do material permanente

Para um adequado controle do material permanente, deve-se verificar periodicamente as necessidades de conserto ou manutenção e orientar o pessoal no manuseio dos

equipamentos, a fim de minimizar os custos. É necessário fazer-se um inventário anual de todo o material sob o ponto de vista do estado de vida útil, a probabilidade de duração e a localização.

Todo o processo de controle do material permanente inicia-se na escolha do material. A partir daí, devem ser observados os seguintes aspectos:

- a) Aspecto quantitativo: deve ser requisitado o material necessário que atenda a necessidade do paciente, de acordo com o pessoal que vai utilizar.
- b) Aspecto qualitativo: deve-se fazer um estudo profundo sobre a qualidade do material, no que diz respeito à funcionalidade, durabilidade, facilidade de manuseio, segurança e manutenção fácil.

6. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A avaliação é a última fase do processo administrativo. Fornece uma referência sobre os efeitos dos resultados, devidamente planejados, a fim de serem replanejados. O controle dá seguimento à avaliação, tanto durante o andamento do trabalho como ao seu término. Por isso, esses elementos, anteriormente estudados, não podem ser separados, porque são interdependentes e, como tais, são essenciais.

O processo de avaliação determina até que ponto está sendo realizado os objetivos individuais e organizacionais, segundo Arndt; Huckbay¹. Já de acordo com Hendrikx⁴, a avaliação serve de referência às necessidades reveladas pelas análises (levantamento para planejamento), aos objetivos fixados no planejamento do serviço, às atividades previstas no plano de ação e aos recursos citados para a prestação de serviços e programas de ensino ou treinamento em serviço.

Nesse contexto, é interessante notar que a avaliação serve de base para um novo plano, onde se procuram métodos que possam direcionar o alcance dos objetivos propostos. Para isso é necessário estabelecer padrões e critérios capazes de medir os resultados com precisão.

Deve-se frisar, desde já, que a avaliação das atividades de enfermagem envolve todo o pessoal da equipe (enfermeiro, técnico e auxiliar). Todavia, essa diversificação de pessoal e de níveis de complexidade, nas ações de enfermagem, exige que se estabeleçam critérios de avaliação coerentes com a amplitude, eficácia, rendimento e objetivos fixados pelo serviço de enfermagem.

A ausência do processo de avaliação é desastrosa para o serviço, para o hospital e, principalmente, para o paciente. Pode-se admitir que, não havendo avaliação, caminha-se para o insucesso sem retorno. Sendo assim, o gerente do serviço de enfermagem deve utilizar procedimentos de avaliação, a fim de determinar os níveis desejáveis ao alcance dos

objetivos e realizar modificações que se fizerem necessárias para atingir um sistema efetivo de prestação de assistência à saúde.

6.1 Tipos de avaliação

Tradicionalmente, são conhecidos dois tipos de avaliação: a avaliação formativa, que ocorre durante a execução ou implementação de um plano e a avaliação somativa, que tem lugar ao término de um período do plano.

Mas, o que interessa neste tipo de abordagem é o estudo da avaliação, sob dois aspectos: auto-avaliação e auditoria.

- (a) Auto-avaliação: é evidente que o ser humano deve auto-avaliar-se, principalmente quando está inserido numa equipe de trabalho. Todo profissional deve ser capaz de criticar-se de forma objetiva e honestamente. Assim, estará apto a trabalhar em grupo, disciplinando-se para atingir os objetivos organizacionais.

A administração do serviço de enfermagem deve estabelecer seus próprios critérios de avaliação, com o propósito de identificar problemas que evidenciem necessidades de melhorar as relações inter-pessoais e funcionais.

A título de exemplificação, seguem alguns tópicos para a auto-avaliação do pessoal de enfermagem:

- O pessoal de enfermagem é suficiente para o atendimento aos pacientes?
- Há igual distribuição de trabalho e da carga horária para todo o pessoal?
- O ânimo do pessoal de enfermagem está elevado?
- Há reuniões periódicas?
- Há boas relações entre a enfermagem e os demais serviços?
- As enfermeiras são aproveitadas para o ensino?
- Há educação em serviço para atualização?
- Há regimento que estabeleça as atribuições, os horários de serviço, às normas administrativas e técnicas e as rotinas?
- Há registros de enfermagem?

- (b) Auditoria: a respeito do assunto, deve-se tomar como ponto de partida, o conceito formulado por Cherubin³:

Entende-se por auditoria a tarefa de aferir a eficiência e eficácia do hospital e/ou de serviços. A eficiência aborda os aspectos quantitativos, econômicos e financeiros e a eficácia os qualitativos.

Em outras palavras, pode-se afirmar que a auditoria é um sistema de avaliação formal que identifica o nível de qualidade da assistência, através do exame do prontuário do paciente e das próprias condições dos mesmos.

Deve-se considerar a auditoria sob dois aspectos:

- 👉 **Auditoria interna:** nesse processo são aplicados questionários específicos que possibilitem a localização de problemas.
- 👉 **Auditoria externa:** trata-se da contratação de serviços de profissionais qualificados e especializados ou de firmas para esse fim.

Enquanto os padrões oferecem os critérios para a mensuração da qualidade do cuidado, as auditorias constituem instrumentos de medida. Uma *auditoria* é um exame sistemático e oficial de um registro, processo ou contabilidade para a avaliação do desempenho. Auditoria em organizações de saúde proporciona aos administradores um meio de aplicar o processo de controle para a determinação da qualidade dos serviços prestados. As auditorias utilizadas com maior frequência no controle de qualidade incluem verificações de resultado, processo e estrutura.

Auditoria de resultados – são as mudanças no estado de saúde do paciente atribuídas à prestação de serviços. As auditorias de resultados determinam quais os resultados que ocorreram como consequência de intervenções específicas de enfermagem em relação aos clientes. O resultado demonstra a qualidade do atendimento oferecido. Os padrões de resultados podem ser definidos da seguinte forma: o que o paciente saberá, fará, manifestará ou vivenciará, isso refletem as metas de enfermagem direcionadas ao bem-estar fisiológico, emocional e mental do cliente.

Exemplos de resultados: as taxas de mortalidade, morbidade e a duração da permanência no hospital. Outros elementos podem ser mensurados como o estado funcional, o estado mental, os níveis de stress, a satisfação do cliente com os cuidados e o custo dos cuidados.

A Comissão Conjunta para Acreditação de Organizações de Cuidados à Saúde (JCAHO) utiliza os critérios de resultados para as 24h que antecedem a alta, quando da revisão da qualidade do atendimento. Os registros do paciente são revisados após a alta hospitalar, mas os critérios para a revisão são estabelecidos em termos dos resultados esperados que deva ter ocorrido 24h antes da alta.

Auditoria do processo - são empregadas para mensurar o processo de cuidados. A ênfase é à tarefa e o foco está nos padrões da prática. Daí a existência da relação entre a qualidade do enfermeiro e a qualidade do cuidado oferecido. Os padrões do processo encontram-se nos planos de cuidado do paciente, nos manuais de procedimento ou nas declarações do protocolo de enfermagem. Exemplo: uma auditoria de processo pode ser utilizada para que seja estabelecido se as pressões sanguíneas foram verificadas, conforme rotina estabelecida.

Auditoria de estrutura – é a auditoria que monitora a estrutura ou o local em que se realiza o cuidado ao paciente, a saber: a situação financeira, o serviço de enfermagem, os

registros médicos e o ambiente. Nessa auditoria existe uma relação entre cuidado qualificado e estrutura adequada. Por exemplo: a verificação das luzes utilizadas pelo paciente para chamar os enfermeiros ou se os jarros de água estão ao alcance do paciente.

Auditorias de resultados, processos e estrutura podem ocorrer retrospectivamente, simultaneamente ou com vistas ao futuro. As auditorias *retrospectivas* são realizadas após o cliente receber o serviço. As auditorias *simultâneas* ocorrem enquanto o cliente está sendo atendido. As auditorias com *vistas ao futuro* ou *prospectivas* tentam identificar a maneira como o desempenho será afetado pelas atuais intervenções.

Na auditoria de enfermagem o prontuário do paciente é examinado para se determinar a qualidade do atendimento prestado durante um determinado tempo. Embora possa ser feita enquanto o paciente está no hospital, a revisão é geralmente retrospectiva: ou seja, ela é feita após o paciente ter recebido alta.

A auditoria de enfermagem procura descobrir as deficiências ou omissões no planejamento e na prestação do atendimento ao paciente. Apesar de apontar as deficiências, a auditoria não pode corrigi-las. No entanto, as áreas que podem ser examinadas incluem: o regime médico, o ensino de dados ao paciente, os registros do atendimento de enfermagem prestado e as evidências do uso dos planos de atendimento de enfermagem.

O processo de auditoria ajuda os enfermeiros perceberem que suas responsabilidades profissionais vão além de simplesmente seguir as prescrições médicas. O caráter dinâmico da auditoria, que constitui uma necessidade manifestada pelo indivíduo e pelo meio que ocupa e baseia-se nos seguintes objetivos:

- Elevar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a prática de enfermagem.
- Atuar como elemento motivador entre o pessoal de enfermagem.
- Avaliar, através das anotações ou registros, o grau da assistência que a enfermagem presta ao paciente.
- Alcançar padrões ideais na assistência de enfermagem.

Fatores básicos observáveis numa auditoria de enfermagem são todos os aspectos das atividades administrativas e técnicas. Podem-se usar os seguintes fatores:

- ⇒ Prontuário.
- ⇒ Grau do padrão de enfermagem.
- ⇒ Distribuição adequada de pessoal por cada plantão.
- ⇒ Relações humanas no trabalho.
- ⇒ O uso adequado da comunicação.

Um outro ponto importante a ser considerado é a composição de membros da Comissão de Auditoria, integrada pelo:

- ☐ Supervisor.
- ☐ Enfermeiro gerente.
- ☐ Enfermeiro assistencial.

Desse modo, algumas exigências básicas deverão ser observadas:

- Guarda do sigilo de todos os dados obtidos.
- Reuniões periódicas para discussões, análises e propostas de solução.
- Estabelecimento do padrão desejado para conhecimento.

RESUMO

1. O controle é a quarta função do processo administrativo.
2. As funções do controle são: controle de pré-ação, controle concorrente e controle por *feedback*.
3. O mecanismo de controle é determinado pelo objetivo traçado no planejamento, sendo, portanto, muito diversificado.
4. O controle no serviço de enfermagem envolve: controle de qualidade e controle de quantidade.
5. O processo de avaliação é a última etapa do processo administrativo. Consiste em determinar até que ponto está sendo atingido os objetivos.
6. Tipos de avaliação: avaliação formativa e somativa, auto-avaliação e auditoria.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

1. Explique as três funções do controle.
2. Justifique o funcionamento do mecanismo de controle.
3. Como exercer o controle de qualidade do pessoal de enfermagem?
4. Quais os objetivos do controle de qualidade?
5. Que aspectos devem ser observados no controle do material permanente?
6. Quais os tipos de avaliação? Explique.
7. Cite os objetivos da auditoria.

BIBLIOGRAFIA

1. ARNDT, C.; HUCKABAY, L.MD. **Administração em enfermagem**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
2. CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1979.
3. CHERUBIM, NA. **Fundamentos da administração hospitalar**. São Paulo: União São Camiliana, 1977.
4. HENDRIKX, HM. **Manual de organização e avaliação do serviço de enfermagem**. São Paulo: União São Camiliana, sd.
5. MARTINS, MLR. **O serviço de enfermagem: administração e organização**. São Paulo: CEDAS, 1983.

CAPÍTULO 7

Administração de Pessoal de Enfermagem

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A LEI N.º 7.498/86.

A Lei n.º 7.498, publicada no Diário Oficial da União, de 26 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, servirá de base para as definições acerca das funções exercidas pela categoria da enfermagem. É necessário esse conhecimento preliminar, a fim de que as atividades de enfermagem possam ser executadas sob o amparo da lei.

Para evitar-se qualquer equívoco, serão transcritos, a seguir, alguns artigos da referida lei.

Art. 11 – O enfermeiro exerce as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – Privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;*
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;*
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;*
- d) (VETADO);*
- e) (VETADO);*
- f) (VETADO);*
- g) (VETADO);*
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de enfermagem;*
- i) consulta de enfermagem;*
- j) prescrição da assistência de enfermagem;*
- k) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;*
- l) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.*

II – Como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;*
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;*
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;*
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;*
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;*
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;*

- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;*
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;*
- i) execução do parto sem distocia;*
- j) educação visando à melhoria de saúde da população;*

Parágrafo único: Às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;*
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;*
- c) realização de episiotomia e epistorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.*

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;*
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, observando o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei;*
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;*
- d) participar da equipe de saúde.*

Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processo de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;*
- b) executar ações de tratamento simples;*
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;*
- d) participar da equipe de saúde.*

Art.14 – (VETADO).

Art. 15 – As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde pública e privada, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 – (VETADO).

Art. 17 – (VETADO).

Art. 18 – (VETADO).

Parágrafo único – (VETADO).

Art. 19 – (VETADO).

Art. 20 – Os órgãos de pessoal da administração pública, direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único – Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com a disposição desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

De acordo com a lei do exercício profissional, o enfermeiro deve ser conhecedor das responsabilidades profissionais, porque a lei existe para ser cumprida rigorosamente e será exigida pela sociedade. Portanto, faz-se necessário estabelecer com clareza o papel exercido pela equipe de enfermagem, para que não haja confusão na divisão de trabalho entre os seus integrantes.

Partindo-se desses princípios, serão delineadas algumas atribuições que são da competência exclusiva do enfermeiro, do técnico e do auxiliar, a fim de ajudá-los na divisão de tarefas e para que não ocorram desvios de funções por parte do pessoal de enfermagem.

a) Ao enfermeiro compete:

- ⇒ diagnosticar as necessidades de enfermagem e elaborar o plano de assistência a ser prestado pela equipe de enfermagem em serviços de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde;
- ⇒ prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde;
- ⇒ coordenar e supervisionar o pessoal da equipe de enfermagem;
- ⇒ programar e desenvolver o treinamento em serviço para o pessoal da equipe de enfermagem;
- ⇒ desenvolver atividades de educação para a saúde;
- ⇒ organizar e administrar serviços de enfermagem;
- ⇒ realizar pesquisa operacional em enfermagem.

Exemplos de tarefas típicas na prestação da assistência de enfermagem:

- prestação de cuidados de conforto e de higiene pessoal a pacientes em estado grave;
- alimentação de pacientes por sonda;
- aplicação de lavagem de estômago, lavagem vesical, sonda, aspiração de secreções e diálise peritonial;
- aplicação e leitura de testes para subsídios do diagnóstico;

- execução de tarefas complementares ao tratamento médico especializado em casos de cateterismo cardíaco, transplante de órgão e hemodiálise;
- realização de curativos especiais;
- controle de pressão venosa, de monitorização e de respiradores artificiais;
- coleta, análise e interpretação dos dados de produção da atividade de enfermagem.

b) Ao técnico compete:

- ⇒ prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção e recuperação e de reabilitação da saúde, de acordo com o plano estabelecido pelo enfermeiro;
- ⇒ colaborar com o enfermeiro na elaboração do plano de assistência a ser prestada pela equipe de enfermagem;
- ⇒ coordenar e supervisionar o pessoal auxiliar de enfermagem nos serviços de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde, na ausência do enfermeiro;
- ⇒ participar na orientação à saúde individual e coletiva.

Exemplos de tarefas típicas na prestação de assistência de enfermagem pelo técnico:

- prestação de cuidados de conforto e de higiene a pacientes graves sob supervisão do enfermeiro;
 - observação e registro de sinais e sintomas apresentados pelos pacientes;
 - verificação de sinais vitais;
 - coleta de material para exames de laboratório;
 - administração de medicamentos aos pacientes;
 - realização de curativos;
 - instrumentação em intervenções cirúrgicas;
 - registro das atividades executadas;
 - aplicação de imunizantes;
 - execução de atividades de apoio, tais como: preparo de ambiente e disposição do material para exames, tratamento, intervenções cirúrgicas e atendimento obstétrico.
- c) Ao auxiliar de enfermagem compete: prestar assistência de enfermagem em programas de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde, visando à satisfação das necessidades básicas do paciente, cujo estado não apresenta gravidade, sob supervisão do enfermeiro ou do técnico de enfermagem.

Exemplos de tarefas típicas do auxiliar de enfermagem:

- prestação de cuidados de conforto e de higiene pessoal;
- auxílio ao paciente na alimentação;
- verificação de sinais vitais;

- realização da pesagem e mensuração do paciente;
- preparação de clientes para consulta médica e de enfermagem;
- aplicação de imunizantes;
- instrumentação em intervenções cirúrgicas;
- realização de tratamento com lavagem intestinal, enemas, aplicações quentes e frias;
- coleta de material para exames de laboratório;
- auxílio em exames e tratamentos;
- administração de medicamentos ao paciente;
- realização de curativos simples;
- registro das tarefas executadas;
- execução de atividades de apoio, tais como: preparo e esterilização de material, preparo de ambientes e disposição do material para exames, tratamento, intervenções cirúrgicas e atendimento obstétrico.

2. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM

O princípio básico para se estabelecer a política* de pessoal está no pleno conhecimento dos objetivos organizacionais, sejam os genéricos, sejam os específicos. Obviamente, os objetivos gerais abrangem informações, princípios administrativos e aspectos tipicamente profissionais, referindo-se à dimensão maior que atinge todas as categorias.

Os objetivos específicos estão relacionados com uma determinada área de pessoal. Portanto, para uma formulação coerente, correta e consistente de uma política de RH, torna-se necessário um instrumento legal, que sirva como diretriz geral para a instituição.

MacGibony citado por Ribeiro⁶, arrola alguns itens que podem figurar num manual de política de pessoal:

- Posições e relações.
- Responsabilidades.
- Organizações.
- Funções departamentais.
- Políticas de emprego: condições, horários, férias, ausência por doença e preceitos de saúde.
- Planejamento do serviço de treinamento.
- Aspectos legais.
- Segurança.

* Princípio doutrinário que caracteriza a estrutura organizacional; posição ideológica a respeito dos fins da organização.

- Registros e relatórios.
- Rotinas.

Nesse contexto, vê-se que a política de pessoal para enfermagem deve partir de aspectos gerais para situações específicas da categoria. Assim, é fundamental conhecer a realidade dos problemas: absenteísmo, rotatividade, escala de horário, número de pacientes por pessoal de enfermagem, turnos de trabalho, legislação específica, desvios de funções, facilidades educacionais, físicas e de acomodações, alimentação, salários e planos de incentivos.

O que se pretende mostrar é que a política de RH em enfermagem não deve ignorar esses fatos, mas sim colocar o profissional como o núcleo das preocupações, uma vez que o seu desempenho irá ser analisado e avaliado pelo padrão de atendimento que presta ao paciente. Se esses fatores não estiverem claramente definidos, refletirão diretamente na qualidade do serviço. Daí a importância de políticas que visem melhorar as condições humanas de trabalho para que, direta ou indiretamente, haja uma melhoria na quantidade e na qualidade do atendimento de enfermagem. Além disso, a política de RH deve existir e ser cumprida. Basta que um grupo de pessoas trabalhe para que os objetivos sejam atingidos.

Para Higginson M. Valliant citado por Ribeiro⁶, a política de RH é útil pelas seguintes razões:

- ☐ Ajuda a manter a continuidade e a estabilidade da administração.
- ☐ Integra funções e atividades e encoraja o trabalho em grupo.
- ☐ Promove a consistência das decisões da administração e aperfeiçoa as relações.
- ☐ Permite aos chefes manobrar os problemas mais rapidamente e com maior liberdade.
- ☐ Habilita os chefes a preencher suas responsabilidades, definindo os limites dentro dos quais eles devem operar.

Em outras palavras, a política de pessoal promove a integração organizacional, constituindo-se em um veículo orientador para o chefe e demais níveis administrativos, além de reforçar os princípios da descentralização e delegação de competência.

Para Mesomo⁵, as políticas de RH racionalmente fixadas, conhecidas, aceitas e praticadas, são de extraordinário auxílio à administração, porque evitam sua dispersão operativa e o desvio dos objetivos traçados, e também ao próprio pessoal, que está imune a qualquer tipo de arbitrariedade e tem seus interesses respeitados.

4. DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

O serviço de enfermagem constitui cerca de 60% a 70% do pessoal hospitalar. É, portanto, a principal categoria profissional em termos quantitativos que faz a instituição de

saúde produzir serviços. O termo dotação de pessoal é utilizado com referência ao número necessário de pessoas para o serviço de enfermagem, pois representaria um caos sob o ponto de vista técnico, financeiro e social, trabalhar com um número insuficiente de pessoas, isso acarretaria sobrecarga de trabalho que traria consequências graves como por exemplo: esgotamento físico, fadiga e estresse, além de baixa produtividade e aumento no índice de absenteísmo.

O outro extremo da questão é o excesso de pessoal no serviço, fato que pode provocar má distribuição de tarefas, conflitos pessoais e ociosidade. Portanto, em se tratando de administrar recursos humanos, não se pode utilizar o empirismo para definir o quantitativo de pessoal. É necessário um estudo profundo que indique, matematicamente, o número ideal de pessoas para o trabalho, a fim de possibilitar condições satisfatórias para uma boa assistência e um bom relacionamento em equipe.

A dotação de pessoal pode ser definida como sendo uma estimativa da quantidade necessária de recursos humanos, que possibilite a adequação entre o volume de trabalho (necessidade de assistência de enfermagem) e a força de trabalho (pessoal de enfermagem)⁷.

Mas, para se definir o quantitativo de pessoal devem ser levadas em consideração algumas informações, tais como: as características da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela. Qualquer que seja a fórmula o método aplicado, essas variáveis devem ser observadas.

Antes de fazermos a demonstração dos métodos e fórmulas para o dimensionamento do pessoal de enfermagem, algumas terminologias devem ser conhecidas, de acordo com o Anexo III da Resolução COFEN Nº 293/2004:

ÁREA OPERACIONAL - consultório, sala de exame, sala de tratamento, sala de trauma, sala de emergência, sala de pronto-atendimento, sala de imunização, sala de diálise / hemodiálise, sala de cirurgia, sala de pré e pós-parto, sala de parto, sala de preparo de material, sala de esterilização, sala de ultra-som, sala de eletrocardiograma etc.

ATIVIDADE: pré-consulta, consulta, tratamento (curativo, quimioterapia, hemodiálise, diálise, instrumentação e circulação de cirurgias, atendimento / assistência), preparo de material, esterilização, chefia, coordenação ou supervisão etc.

BENCHMARKING - é uma ferramenta prática de melhoria para a realização de comparações da empresa ou outras organizações que são reconhecidas pelas melhores práticas administrativas, para avaliar produtos, serviços e métodos de trabalho. Pode ser aplicado a qualquer nível da organização, em qualquer sítio funcional (SF).

COMPLEXIDADE - é o que abrange ou encerra elementos ou partes, segundo Mário Chaves, os Hospitais, pela sua complexidade, caracterizam-se como secundários terciários

e quaternários, de acordo com a assistência prestada, tecnologia utilizada e serviços desenvolvidos.

GRAU DE DEPENDÊNCIA - é o nível de atenção quanti-qualitativa requerida pela situação de saúde em que o cliente se encontra, exigindo demandas de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos.

INDICADORES - instrumentos que permitem quanti-qualificar os resultados das ações. São indicadores que devem nortear o dimensionamento de pessoal do Hospital, quanto a: número de leitos, número de atendimentos, taxa de ocupação, média de permanência, paciente/dia, relação empregado/leito, dentre outros.

INDICADORES DE QUALIDADE - instrumentos que permitem a avaliação da assistência de Enfermagem, tais como: sistematização da assistência de Enfermagem; taxa de ocorrência de incidentes (iatrogenias); anotações de Enfermagem quanto à frequência e qualidade; taxa de absenteísmo; existência de normas e padrões da assistência de Enfermagem, entre outros.

ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA – é um valor percentual que se destina a cobertura das taxas de absenteísmo e de ausências de benefícios. Ela destina-se à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não, estabelecidas ou não em Lei.

MÉTODO DE TRABALHO - relacionam-se à maneira de organização das atividades de Enfermagem, podendo ser através do cuidado integral ou outras formas.

MISSÃO – é a razão de ser (da existência) da instituição/empresa incorporada por todos os seus integrantes.

MODELO ASSISTENCIAL - metodologia estabelecida na sistematização da assistência de Enfermagem (Art. 4º da Lei nº 7.498/86 e Art. 3º do Dec. nº 94.406/87).

MODELO GERENCIAL - compreende as atividades administrativas desenvolvidas pelos Enfermeiros nas unidades de serviço (Art. 3º da Lei nº 7.498/86 e Art. 2º do Dec. nº 94.406/87).

PACIENTE DE CUIDADO MÍNIMO (PCM)/AUTO-CUIDADO - cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e fisicamente auto-suficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

PACIENTE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (PCI) - cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

PACIENTE DE CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS (PCSI) - cliente/ paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS (PCIt) - cliente/ paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

PERÍODO DE TRABALHO (PT) - é diferente e varia nas diversas Instituições e Unidades Assistenciais, com os valores típicos de 4 h; 5 h e 6 h, decorrentes de jornadas diárias de 8, 10 e 12 horas.

PORTE – é determinado pela capacidade instalada de leitos, segundo definição do Ministério da Saúde.

POLÍTICA DE PESSOAL - diretrizes que determinam as necessidades de pessoal, sua disponibilidade e utilização através do processo de recrutamento, seleção, contratação, desenvolvimento e avaliação, incluindo benefícios previstos na legislação e as especializações existentes.

PROGRAMAS - conjunto de atividades ordenadas para atingir objetivos específicos que signifiquem a utilização dos recursos combinados. Exemplo: Programa Integral de Saúde da Mulher, Programa de Transplante etc.

QUANTIDADE DE PESSOAL (QP) - é o número de profissionais de enfermagem necessárias na UI, com base no SPC e na TO.

SERVIÇOS - conjunto de especialidades na área da saúde oferecidas à clientela, cujas características podem sofrer influência da entidade mantenedora, tempo de permanência, entre outras (serviços médicos hospitalares).

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP) - Categorias de pacientes por complexidade assistencial (adaptado de Fugulin, F.M. et alii). Sistema de classificação de pacientes: (por complexidade assistencial) é um método para determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado do paciente, objetivando o alcance dos padrões de qualidade assistencial. (De Groot, H.A-J. Nurs. Adm. v.19, n.7, p.24-30, 1989).

SÍTIO FUNCIONAL (SF) - é a unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Ele considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e o período de trabalho, obtida da distribuído no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).

-SF1 significa um sítio funcional com um único profissional;

-SF2 consiste de um sítio funcional com dois profissionais;

-SF3 traduz o sítio funcional com três profissionais

-SF_n refere-se a um sítio funcional com “n” profissionais.

TAXA DE ABSENTEÍSMO - são ausências não programadas ao trabalho, em um determinado período (mês).

TAXA DE AUSÊNCIAS DE BENEFÍCIOS - são ausências programadas ao trabalho, em um determinado período (férias, licença prêmio, etc.).

TAXA DE OCUPAÇÃO (TO) - expressa a razão entre a média do número de leitos ocupados por clientes e o número de leitos disponíveis, em um determinado período.

TOTAL DE HORAS DE ENFERMAGEM (THE) - é o somatório das horas necessárias para assistir os clientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi - intensivos e intensivos.

ROTATIVIDADE DE PESSOAL - *TURNOVER* - é a relação entre as admissões e os desligamentos de profissionais ocorridos de forma voluntária ou involuntária, em um determinado período.

UNIDADE ASSISTENCIAL ESPECIAL (UE) - local onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, ou para atendimento de demanda ou de produção de serviços, com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI) - local com infra-estrutura adequada para a permanência do paciente em um leito hospitalar.

4.1 Resolução COFEN 293

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de suas atribuições, estabeleceu parâmetros para melhor dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, após vários estudos e discussões realizadas sobre a matéria com segmentos representativos da Enfermagem do País.

Assim, para garantir maior segurança e qualidade da assistência ao cliente, a continuidade ininterrupta da atuação da Enfermagem, os avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao cliente, compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais, necessários a prestação da Assistência de Enfermagem.

Art. 1º - Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I, II, III e IV, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.

§ 1º - Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas;

§ 2º - Esses parâmetros podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.

Art. 2º - O dimensionamento e a adequação quantificativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:

I - **à instituição/empresa:** missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços

e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II - ao serviço de Enfermagem: - Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs; - Aspectos técnico- administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

III - à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.

Art. 3º - O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º - Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

§ 1º - Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.

§ 2º - O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

§ 3º - Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade(s), local ou área operacional e o período de tempo (4,5 ou 6 horas).

§ 4º - Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária.

§ 5º - Para unidades especializadas como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o cliente tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao SCP.

§ 6º - O cliente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários.

§ 7º - Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

§ 8º - O cliente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infra-estrutura adequada e especializada para este fim.

§ 9º - Ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem especificadas no Art.4º.

Art. 5º - A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:

1 - Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;

2 - Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

3 - Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

Parágrafo único - A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

Art. 6º - Cabe ao Enfermeiro o registro diário da(s):- ausências ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de 06 (seis) anos e de clientes crônicos, com mais de 60 (sessenta) anos, sem acompanhantes; e classificação dos clientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades assistenciais.

Art. 7º - Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

§ 1º - O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.

§ 2º - Os indicadores de performance devem ter como base a infra-estrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por “**benchmarking**”.

§ 3º - Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.

Art. 8º - O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada.

Parágrafo único - O quantitativo de Enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização/empresa.

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.

Art. 10 - O Atendente de Enfermagem não foi incluído na presente Resolução, por executar atividades elementares de Enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente, conforme disposto na Resolução COFEN nº 186/1995.

Art. 11 - O disposto nesta Resolução aplica-se a todas as instituições de saúde e, no que couber, às outras instituições.

Art. 12 - Esta Resolução entra em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução 189 de 25 de março de 1996.

Gilberto Linhares Teixeira
COREN-RJ nº. 2.380
Presidente

4.2 Metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem

I) UNIDADE DE INTERNAÇÃO

1-UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI): Local com infra-estrutura adequada para a permanência do paciente em um leito hospitalar.

2-SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP):

2.1 - Paciente de Cuidado Mínimo (PCM): cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

2.2 - Paciente de Cuidados Intermediários (PCI): cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

2.3 - Paciente de Cuidados Semi-Intensivos (PCSI): cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

2.4 - Paciente de Cuidados Intensivos (PCIt): cliente/paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

3-DIAS DA SEMANA (DS): 7 dias completos ou 168 horas redondas.

4-JORNADA SEMANAL DE TRABALHO (JST): assume os valores de 20h.; 24h.; 30 h.; 32,5h.; 36h. ou 40h. nas unidades assistenciais.

5-ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST): admite-se o coeficiente empírico de 1,15 (15%), que considera 8,33% para cobertura de férias (item da Taxa de Ausências de Benefícios) e 6,67% para cobertura da Taxa de Absenteísmo.

Nota 1 - o IST é composto de duas parcelas fundamentais, a taxa de ausências por benefícios (planejada, isto é, para cobertura de férias, licenças - prêmio, etc.) e a taxa de absenteísmo (não – planejada, ou seja, para cobertura de ausências/faltas por diversos motivos).

6-TAXA DE OCUPAÇÃO (TO): expressa a razão entre a média do número de leitos ocupados por clientes e o número de leitos disponíveis, em um determinado período.

Nota 2 - a quantidades de clientes é obtida da média aritmética de uma série histórica de leitos ocupados colhida diariamente, de acordo com o SCP e que deverá guardar correspondência com a Taxa de Ocupação (TO) da UI. Para reduzir a margem de variação os dados devem ser obtidos de 4 a 6 períodos (meses) padrões, isto é sem feriados ou interrupções significativas na tomada de dados.

6-QUANTIDADE DE PESSOAL (QP): é o número de profissionais de enfermagem necessárias na UI, com base no SPC e na TO.

7-TOTAL DE HORAS DE ENFERMAGEM (THE): é o somatório das horas necessárias para assistir os clientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos.

8-CONSTANTE DE MARINHO (K_M): coeficiente deduzido em função de DS, da JST e do IST.

$$K_M = \frac{DS \times IST}{JST} = \frac{7 \times IST}{JST} = \frac{7IST}{JST}$$

Por exemplo, utilizando - se o coeficiente IST igual a 1,15 (15%) e substituindo JST pelos seus valores assumidos de 20h.; 24h.; 30 h.; 32,5h.; 36h. ou 40h., a K_M terá os valores respectivos de:

$K_{M(20)} = 0,4025$	$K_{M(32,5)} = 0,2476$
$K_{M(24)} = 0,3354$	$K_{M(36)} = 0,2236$
$K_{M(30)} = 0,2683$	$K_{M(40)} = 0,2012$

Considerando que:

$$THE = [(PCM \times 3,8) + (PCI \times 5,6) + (PCSI \times 9,4) + (PCIt \times 17,9)]$$

E, finalmente, substituindo THE e K_M na equação abaixo, serão obtidos as correspondentes quantidades do pessoal de enfermagem.

$$QP_{(UI;SCP)} = K_M \times THE$$

II) UNIDADES ASSISTENCIAIS ESPECIAIS

1-UNIDADE ASSISTENCIAL ESPECIAL (UE): Locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, ou para atendimento de demanda ou de produção de serviços, com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia.

2-SÍTIO FUNCIONAL (SF): é a unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Ele considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e o período de trabalho, obtida da distribuído no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).

Nota 3 - adotou-se a seguinte nomenclatura para os SF:

- SF1 significa um sítio funcional com um único profissional;
- SF2 consiste de um sítio funcional com dois profissionais;
- SF3 traduz o sítio funcional com três profissionais
- SFn refere-se a um sítio funcional com “n” profissionais.

Nota 4 - para evitar desvios sugere-se que se tome dados de uma série histórica de espelhos semanais de alocação de SF, escolhidos aleatoriamente durante 6 semanas, no mínimo.

Nota 5 - o SF deve ser quantificado para as diversas categorias profissionais (enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem).

3-ATIVIDADE: pré-consulta, consulta, tratamento (curativo, quimioterapia, hemodiálise, diálise, instrumentação e circulação de cirurgias, atendimento/assistência), preparo de material, esterilização, chefia, coordenação ou supervisão, etc.

4-ÁREA OPERACIONAL: consultório, sala de exame, sala de tratamento, sala de trauma, sala de emergência, sala de pronto-atendimento, sala de imunização, sala de diálise/hemodiálise, sala de cirurgia, sala de pré e pós parto, sala de parto, sala de preparo de material, sala de esterilização, sala de ultra-som, sala de eletrocardiograma, etc.

5-PERÍODO DE TRABALHO (PT): é diferente e varia nas diversas Instituições e Unidades Assistenciais, com os valores típicos de 4 h; 5 h e 6 h, decorrentes de jornadas diárias de 8, 10 e 12 horas.

6-Total de Sítios Funcionais (TSF)

$$TSF = [(SF1) + (SF2) + (SF3) + \dots + (SF_n)]$$

$$TSF = \sum_{N=1}^N SF_N$$

7- Cálculo da $K_{M(SF)}$ = Constante de Marinho para SF:

$$K_{M(SF)} = \frac{PT \times IST}{JST}$$

$$K_{M(SF)} \Rightarrow K_{M(PT;JST)}$$

8-Quantidade de profissionais = QP

$$QP_{(SF)} = K_{M(PT;JST)} \times TSF$$

Exemplo de Cálculo da Constante de Marinho para Sítios Funcionais:

Com IST de 15 % ou coeficiente de 1,15 Correspondendo a: **$KM(SF) = PT / JST \times 1,15$**

KM(PT;20)	KM(PT;24)	KM(PT;30)
KM(4;20) = 0,2300	KM(4;24) =0,1916	KM(4;30) =0,1533
KM(5;20) =0,2875	KM(5;24) =0,2395	KM(5;30) =0,1916
KM(6;20) =0,3450	KM(6;24) =0,2875	KM(6;30) =0,2300
KM(PT;32,5)	KM(PT;36)	KM(PT;40)
KM(4;32,5) =0,1415	KM(4;36) =0,1277	KM(4;40) =0,1150
KM(5;32,5) =0,1769	KM(5;36) =0,1597	KM(5;40) =0,1437
KM(6;32,5) =0,2123	KM(6;36) =0,1916	KM(6;40) =0,1725

III) CÁLCULO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST):

$$IST = TA + TB$$

1-Taxa de Absenteísmo (TA) é obtida com o cálculo das faltas, não planejadas, por vários motivos.

2- Faltas ao trabalho na escala de M1 ou T (FM1): manhã ou tarde de 7:00 h às 13:00 ou de 13:00 h às 19:00 h.

3- Faltas ao trabalho na escala de manhã e parte da tarde (FM) de 7:00 h às 16:00 ou de 8:00 h às 17:00 h.

4- Faltas ao trabalho na escala de plantões (FP) no serviço diurno (SD) ou noturno (SN): de 7:00 h às 19:00 ou de 19:00 h às 07:00 h.

5- Total de Funcionários (TF) atuando no setor/serviço/departamento, no período de apuração.

6- Total de Dias (TD) úteis do período de apuração.

7- Total de Dias Úteis de Ausência (TDUA) no período, ausências planejadas decorrentes de benefícios (férias, licença especial, etc.).

A - TAXA DE ABSENTEÍSMO (TA)

$$TA_{(JST)} = \frac{500[(6FMI) + (8FM) + (12FP)]}{JST \times TF \times TD}$$

B - TAXA AUSÊNCIAS POR BENEFÍCIOS (TB):

$$TB = \frac{TDUA \times 100}{TD \times TF}$$

Anotações importantes:

A - O cálculo para sete dias da semana deve ser realizado para os turnos da manhã (M), tarde (T) e noite (N = N1 / N2), sendo seis horas para os períodos da manhã e tarde e doze horas para o noturno (dois turnos de 6 horas).

B - O período noturno deve ser duplicado para completar quatro períodos iguais de 6 horas.

C - Para efeito de cálculo, classificar o pessoal de nível superior (NS) e médio (NM), devendo o de nível médio ser dividido em Técnico e Auxiliar de Enfermagem, a critério da instituição, pela demanda e oferta de mão-de-obra existente, obedecendo ao percentual estabelecido. Na assistência intensiva deve-se utilizar o Técnico de Enfermagem.

D - Ao total, apresentado no modelo acima, deverá ser acrescido 15% como Índice de Segurança Técnica (IST), sendo que 8,33% são para cobertura de férias. As férias é um dos componentes da Taxa Ausências de Benefícios, e os restantes 6,67% (valor empírico/arbitrado) são para cobertura da Taxa de Absenteísmo.

D1 - O Índice de Segurança Técnico (IST) poderá ser aumentado, quando:

1) Sessenta por cento (60%) ou mais do total de profissionais de enfermagem, que atuam nas Unidades de Internação, estiver com idades acima de 50 anos, aumentar de 10% ao IST.

2) A Unidade Assistencial apresentar a soma das Taxas de Absenteísmo e de Benefícios, comprovadamente, superior a 15% (8,33 % + X % > 15%).

E - Deverá ser previsto 01(um) enfermeiro para atividades gerenciais, com atuação predominante na área administrativa (liderança, coordenação, supervisão, controle, treinamento, etc.), já contemplada no sistema de cálculo (horas de enfermagem/paciente/HEP).

F - A carga horária semanal para exercer as atividades assistenciais e administrativas será estabelecida nos respectivos contratos de trabalho, que devem ter como base os aspectos legais e os acordos conquistados pelos órgãos de classe da Enfermagem.

NOTAS:

- 1- Em uma Unidade de Internação encontram-se clientes com demandas enquadradas em todas as categorias do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP).
- 2- Os pacientes da categoria de Cuidados Intensivos deverão ser internados em Unidades Especiais (UTI) com infra-estrutura e recursos tecnológicos e humanos adequados.
- 3- O dimensionamento de profissionais de Enfermagem inicia-se pela quantificação de enfermeiros.
- 4- As atividades desenvolvidas por profissionais de enfermagem serão coordenadas pelo enfermeiro.
- 5- Um enfermeiro só pode coordenar as atividades de no máximo 15 profissionais de enfermagem, por turno de trabalho, salvo nas condições estabelecidas no tópico abaixo.
- 6- As Clínicas e/ou Hospitais com menos de 50 leitos, voltada para assistência de Cuidados Mínimos e Intermediários, localizados em regiões interioranas, em que, por diversas razões, houver dificuldades de contratar enfermeiros o COREN local, após avaliação, poderá autorizar a complementação das equipes com Técnicos de Enfermagem, respeitando-se a presença física de pelo menos um enfermeiro por período de trabalho.
- 7- Nas Unidades de Internação com clientes que exigem cuidados de enfermagem de alta complexidade, independente da quantidade de clientes na unidade, exige-se a presença física do enfermeiro.
- 8- Os clientes internados em “Unidades Intermediárias” serão classificados como de cuidados intermediários ou semi-intensivos.
- 9- Os clientes internados em Unidades de Terapia Intensiva serão classificados como de cuidados semi-intensivos ou intensivos.
- 10- Os cálculos de profissionais para desenvolver atividades de especialistas terão tratamento diferenciado.

2.3 Aplicação da metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem

1- A Quantidade de Pessoal de Enfermagem (QPE) pode ser calculada utilizando-se o Total de Horas de Enfermagem por Dia (THE/Dia) ou o Total de Sítios Funcionais/Semana (TSF/Sem).

2- A QPE pode ser obtida através da aplicação de duas equações matemáticas:

$$(1) QP = KMhe \times THE$$

$$(2) QP = KMsf \times TSF$$

3- A Constante de Marinho (KM) pode assumir duas configurações Constante de Marinho relacionado a Horas de Enfermagem (KMhe) e Constante de Marinho relacionado a Sítios Funcionais (KMsf).

4- A KMhe é utilizada para QPE quando se estabelecem os tempos que são necessários para se desenvolver cada atividade nas 24 horas, como por exemplo: assistência a pacientes de acordo com o Sistema de Classificação de Pacientes –SCP (Cuidados Mínimos, Cuidados Intermediários, Cuidados Semi-Intensivos e Cuidados Intensivos) com suas respectivas horas/dia.

5- A KMsf é utilizada para QPE para cobertura nas unidades operacionais na dimensão tridimensional (Atividade(s) , Período de Tempo e Local de Trabalho).

6- A KMhe é estruturada com a variável “dias da semana (7 dias)” no numerador, já a KMsf é como Período de Tempo (PT), que pode ser de 4, 5 ou 6 horas.

$$\boxed{\text{KMhe} = \frac{\text{DS} \times \text{IST}}{\text{JST}}} \longleftrightarrow \boxed{\text{KMsf} = \frac{\text{PT} \times \text{IST}}{\text{JST}}}$$

7- O Relatório Diário de Enfermagem com os registros da Classificação dos Pacientes (SCP) e da Taxa de Absenteísmo/Taxa de Benefícios (TA/TB), é a ferramenta utilizada para obter-se o Total de Horas de Enfermagem (THE).

8- O THE é calculado pela aplicação da seguinte expressão matemática:

$$\text{THE} = \sum (\text{NMP} \times \text{HE})$$

$$\text{THE} = [(\text{NMPCMn} \times \text{HECMn}) + (\text{NMPCInter} \times \text{HECinterm}) + (\text{NMPCSI} \times \text{HECSI}) + (\text{NMPCIntens} \times \text{HE CIntens})]$$

Onde:

NMP = Número Médio de Clientes/Pacientes por tipo.

HE = Horas de Enfermagem relacionadas a cada tipo.

NMCMn = Número Médio de Clientes/Paciente de Cuidados Mínimos.

NMCinterm = Número Médio de Clientes/Pacientes de Cuidados Intermediários.

NMCSI = Número Médio de Clientes/Paciente de Cuidados Semi-Intensivos.

NMPCIntens = Número Médio de clientes/ Paciente de Cuidados Intensivos.

HECMn = Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/pacientes de Cuidados Mínimos.

HECInterm = Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/pacientes de Cuidados Intermediários.

HECSI = Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/pacientes de Cuidados Semi-Intensivos.

HECIntens = Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/ pacientes de Cuidados Intensivos.

9 - A Média de clientes/paciente por Tipo (SCP) deve ser obtida pelo menos por um série histórica de, no mínimo, 4 a 6 meses padrões (120 dias).

10 - Correlação entre QPE relacionada a HE e a QPE relacionada a SF.

Pegando como parâmetros:

$PT = 8 / 2 = 4$ horas (Jornada diária de 8 horas => dois Períodos de Trabalho de 4 horas)

JST= 30 horas

IST= 15% = 1,15

$KMs_f = 4/30 \times 1,15 = 0,23$

HECMn = 3,8 horas

Total de Pacientes da Unidade = 20 pacientes

$THE = 20 \times 3,8 = 76$ horas

$KM_{he} = 7/30 \times 1,15 = 0,2683332$

TSF = 89

Sítios Funcionais (SF): $QPE = KMs_f \times TSF = 0,23 \times 89 = 20,47$ Pessoas (20)

Horas de Enfermagem (HE): $QPE = KM_{he} \times THE = 0,2683 \times 76 = 20,39$ Pessoas (*) (20)

Nota 1- (*): A diferença na fração decimal é devida a aproximações matemáticas.

Nota 2 - Quando o SF exigir profissionais com atividades especializadas, isto é, competência e formação específica a QPE devem respeitar e ser ajustada às demandas da especialidade.

OBSERVAÇÃO:

Os resultados deverão ser aproximados, exclusivamente, no final dos cálculos, ficando assim construídos:

⇒ todos os valores iguais ou superiores a 0,5 (cinco décimos) passarão à unidade inteira imediatamente superior;

⇒ todos os valores iguais ou inferiores a 0,49 (quarenta e nove centésimos) serão reduzidos à unidade inteira inferior.

EXERCÍCIOS

1. Determine o pessoal de enfermagem necessário para um hospital geral, cujo número de leitos está baseado na sua capacidade máxima de 240 leitos, assim distribuídos:

- Clínica Médica = 80
- Clínica Pediátrica = 60
- Clínica Cirúrgica = 50
- Clínica Obstétrica = 50

Para efeito de cálculo leve em consideração a Capacidade Máxima de Ocupação por clínica de 80% (CMO). O percentual do nível de cuidado fica assim estabelecido:

	PCM (HE=3,8)	PCI (HE=5,6)	PCSI(HE=9,4)
Clínica Médica	30%	60%	10%
Clínica Pediátrica	60%	20%	20%
Clínica Cirúrgica	20%	60%	20%
Clínica Obstétrica	30%	60%	10%
Berçário	30%	30%	40%

O hospital dispõe de oito salas de cirurgias, quatro salas de parto e um centro de recuperação com 10 leitos, 20 leitos no berçário e 8 na UTI.

Utilize para cálculo a Resolução 293. Considere ainda as seguintes variáveis:

- IST = 15% = 1,15
- $K_{M(30)} = 0,2683$

Faça a distribuição por categorias:

	Enfermeiros	Auxiliares	Técnico
PCM + PCI	33%	67%	****
PCSI	42%	58%	****
PCI	52%	****	48%

2. O Hospital da Santa Casa está iniciando um processo de sistematização da assistência de enfermagem. Para esse fim, escolheu em caráter experimental, a Clínica Médica que possui 40 leitos, mas sua CMO é igual a 80%. Dispõem ainda de 20 enfermeiros e 35 auxiliares de enfermagem. Para minimizar os custos e melhorar a qualidade da assistência, o Diretor resolveu reduzir o número de leitos em 25%. Pede-se que seja determinado o total de pessoal de enfermagem com a CMO de 80%. O percentual de nível de cuidado fica assim estabelecido: PCM = 30%(HE=3,8); PCI = 60%(HE=5,6) e PCSI = 10%(HE=9,4).

Considere os seguintes dados:

- $IST = 15\% = 1,15$
- $K_{M(30)} = 0,2683$
- Faça a distribuição por categorias:

	Enfermeiros	Auxiliares	Técnico
PCM + PCI	33%	67%	****
PCSI	42%	58%	****

3. Um hospital possui uma UTI com 10 leitos para 6 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. Quantos enfermeiros e técnicos de enfermagem são necessários para o hospital funcionar, de acordo com as determinações da Resolução 293 do COFEN? Quantas pessoas serão preciso contratar ou dispensar?

Considere ainda os seguintes dados:

- a) Índice de Segurança Técnica (IST) = $15\% = 1,15$
- b) $K_{M(30)} = 0,2683$
- c) $HE = 17,9$
- d) Faça distribuição por categorias: Enfermeiros (52%) e Técnicos de Enf. (48%).

4. Uma Unidade de Clínica Médica com 32 leitos e CMO igual a 80%, dos quais 25% destinam-se a pacientes com assistência mínima ($HE=3,8$), 50% pacientes com assistência intermediária ($HE=5,6$) e 25% para pacientes que necessitam assistência semi-intensiva ($HE=9,4$). Calcule o pessoal de enfermagem para a referida unidade, de acordo com a Resolução COFEN 293, considerando os seguintes dados:

- Índice de Segurança Técnica (IST) = $15\% = 1,15$
- $K_{M(30)} = 0,2683$
- Faça a distribuição por categorias:

	Enfermeiros	Auxiliares	Técnico
PCM + PCI	33%	67%	****
PCSI	42%	58%	****

SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS:

1. Distribuição de pessoal por categorias nas respectivas Unidades de Internação:

	Enfermeiros	Aux./Téc. de Enfermagem
Clínica Médica	$32,3=32$	$61,2=61$
Clínica Pediátrica	$24,6=25$	$43,3=43$
Clínica Cirúrgica	$23,1=23$	$41,3=41$
Clínica Obstétrica	$20,1=20$	$38,3=38$

Unidade de Recuperação	10,6= 11	14,6= 15
Berçário	13,5= 14	21,8= 22
UTI	20	18,4= 18
TOTAL DE PROFISSIONAIS	145	238

2. Enfermeiros = 12,1 = **12** e Auxiliar de Enfermagem = 22,9 = **23**

3. Enfermeiros = **25** e Técnicos de Enfermagem = **23**

4. Enfermeiros = 15,3 = **15** e Auxiliar de Enfermagem = 26,7 = **27**

5. ESCALA DE SERVIÇO

Chama-se escala de serviço ou escala de folgas, a representação tabular e funcional do escalonamento programado de períodos em que o servidor estará desenvolvendo suas atividades e de períodos de folgas no decurso de um mês^{3, 4}.

A técnica de elaboração da escala é bastante diversificada. No entanto, devem ser consideradas algumas observações preliminares, tais como:

a) Conhecimento das leis trabalhistas:

- A jornada de trabalho, de acordo com o contrato de trabalho, deve estar compatível com a legislação vigente.
- Os plantões noturnos não deverão exceder a 12 horas.
- Os servidores com 50 anos ou mais de idade e/ou 20 anos ou mais de exercício profissional deverão ser dispensados das escalas de plantão noturno.
- O servidor tem direito a, no mínimo, um dia ou 24 horas de descanso semanal, que deve ser remunerado e preferencialmente no domingo, exceto quando a atividade profissional exija trabalho aos domingos. Nesse caso, o servidor terá direito a pelo menos um domingo a cada sete semanas.
- O número de folgas deve ser igual ao número de domingos e feriados não coincidentes.

b) Conhecimento do regulamento da instituição, do regimento do serviço de enfermagem e das atribuições de cada categoria profissional da equipe de enfermagem.

c) Conhecimento da duração semanal de trabalho do pessoal de enfermagem na instituição que pode ser 20h, 24h, 30h, 32,5h, 36h, 40h ou 44 horas.

d) Conhecimento das características da clientela, da dinâmica da unidade e da equipe de enfermagem.

e) Humanização na elaboração da escala:

- As características individuais e as solicitações especiais devem ser observadas.
- A escala sempre apresenta um caráter de continuidade em relação ao mês anterior.

1.1 Recomendações para elaboração da escala mensal

(a) Informações impressas na escala:

- ⇒ Nome da instituição.
- ⇒ Unidade de referência.
- ⇒ Período (mês/ano).
- ⇒ Nome dos funcionários e função.
- ⇒ Dias do mês.
- ⇒ Nomes e assinatura do gerente da unidade.

- (b) Usar código para o escalonamento dos turnos: M (manhã), T (tarde), N (noturno) e F ou – (traço) para indicar folga. Também podem ser usados números: 1 = M, 2 = T e 3 = N. Alguns gerentes de enfermagem utilizam números e letras. Por exemplo: 1, 2, N e um traço (folga).
- (c) Certifica-se do número de folgas correspondentes ao mês, registrando-o no rodapé da escala.
- (d) Anotar, na margem direita da escala, o número de folgas que, porventura, o funcionário tenha em haver ou que esteja devendo, mediante consulta da escala anterior.
- (e) Verificar o dia da última folga do mês anterior, para que não haja período maior de sete dias consecutivos sem folgas.
- (f) Observar se o retorno do funcionário de férias incide em dia útil.
- (g) Consultar a escala anterior para verificar o último plantão noturno em que o funcionário trabalhou no mês.
- (h) Procurar distribuir as folgas em domingos e feriados de forma eqüitativa entre os funcionários.

1.2 Método para elaboração da escala.

Na elaboração da escala algumas etapas devem ser seguidas para melhor distribuir o pessoal. As etapas são as seguintes:

- I. Faz-se a distribuição dos plantões noturnos em sentido diagonal, da esquerda para a direita.
- II. Inicialmente, dá-se preferência à distribuição dos casos especiais ou solicitações excepcionais, a fim de ajustar melhor as necessidades do serviço com os interesses dos profissionais.
- III. Distribuem-se os casos independentes, ou seja, aqueles profissionais que não têm preferências na escala.

- IV. Todos os profissionais de enfermagem deverão ter igual número de horas mensais.
- V. Após o escalonamento dos plantões noturnos, faz-se um intervalo para o próximo escalonamento, em torno de 24 a 48 horas.
- VI. O cálculo das operações matemático se procede da seguinte maneira:
 - ☐ Soma-se o total de plantões noturnos com as horas escalonadas por cada profissional da equipe de enfermagem.

Por exemplo:

Se Maria foi escalada no mês para trabalhar 05 plantões noturnos. E José foi escalado para trabalhar 06 plantões noturnos. Então teremos a seguinte operação:

Considerando $N = 12$ h, logo para $N = 5$, temos: $12 \times 5 = 60$ horas noturnas.

Em seguida, subtrai-se o total de plantões noturnos/horas da carga horária mensal de trabalho.

Por exemplo: se no mês temos 22 dias úteis, a carga horária mensal para um hospital, com regime de 6 horas diárias, será igual a 132 horas. Portanto, se Maria está escalada para trabalhar 05 noturnos, terá uma carga horária de 60 horas. Logo, $132 - 60 = 72$ horas. Isso corresponde às horas que Maria precisa trabalhar para complementar a carga horária do mês, que deverá ser diurna.

O resultado dessa operação divide-se por 6:

$72 \div 6 = 12$ diurnos que serão distribuídos nos turnos da manhã ou tarde.

SERVIÇO: _____

_____ de _____

[illegible]

6. O SERVIÇO DE ENFERMAGEM E A GESTÃO DE PESSOAL

Administrar pessoas não é tarefa fácil. Ao contrário, é uma atividade complexa, porque se trata de comportamentos individuais que precisam ser coordenados, a fim de alcançar os objetivos organizacionais.

No campo hospitalar, a figura básica em que os objetivos de trabalho estão centralizados é o paciente. Assim sendo, ele deve receber uma assistência integral e humanizada no hospital. Mas, para que este processo aconteça, alguns princípios devem ser seguidos pelo administrador. Maudonnet⁴ faz as seguintes recomendações:

- ❖ trabalhe com pessoas;
- ❖ estabeleça altos e reais padrões para seus subordinados;
- ❖ estabeleça um clima de cooperação entre todos;
- ❖ saiba para onde vai;
- ❖ defenda seu pessoal;
- ❖ delegue autoridade;
- ❖ aceite com naturalidade certas críticas e rivalidades;
- ❖ tome decisões certas e não “populares”;
- ❖ admita falha humana.

Além desses princípios, que merecem ser lembrados, Gonçalves², analisando a administração de recursos humanos no contexto organizacional, afirma que se trata de um conjunto de atividades capazes de garantir o alcance dos objetivos definidos originalmente, com a menor intensidade de esforço e de conflito interpessoal, para o que se exige amplo espírito de cooperação e acentuado interesse pelo bem-estar de cada integrante da organização.

Administrar pessoas implica planejamento, provisão, organização, direção, coordenação e pesquisa. Tais aspectos exercem influência no ambiente e nas pessoas, porque constituem a própria essência da administração.

É conveniente lembrar que o gerente de enfermagem para desempenhar bem o seu papel deve possuir uma série de qualidades:

- ✓ capacidade para conviver e trabalhar com outras pessoas;
- ✓ capacidade para saber ouvir, examinar e conciliar;
- ✓ coragem para assumir riscos, tomar decisões e mantê-las;
- ✓ elevado caráter moral;
- ✓ elevado controle emocional;
- ✓ facilidade de comunicação e elevada capacidade para motivar a equipe de trabalho que dirige;
- ✓ ser constante e justo sem se tornar rígido;

- ✓ ser dotado de liderança, iniciativa, lealdade e espírito público.

Não se pretende, com a apresentação desses atributos, traçar o perfil de super – gerente de enfermagem. Mas, eles devem ser considerados como indispensáveis para quem administra pessoas. É importante frisar que o enfermeiro – gerente precisa ter a capacidade de avaliar as pessoas que dirige segundo suas personalidades, seus interesses e suas capacidades, com o objetivo de proporcionar oportunidades reais de satisfação no trabalho. É imprescindível a capacidade de saber delegar atividades, descentralizando responsabilidades e criando um clima de confiança entre o pessoal que, sem dúvida, retribuirá com atitudes amigáveis, espírito de iniciativa e colaboração dos integrantes da equipe.

Segundo Cuaron citado por Gonçalves², o ânimo dos empregados mantém-se alto quando estão convencidos de que conservarão seu emprego, enquanto continuarem realizando-o de modo satisfatório; seu supervisor reconhece neles seres humanos e os trata como tal; têm oportunidade de serem ouvidos, quando consideram que foram tratados injustamente; a administração está interessada em seu bem-estar e progresso; seu trabalho é importante; conhecem toda a entidade para qual trabalham e os serviços que ela executa; a chefia justifica sua falta, quando há razão, mas aplicam-lhes sanções, quando tal falta não se justifica; têm oportunidade de progredir no seu trabalho; suas sugestões são bem recebidas; a organização é bem conceituada na comunidade.

O gerente do serviço de enfermagem é o responsável pelo nível de motivação e satisfação no grupo, que existirá quando conseguir harmonizar os interesses do grupo com os objetivos da instituição. Isso é a chave para uma administração de pessoal conduzida para o sucesso.

7. FUNÇÕES DO GERENTE DE PESSOAL NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O serviço de enfermagem tem participação direta com as funções básicas da administração de recursos humanos, compreendendo basicamente três funções:

- função de procura;
- função de desenvolvimento;
- função de pesquisa.

Para facilitar a análise das funções exercidas na administração de pessoal, serão consideradas apenas as três citadas, uma vez que envolve o processo administrativo do serviço de enfermagem.

a) Função de Procura

Essa função engloba as atividades de localização, recrutamento e seleção. A enfermagem participa desse processo desde a descrição do perfil do ocupante do cargo até o processo seletivo. Essa caracterização parte inicialmente da necessidade de preenchimento de vagas em determinada unidade de enfermagem, cujo gerente utiliza procedimentos matemáticos, para calcular a necessidade real e ideal de pessoal.

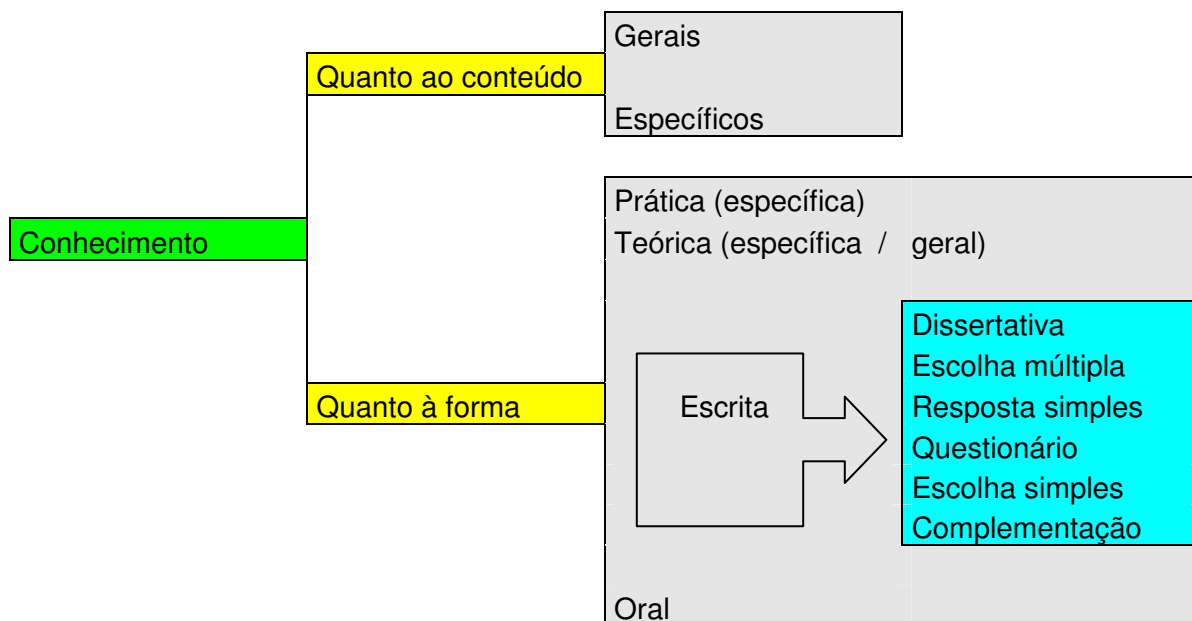
Logo em seguida, procede-se ao recrutamento, a cargo de uma comissão designada pela administração superior, que terá a participação do gerente da unidade e enfermeiros que estabelecerão critérios para selecionar o melhor candidato.

A partir daí, passam a ser divulgadas informações no mercado de trabalho, acerca da existência de vagas que deseja preencher. Essa divulgação do interesse da organização por candidatos denomina-se de *recrutamento*. Em seguida, através de um processo avaliativo são escolhidos aqueles que apresentam mais aptidão ou capacidade. A esse conjunto de procedimentos denomina-se *seleção*.

No processo seletivo a equipe de enfermagem é responsável pela elaboração da prova de conhecimentos, que deve seguir o esquema abaixo.

Ao elaborar as provas de conhecimentos em forma de questionário, o enfermeiro – gerente deve considerar aqueles conhecimentos indispensáveis para o exercício do cargo e aqueles que são úteis de forma direta ou indireta.

Além disso, o enfermeiro deve participar da entrevista com os candidatos ao cargo. Trata-se de um momento muito importante, pois é a oportunidade de se obterem informações diretas do candidato, possibilitando ao entrevistador concluir se ele está ou não em condições de ocupar o cargo.



Mas, para obter as informações necessárias, o entrevistador deve seguir alguns princípios, a seguir delineados:

- usar linguagem adequada;
- evitar o “inquérito policial” e a invasão da privacidade;
- evitar perguntas tipo “armadilha”;
- evitar opiniões;
- evitar a tendência de classificar o candidato como “péssimo” ou “excepcional”;
- evitar tomar muitas notas durante a entrevista;
- permitir a abertura do candidato sem, contudo, desviar-se de seu objetivo;
- garantir a quebra da tensão inicial;
- ouvir atentamente o candidato e demonstrar interesse pelo que é dito;
- tratar o entrevistado como amigo, para que ele se sinta à vontade.

Para Maudonnet⁴, a entrevista deve ser desenvolvida em ambiente propício, que apresente as seguintes condições:

- conforto mínimo;
- tranquilidade para não permitir interrupções;
- garantia do sigilo;
- tempo suficiente;
- programação prévia definida.

Com relação ao conteúdo da entrevista, Chiavenato citado por Mezomo⁵, apresenta alguns pontos que devem ser lembrados:

- ◆ estabilidade;
- ◆ conhecimento e/ou experiência;
- ◆ perseverança;
- ◆ iniciativa e autosuficiência;
- ◆ lealdade;
- ◆ convívio;
- ◆ aparência;
- ◆ liderança;
- ◆ motivação;
- ◆ maturidade emocional;
- ◆ criatividade;
- ◆ produção;
- ◆ fluidez verbal;
- ◆ curiosidade intelectual.

Já Maudonnet⁴, aponta o “Plano dos sete pontos”, que é um método formal que busca obter todas as informações necessárias. Os sete pontos são:

1. Qualidade física.
2. Conhecimento.
3. Inteligência genérica.
4. Atitudes particulares.
5. Interesses.
6. Disposição.
7. Circunstâncias.

b) Função de desenvolvimento

Em linhas gerais, essa função visa capacitar cada vez mais o funcionário para o exercício de funções mais complexas e de crescente responsabilidade, em nível hierárquico. Para tanto, é indispensável à orientação e o treinamento sistemático para o êxito de qualquer programa de relações humanas no trabalho e no ajustamento do indivíduo ao cargo.

A orientação deve ser uma atividade constante na prática administrativa do gerente que tem seu início quando do ingresso do funcionário no serviço. O gerente deve acolher pessoalmente o novo funcionário e com palavras de incentivo explicará o trabalho que lhe será confiado. Em seguida, deve apresentá-lo aos seus colegas de trabalho, com os quais ele terá, de início, maior contato pessoal.

De acordo com Mezomo⁵, a orientação deve seguir um planejamento, a fim de atingir os seguintes objetivos:

1. Produzir um sentimento de identificação do funcionário com o serviço, mostrando-lhe a importância do trabalho que irá fazer e tornando-o orgulhoso de trabalhar pela instituição.
2. Ajudá-lo a conquistar a aceitação dos seus colegas e entrosá-lo no grupo de trabalho.
3. Dar-lhe uma visão clara e compreensível, embora geral, de tudo quanto ele deve conhecer, ou seja:

- ◆ objetivos e políticas gerais;
- ◆ normas e regulamentos;
- ◆ pagamento, benefícios e política de pessoal;
- ◆ funções e responsabilidade de cada um;
- ◆ relações com os colegas;
- ◆ facilidade e rotinas.

O outro aspecto fundamental na função de desenvolvimento é o treinamento. Para Serson⁷, o treinamento é um conjunto de processos pelos quais se dão ou se aperfeiçoam

conhecimentos para o trabalho. Trata-se, pois, de um esforço planejado e organizado para auxiliar os indivíduos a desenvolverem suas capacidades. Em outras palavras, é a busca da melhoria da performance do exercício profissional. Para isso, é necessária uma contínua comunicação, a fim de harmonizar a satisfação das necessidades entre o empregado e seu chefe.

Na verdade, o treinamento visa sempre o atendimento de determinadas necessidades da empresa, que podem ser *a priori* ou *a posteriori*. Segundo Chiavenato¹, os fatos que determinam a necessidade de treinamento *a priori* são:

- admissão de novos funcionários;
- redução do número de funcionários;
- mudança de métodos e processos de trabalho;
- substituição ou movimentação de pessoal;
- faltas, licenças e férias do pessoal;
- expansão de serviços;
- mudanças nos programas de trabalho ou de produção;
- modernização do maquinário;
- produção e comercialização de novos produtos ou serviços.

Os fatos que determinam as necessidades de treinamento *a posteriori* em relação à produção, são:

- baixa produtividade;
- avarias freqüentes em equipamentos e instalações;
- comunicações defeituosas;
- tempo de aprendizagem e integração no cargo muito prolongada;
- despesas excessivas;
- elevado número de acidentes;
- pouca versatilidade dos empregados;
- mau aproveitamento do espaço disponível.

Em relação ao pessoal, deve-se observar o seguinte:

- relações deficientes;
- número excessivo de queixas;
- pouco ou nenhum interesse pelo trabalho;
- falta de cooperação;
- faltas e substituições em demasia;
- dificuldades na obtenção de bons elementos;
- erros na execução de ordens.

Na realidade, a necessidade de treinamento é determinada pela diferença entre o conhecimento necessário para o trabalho e o que a pessoa possui. Para que o treinamento

possa ser estabelecido, as seguintes perguntas deverão ser respondidas: Quem deve ser treinado? O quê? Quando? Onde? Como? Por quem? Qual o custo desse processo?

Genericamente, o processo de treinamento compreende duas fases fundamentais: o planejamento e a execução.

a) Fase de planejamento. Envolve os seguintes aspectos:

- abordagem de uma só necessidade específica de cada vez, de preferência hierarquizada;
- definição do objetivo do treinamento;
- divisão do trabalho;
- determinação dos recursos humanos e materiais;
- determinação das pessoas a serem treinadas:
 - número;
 - grau de habilidade;
 - como? onde? quando? por quem treiná-los?
- determinação da seqüência de operações;
- cálculo do tempo gasto em sua execução;
- estudo do controle de execução e do acompanhamento.

b) Fase de execução - é fundamental e deve obedecer às seguintes etapas:

- ◆ preparo do aluno;
- ◆ apresentação do trabalho;
- ◆ execução do trabalho pelo empregado;
- ◆ acompanhamento.

A aprendizagem é um processo contínuo. O indivíduo está sujeito a modificações oriundas das novas situações que exigirão novas atitudes, técnicas, interesse e capacidade, havendo conseqüentemente a necessidade de novo treinamento para aperfeiçoá-lo.

Para que se possa atingir êxito no treinamento, alguns fatores merecem ser considerados:

- ☐ adequação do programa às necessidades da empresa;
- ☐ qualidade do material de treinamento;
- ☐ cooperação e interesse do pessoal, gerentes e dirigentes;
- ☐ qualidade e preparo dos instrutores;
- ☐ características dos aprendizes.

Nesse mesmo contexto, alguns métodos devem ser utilizados, de acordo com a necessidade, para auxiliarem no bom desempenho do treinamento. São os seguintes:

- ⇒ demonstrac o;
- ⇒ palestras e aulas;
- ⇒ proje es;
- ⇒ m todo do caso;
- ⇒ instru o individual ou de grupo;
- ⇒ est gio supervisionado;
- ⇒ cursos internos e externos;
- ⇒ aprendizagem por observa o.

O treinamento deve ser ministrado pelo chefe imediato, pelo supervisor ou ainda, por um indiv duo especialmente designado.

A  ltima etapa do processo de desenvolvimento   uma decorr ncia da etapa anterior que consiste na avalia o do treinamento. Entende-se por avalia o o processo que atinge o empregado quanto ao seu n vel de aproveitamento e ao treinamento como todo. Da  a necessidade de verificar se os objetivos e os conte dos correspondem  s necessidades do servi o. De qualquer forma,   bom que se tenha um registro da situa o e necessidades antes de iniciar o curso, para posteriormente observar a realiza o e comparar os resultados.

Assim, ap s o retorno ao trabalho, podem-se investigar quais das informa es recebidas no treinamento provaram ser mais  teis e se ocorreram modifica es de comportamento. Um reexame do curso poder  ser feito em tr s etapas:

- ❖ logo ap s o curso;
- ❖ passados seis meses;
- ❖ ap s um ano, a fim de confirmar sua validade ou ainda, discutir sua reaplica o.

c) Fun o de pesquisa

Trata-se, nesse caso, de procurar conhecer problemas e, em seguida, propor solu es. Ou seja,   preciso investigar e realizar um diagn stico da situa o. Essa fun o visa escolher as melhores alternativas na solu o dos problemas que possibilitem o aperfei amento do desempenho individual e organizacional.

8. AVALIA O DE DESEMPENHO

Quem gerencia recursos humanos deve ter uma preocupação constante com o desenvolvimento dos seus funcionários. O treinamento é importante para se obter o melhor desempenho no trabalho, porém, isso por si só não basta. Deve ser acompanhado de uma constante avaliação do trabalho. Aliás, muitas pessoas sentem necessidade de conhecer seu desempenho, se foi bom, regular ou deficiente.

No entanto, não é fácil avaliar, porque falta o preparo adequado para quem avalia, falta sistematização, objetividade e comunicação. Além disso, a avaliação é direcionada mais para os resultados do que para as causas comportamentais do empregado. Como, então, avaliar? A avaliação não deve ser superficial, esporádica e subjetiva, mas sim, sistemática, objetiva e profunda, visando medir a capacidade de desempenho do funcionário nas funções exercidas e as responsabilidades que caracterizam o cargo que ele ocupa.

É importante ressaltar a afirmativa de Tiffin; McCormick citado por Gonçalves²: “a avaliação de desempenho é uma avaliação sistemática de empregados feita por seus supervisores ou outros que estão familiarizados com seu desempenho de trabalho”.

O principal objetivo da avaliação de desempenho é conhecer, a fim de:

- ❖ melhorar o desempenho;
- ❖ desenvolver o pessoal;
- ❖ fornecer subsídios que determinem a necessidade de treinamento;
- ❖ aproveitar melhor o potencial humano;
- ❖ melhorar as relações humanas no trabalho;
- ❖ readaptar o profissional;
- ❖ fornecer bases para o futuro planejamento;
- ❖ manter a administração informada sobre fatos importantes;
- ❖ caracterizar o grau de dedicação do empregado;
- ❖ facilitar o progresso do funcionário na instituição.

Além desse objetivo elementar e prático, a avaliação de desempenho abrange três aspectos básicos, formando um tríptico papel no processo avaliativo:

a) O avaliador deverá:

- ⇒ conhecer seu subordinado;
- ⇒ estar treinado para avaliar;
- ⇒ manter objetivos prefixados bem definidos;
- ⇒ verificar resultados.

b) O avaliado deverá:

- ⇒ ter pleno conhecimento dos critérios adotados;

⇒ aceitar a avaliação;

⇒ participar ativamente do processo.

c) O trabalho feito naquele momento.

Procurando sistematizar o processo, Serson citado por Gonçalves², propõe quatro fatores de avaliação a serem utilizados:

- quantidade de trabalho;
- qualidade do trabalho;
- características da personalidade;
- conduta formal.

Naturalmente cada um desses fatores deverá ser considerado de maneira adequada, segundo o nível hierárquico do cargo, as características da função exercida, o perfil do ocupante, além de outros.

Há, portanto, uma significação para cada fator considerado. O avaliador deve analisar como ponto de partida, a quantidade de trabalho que poderá ser apreciado segundo o seu volume (produtividade, quando houver relação com alguma unidade de tempo, hora, dia, semana, mês, rapidez, esforço exigido). Em seguida, avaliará a qualidade do trabalho, cujos critérios serão diferenciados, conforme a situação exercida pelo funcionário no cargo que ocupa na organização.

Quanto às características de personalidade, deverão ser considerados os seguintes aspectos: iniciativa, responsabilidade, assiduidade, pontualidade, criatividade, postura física, capacidade de liderança, capacidade de trabalhar em equipe, conhecimento de procedimentos, capacidade de relacionamento com o paciente e/ou familiares, aceitação de orientação, comunicação oral e escrita, organização no serviço e disponibilidade para o trabalho.

Importa, por último, lembrar alguns princípios que devem ser seguidos na avaliação, de acordo com Mezomo⁵:

- ter clareza a respeito dos fatores com relação aos quais o empregado será avaliado;
- fazer a avaliação comparativa, quando possível;
- não pensar em termos de “tudo ou nada”;
- evitar os erros, tanto da “compaixão” quanto do “meio termo”;
- evitar a “generalização”;
- evitar julgamentos estereotipados;
- ter respeito pela pessoa humana;
- avaliar o desempenho, de acordo com as características de cada tarefa.

Além de tudo o que foi apresentado, resta ainda mencionar os muitos sistemas de avaliação, que podem ser:

- a) Entrevista.
- b) Preenchimento da ficha de avaliação.
- c) Observação direta do supervisor.
- d) Auto-avaliação do funcionário.

É interessante observar a confecção de um instrumento de avaliação, que deverá conter, basicamente:

- a) Identificação: trata-se de identificar a pessoa avaliada.
- b) Instruções: são todas as informações necessárias ao preenchimento da ficha de avaliação, a fim de orientar e esclarecer acerca dos objetivos do processo.

A ficha, propriamente dita, poderá ser montada de várias formas, tais como:

- a) Perguntas em aberto.
- b) Frases relativas ao desempenho.
- c) Conceitos que serão assinalados.

Outro momento importante no processo de avaliação é a entrevista, cujos objetivos principais são:

- estabelecer melhores relações de trabalho;
- reconhecer o bom desempenho dos funcionários e incentivá-los a melhorar ainda mais;
- discutir as áreas em que o desempenho pode melhorar;
- planejar, com o avaliado, um programa de auto-aperfeiçoamento;
- desenvolvê-lo para funções mais elevadas;
- colocar-se à sua disposição para ajudá-lo em seu autodesenvolvimento.

Para a entrevista atingir seus objetivos, deve ser planejada e preparada cuidadosamente, definindo-se um roteiro com as principais perguntas que se pretende fazer e as questões que serão discutidas. Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador deve reunir todos os elementos necessários a respeito do funcionário e estudar sua ficha individual.

De acordo com Maudonnet⁴, no decorrer da entrevista, devem ser observados alguns critérios, tais como:

- a) esperar que o funcionário estivesse pronto para conhecer seu desempenho;
- b) apresentar primeiramente as boas qualidades, cumprimentando-o pelo esforço;
- c) apresentar, em clima favorável e de forma objetiva, os pontos negativos, esclarecendo-os com exemplos concretos;
- d) estar pronto para ouvir todos os esclarecimentos do avaliado;
- e) estar atento a detalhes importantes, solicitando esclarecimentos;
- f) dar atenção às reações do avaliado;
- g) registrar todas as informações.

Não se pode dizer, todavia, que a entrevista se desenvolve num clima de tranquilidade e harmonia, havendo às vezes, muitas dificuldades. Por exemplo, o funcionário discorda de tudo, emociona-se com facilidade ou é muito sensível a críticas. No entanto, o entrevistador é o responsável pela condução do processo, no sentido de realizar os maiores esclarecimentos possíveis.

Em conclusão, pode-se afirmar que o êxito da entrevista resulta numa mudança de atitudes no avaliado. Por esse motivo, a entrevista é considerada o ponto chave para provocar mudança de comportamento e encorajar o desejo do auto-aperfeiçoamento. Quando o gerente age de modo construtivo, o funcionário aceita sua orientação e busca apoio para o seu desenvolvimento.

RESUMO

1. A Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem, determinando as funções e atribuições de cada categoria profissional.
2. A Resolução COFEN-293 estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde.
3. A escala de serviço é a representação tabular do escalonamento programado de períodos em que o servidor estará desenvolvendo suas atividades e de períodos de folgas no decurso de um mês. Sua elaboração obedece a alguns princípios legais, baseados na legislação trabalhista e nas normas institucionais.
4. A avaliação do desempenho de pessoal deve ser uma preocupação constante da administração do serviço de enfermagem, a fim de melhorar a qualidade do trabalho.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

1. O que compete ao enfermeiro, de acordo com a Lei n.º 7.498/86?
2. Que princípios o administrador deve observar na gerência de pessoal?
3. O que é Sistema de Classificação de Pacientes – SCP?
4. Cite e explique as categorias de pacientes por complexidade assistencial?
5. Quais os direitos e deveres do profissional de Enfermagem?
6. Quais as qualidades que o administrador deve possuir na gerência de pessoal?
7. Quais as atribuições do enfermeiro na gerência do pessoal de enfermagem?
8. Explique a necessidade de treinamento como função de desenvolvimento.
9. Explique a função de procura.
10. Explique a função de pesquisa.
11. O que é avaliação de desempenho?
12. Quais os principais objetivos da avaliação de desempenho?
13. Mencione os critérios que devem ser observados no transcorrer de uma entrevista.

BIBLIOGRAFIA

1. CHIAVENATO, I. **Administração de pessoal**. Apostila do curso de administração hospitalar para graduados, p. 112-3, s/d.
2. GONÇALVES, EL. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.
3. MARTINS, MLR. **O serviço de enfermagem: organização e administração**. São Paulo: CEDAS, 1983, p. 22 – 31.
4. MAUDONNET, R. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. p. 105 – 114.
5. MEZOMO, JC. **Administração de recursos humanos no hospital**. São Paulo: CEDAS, 1981.
6. RIBEIRO, ABC. **Administração de pessoal nos hospitais**. São Paulo: FENAME, 1977.
7. SANTOS, SR. Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 2, p.137 – 54, Ago., 1992.
8. SERSON, J. **Curso básico de administração de pessoal**. São Paulo: LTR, 1971. p. 293.
9. A lei do exercício da enfermagem. **Revista Hospital – Administração e Saúde**. 4º Bimestre, v. 10, n. 40, 1986.
10. **Resolução COFEN-293/2004**.

CAPÍTULO 8

Qualidade total no serviço de Enfermagem

1. CONCEITOS DE QUALIDADE

O tema qualidade é hoje um dos assuntos mais comentado nos congressos, simpósios, encontros e seminários de enfermagem. Os manuais de administração também têm contribuído para uma ampla divulgação do termo *qualidade*.

Mas, o que vem a ser “qualidade”?

Juran citado por Mezomo⁹, afirma que qualidade é “*satisfação (do cliente) e ausência de defeitos*”. Para Crosby, é “*conformidade com as exigências (e expectativas) do cliente*”. Segundo Deming, “*é sentir orgulho do que se faz*”. Finalmente, para Chiavenato⁵, qualidade significa conformidade e adequação com relação ao que o usuário ou cliente espera. Na verdade, o conceito de qualidade é muito subjetivo e depende particularmente da mentalidade das pessoas e da sua percepção de qualidade. Pode-se afirmar que a cultura da organização é capaz de influenciar tanto na teoria quanto na prática da qualidade do serviço ou da produção. Nesse sentido, o usuário ou cliente é o elemento que mantém a relação de interdependência com a organização e representa a resposta afirmativa ou negativa da qualidade do produto ou do serviço que recebe. Ou seja, deve haver uma recíproca satisfação (organização - consumidor).

É aqui onde a qualidade pode caracterizar-se como um elemento importante. Sua busca deve ser feita através das pessoas. Por isso, é necessário criar uma nova mentalidade de trabalho que atenda as necessidades do cliente. A qualidade exige uma mobilização interna organizada e sistemática, para realizar o que foi prometida ao cliente, com menor margem de desvio e com maior eficácia⁵.

A qualidade tem sua origem nos ensinamentos do professor W. Edwards Deming, nascido nos Estados Unidos em 1900. Foi durante a 2ª Guerra Mundial que teve oportunidade de aplicar, ensinar e desenvolver suas teorias. Todavia, Deming não foi reconhecido no seu país. Em 1947, viajou ao Japão para planejar o Censo Japonês. Em 1950, a convite de um grupo de cientistas e engenheiros, voltou ao Japão com a missão de “reconstruir” o país. O trabalho seguinte foi feito com 21 dos maiores empresários japoneses. Desenhou, num quadro-negro, um fluxo que ligava o fornecedor ao consumidor e convenceu-os de que sua responsabilidade era agregar qualidade à matéria-prima e, sobretudo, pensar no cliente, como a parte mais importante do processo de produção¹³.

Deming pregava uma teoria estranha: “*quanto maior for a qualidade, menor serão os custos de produção*”. A busca dessa qualidade deve ser feita passo a passo, durante todo o processo de trabalho, e não apenas na inspeção final. São suas as seguintes idéias: é preferível o trabalho em equipe ao individual; as avaliações individuais de desempenho são instrumentos desagregadores dos grupos nas empresas; acabem com a administração por objetivo (APO); as pessoas podem produzir melhor quando não se sentirem coagidos a

alcançar metas; ao invés de chefes, precisa-se de líderes; quebrem as barreiras entre os escalões hierárquicos e paredes que separam as pessoas; eliminem o medo no trabalho: o medo de se acidentar, o medo de errar e o medo de ser demitido; fomentem o orgulho pelo trabalho bem feito; persigam o aperfeiçoamento constante; por melhor que esteja um processo, ele ainda pode ser aperfeiçoado ¹³.

As teorias de Deming provocaram uma verdadeira revolução, sem armas ou bombas, na conjuntura japonesa que floresceu e produziu resultados. O Japão hoje é um país com avançada tecnologia e economicamente forte.

Aqui estão os 14 pontos do Método Deming de administração:

1. Estabelecer a constância de finalidades para melhorar o produto e o serviço.
2. Adotar a nova filosofia: qualidade.
3. Acabar com a dependência da inspeção em massa.
4. Cessar a prática de avaliar as transações com base nos preços.
5. Melhorar constantemente o sistema de produção de serviço.
6. Instituir o treinamento em serviço, de forma permanente.
7. Instituir a liderança.
8. Afastar o medo.
9. Eliminar as barreiras entre as áreas e o meio.
10. Eliminar *slogans*, exortações e metas para os empregados.
11. Eliminar as cotas numéricas.
12. Remover as barreiras ao orgulho da execução.
13. Instituir um sólido programa de educação e aperfeiçoamento.
14. Agir no sentido de concretizar a transformação.

2. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA QUALIDADE

- a) O trabalho produtivo realiza-se através de processos. Ou seja, cada funcionário executa uma etapa do trabalho que se complementa existindo, portanto, uma interdependência de tarefas. Assim, se cada elemento do processo produtivo melhorar a qualidade do seu trabalho, será obtido a qualidade desejada. Isso se aplica também aos serviços de saúde, onde o paciente é assistido por uma equipe multiprofissional.
- b) A administração da qualidade está centrada no **cliente**. Entende-se por cliente todas as pessoas de dentro e de fora da organização. No hospital, por exemplo, são clientes os pacientes e seus familiares (clientes externos), além dos médicos, enfermeiros e demais funcionários (clientes internos). Daí a necessidade de se trabalhar com qualidade, através de medidas que atendam as necessidades dos clientes, tanto no nível externo quanto no interno.

- c) O envolvimento das pessoas na execução do trabalho com qualidade. O processo de melhoria da qualidade exige participação integral de todos os componentes da organização. No hospital, por exemplo, o paciente não é assistido apenas por um profissional, mas por dezenas de pessoas que vão constituir o sistema de saúde. Se cada indivíduo estiver consciente da importância da qualidade do seu trabalho para o bem – estar do cliente, pode-se ter a melhoria da qualidade de um hospital. Todavia, qualidade não se faz isoladamente, embora seja uma prática comum nos serviços de saúde. O envolvimento das pessoas precisa ser bem entendido. O envolvimento é um processo de transformação da cultura organizacional para utilizar a energia criativa de todos os funcionários na solução dos problemas e na obtenção de melhorias. Trata-se de um processo demorado, onde as pessoas precisam ser treinadas e encorajadas a adotar a nova cultura de melhoria continuada¹¹.

3. QUALIDADE EM SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O serviço de enfermagem tem características próprias que o distinguem dos outros serviços no hospital. Assim, em termos de qualidade, deve ser pensado e tratado de forma diferenciada.

Dentre estas características próprias, podem ser citadas as seguintes:

- (a) O objetivo da enfermagem é cuidar do paciente na sua dimensão biopsicossocial em todos os níveis de cuidados, o que torna o trabalho da enfermagem bastante complexo e singular.
- (b) A enfermagem é uma das profissões da área de saúde que apresenta uma variedade de categorias no seu quadro funcional: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e o enfermeiro. Cada nível de função tem sua competência estabelecida na lei do exercício profissional.

Portanto, o cliente é assistido por fragmentos da enfermagem que precisam estar em consonância com a visão de qualidade na assistência de enfermagem. Se algum membro da equipe de enfermagem não se envolver com a busca da qualidade, o processo de trabalho estará comprometido.

- (c) A enfermagem está presente, em plena atividade no hospital, durante 24 horas.
- (d) A enfermagem é uma profissão eminentemente feminina. Esta característica favorece as taxas de absenteísmo e de rotatividade. Todavia, devem ser levadas em consideração as especialidades da equipe de enfermagem.
- (e) Os clientes nem sempre são informados sobre as distinções do pessoal de enfermagem. Nem se quer percebem a diferença de cuidados prestados entre o

pessoal da equipe de enfermagem. Para a maioria deles, qualquer mulher de branco, com ou sem touca, é uma “enfermeira”.

Diante do exposto, percebe-se que é preciso trabalhar o pessoal de enfermagem com habilidade e liderança. Aliás, a enfermagem não está isolada do sistema hospitalar. Todos os profissionais da saúde precisam se engajar nessa nova mentalidade de fazer saúde com qualidade. As razões são simples:

- ☐ qualidade é um compromisso profissional;
- ☐ qualidade faz parte da ética;
- ☐ qualidade é trabalho bem feito e satisfação do paciente;
- ☐ qualidade é um ato de sensibilidade e respeito pelo paciente;
- ☐ qualidade faz o profissional sentir orgulho de superar-se a cada dia;
- ☐ qualidade é uma melhoria contínua do trabalho e não tem limites nem fronteiras para o aprimoramento das ações. No serviço de enfermagem o paciente é o objetivo de ser da profissão. Logo, é a razão de ser da qualidade e a essência do trabalho da enfermagem e da organização. Essa perspectiva exige uma nova administração, voltada para a participação e a responsabilidade coletiva, para a busca de um aperfeiçoamento contínuo dos integrantes da organização, flexibilidade nos planos e objetivos. A administração deve focalizar o aprimoramento nos processos e no cliente ou usuário do serviço – a luz da qualidade está focalizada no binômio processo/cliente; deve valorizar a criatividade e a inovação em todos os níveis, potencializando os recursos humanos existentes, por que eles são o maior patrimônio da organização.

4. IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE TOTAL NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A implantação do programa de qualidade total em qualquer serviço de uma organização exige uma imediata aceitação e compromisso da administração superior, priorizando as ações que efetivamente contribuam para o desenvolvimento da qualidade. A mudança de mentalidade deve iniciar-se no nível mais elevado da organização, a fim de ser seguida por todos os subordinados. Todavia, essa mudança de atitude não se consegue em curto prazo. É um trabalho essencialmente educacional, ou seja, “qualidade é um ato educativo”. Nesse sentido são necessárias algumas estratégias:

- promover cursos de aperfeiçoamento em todos os níveis e envolver cada servidor da organização, segundo sua função;
- redesenhar o processo de trabalho, a fim de que cada etapa contribua para a qualidade final;

- controlar o desperdício;
- promover estímulos e recompensas às descobertas de erros e problemas que comprometem a qualidade final do trabalho;
- desenvolver nas pessoas a idéia de que elas são capazes de melhorar o trabalho diariamente;
- redefinir o papel do enfermeiro na assistência e na gerência dos serviços de saúde.

Segundo, Mezomo¹⁰, a qualidade total é o novo paradigma da administração. Por isso, o administrador de cuidados ou serviços de saúde precisa possuir algumas características:

- conhecimento claro do significado de qualidade e da importância dos clientes;
- apoio ao desenvolvimento da qualidade e conhecimento dos instrumentos de sua monitoração;
- conhecimento do pensamento estatístico e das ferramentas de controle;
- capacidade de mudança;
- liderança;
- criatividade e inovação permanentes;
- humildade;
- busca de novos padrões;
- fortalecimento dos empregados;
- capacidade de ouvir.

Essas características associadas com algumas estratégias são fundamentais para os preparativos da mudança organizacional, no tocante ao redesenho do processo e à busca continuada da melhoria do trabalho. É importante esclarecer que a implantação do processo de qualidade total em qualquer organização exige tempo, paciência, persistência e dedicação.

5. BUSCA DA PRODUTIVIDADE COM QUALIDADE

A produtividade é hoje tema obrigatório nos eventos de enfermagem. Todavia, a grande polêmica está na definição de instrumentos que meçam quantitativamente o trabalho da enfermagem. Por outro lado, a resistência da administração superior em remunerar o enfermeiro nas atividades de atendimento e cuidados de enfermagem, providência que contribuiria para elevar a produção da organização, tem causado constrangimentos e frustrações. Em se tratando de serviço de saúde, deve-se pensar num trabalho de parceria e cultivar o espírito de equipe. Afinal, o paciente não é atendido apenas pelo médico, mas por toda uma equipe multiprofissional. Portanto, a busca da produtividade em enfermagem é, antes de qualquer coisa, um desafio para a categoria.

O incentivo da produtividade é uma forma de remunerar o trabalho do profissional que consegue fazer mais e melhor com cada vez menos. Isso significa produzir com qualidade.

Essa questão, apesar de ser muito importante para a enfermagem, é pouco discutida no Brasil. Todavia, algumas considerações podem ser feitas, no sentido de se desenvolver um programa de produtividade com qualidade.

- a) Desenvolver uma ação conjunta com todo o hospital ou serviço de saúde e todo o pessoal de enfermagem. A busca da produtividade com qualidade não deve ser uma preocupação apenas da enfermagem, mas de toda organização. Uma ação conjunta é vital para o envolvimento das pessoas e a criação de um clima organizacional que possibilite a remoção de vícios e elimine a resistência às mudanças. A parceria entre a alta administração da organização com o corpo clínico e técnico é fundamental para legitimar o programa de qualidade. A enfermagem é um componente muito importante no sistema. Porém, não pode por si só tomar medidas isoladas, pois corre o risco do insucesso e do não reconhecimento.
- b) Desenvolver um ambiente de ampla participação. Segundo Chiavenato⁵, é indispensável à descentralização da autoridade. As decisões devem ser tomadas no ponto mais próximo da ação, através da consulta às pessoas envolvidas nas formulações de objetivos e metas a atingir, na participação, no desenho do cargo e tarefas e na própria formulação do programa de melhoria da produtividade.
- c) Desenvolver um clima de confiabilidade e reciprocidade. O programa de produtividade com qualidade somente alcançará resultados satisfatórios se for implantado num clima de mútua confiança e reciprocidade.

Nas organizações hospitalares, o paciente é o núcleo das atenções. Assim, as relações de trabalho precisam ser gerenciadas sob a perspectiva dos fatores produtores de motivação, a fim de interagir o trabalhador com a empresa no propósito de melhorar a qualidade da prestação do serviço de saúde e, portanto, gerar satisfação no trabalho¹⁵.

- d) Desenvolver a criatividade e o espírito de inovação. A produtividade com qualidade depende muitas vezes de soluções novas, da criatividade e da inovação. É a busca contínua da melhoria do trabalho e isso implica muitas vezes em fazer as coisas de maneira diferente.
- e) Desenvolver indicadores para a avaliação dos resultados. A produtividade deve ser avaliada e mensurada por indicadores numéricos. Daí a necessidade de elaborar-se um instrumento que seja aceito por todos de maneira participativa e consensual.
- f) Desenvolver o processo produtivo com eficiência e eficácia.

A eficiência está relacionada diretamente à atividade, enquanto a eficácia com os resultados alcançados. Segundo Chiavenato⁵, se eficiência é a relação entre a produção e os resultados alcançados, o programa de produtividade deve utilizar um conceito mais

abrangente – o da efetividade – que constitui o somatório da eficiência e da eficácia. A efetividade relaciona os recursos inicialmente aplicados com os resultados finalmente alcançados. A busca de uma maior produtividade no serviço deve vir acompanhada da qualidade. A qualidade deve ser considerada como a adequação e a conformidade na relação com o usuário ou cliente e suas expectativas. Nesse sentido, cada pessoa dentro da organização é responsável direto pela satisfação do usuário ou cliente. É aqui onde a qualidade tem sua importância, pois exige uma mobilização geral e sistemática das pessoas para realizar o que foi prometida ao cliente, com a menor margem de desvios ou erros e com a maior eficácia. Portanto, pode-se afirmar que qualidade é uma questão de mentalidade e de cultura.

O gerente deve investir pesado no seu ativo fixo – os recursos humanos. A busca deve ser feita através das pessoas e em todos os níveis e interdependências. A qualidade é um compromisso de todos em benefício do cliente.

Nos cuidados de saúde, a preocupação com a qualidade visa melhorar a assistência ao paciente e as condições técnicas de tratamento com menor índice de permanência hospitalar, resultando em satisfação do usuário.

Mas, o que proporciona satisfação ao cliente hospitalizado, além da qualidade dos cuidados recebidos pela equipe de saúde? Dentre outros aspectos, podem ser destacados os seguintes:

- ⇒ o nível dos resultados obtidos com o tratamento;
- ⇒ a continuidade dos cuidados intra/extra – hospitalares;
- ⇒ as expectativas atendidas (em termos de atenção, segurança, organização e disciplina);
- ⇒ uma adequada comunicação “enfermeiro – paciente”;
- ⇒ a competência técnica da equipe de saúde;
- ⇒ a periodicidade das visitas;
- ⇒ os cuidados de enfermagem (em termos de competência, pronto atendimento, delicadeza, clareza nas informações);
- ⇒ a utilização de tecnologia avançada (como auxiliar no diagnóstico e tratamento das enfermidades);
- ⇒ a qualidade dos serviços de apoio clínico;
- ⇒ um ambiente limpo e higiênico;
- ⇒ alimentação variada e de boa qualidade;

⇒ uma administração competente, comprometida com a qualidade e a satisfação do usuário e do seu pessoal.

6. COMO MEDIR A QUALIDADE?

A preocupação com a qualidade provoca algumas questões que permitem uma resposta definitiva: a instituição está ou não oferecendo qualidade? A resposta a essa questão não suscita apenas uma mera formulação teórica do tipo *sim* ou *não*. Na verdade, a qualidade pode e deve ser medida e mensurada, a fim de selecionar e priorizar elementos que sejam expressivos para o objetivo final, que é a prestação de uma assistência à saúde realmente com qualidade.

Assim, podem-se mencionar alguns indicadores que irão auxiliar na busca da qualidade:

- a média de permanência;
- a taxa de infecção hospitalar;
- a taxa de mortalidade;
- o número de ocorrências adversas;
- o nível de preenchimento do prontuário do paciente;
- o tempo de espera do paciente para ser atendido;
- o resultado da revisão de óbitos;
- a qualificação do quadro profissional;
- o nível de comprometimento das pessoas com o trabalho e sua qualidade;
- a confiabilidade no manuseio de dados para avaliação e monitoria do processo de trabalho.

É importante lembrar que esses indicadores devem ser considerados sempre em termos de resultados final desejado, ou seja, a satisfação do cliente. Assim, é necessária a participação de todas as pessoas que fazem parte do sistema de saúde (usuários, médicos, funcionários, familiares, fornecedores, enfim a sociedade).

O esforço em melhorar a qualidade nos cuidados de saúde traz uma série de benefícios para o usuário, funcionários e para a própria organização. Pode-se citar por exemplo:

- a eficiência nos resultados para o paciente;
- a eficiência nos processos de trabalho;
- a maior satisfação dos funcionários e da equipe de saúde;
- a maior produtividade com menor custo operacional;
- a maior rentabilidade e participação no mercado.

Portanto, em virtude da necessidade de se melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir os custos dos serviços, são evidentes a necessidade de serem tomadas medidas capazes de motivar as pessoas a trabalharem com qualidade e eficiência. Trata-se da vontade e do desejo dos integrantes da organização de se engajarem entusiasticamente nas mudanças comportamentais exigidas para melhorar a qualidade dos serviços. O envolvimento das pessoas, segundo Mezomo¹¹, traz muitas vantagens:

- ❖ elimina a mentalidade dos nós *contra eles*, substituindo-a pela confiança, pela cooperação e pelos objetivos comuns;
- ❖ desenvolve a capacidade de autogerência e as habilidades de liderança, criando um sentido de missão e fortalecendo a confiança;
- ❖ aumenta o ânimo e o compromisso dos funcionários;
- ❖ incentiva a criatividade e a inovação, que são a fonte da competitividade;
- ❖ ajuda as pessoas a entender os princípios da qualidade, inserindo-as na cultura corporativa;
- ❖ permite a solução dos problemas logo que surgem;
- ❖ aumenta a qualidade e a produtividade;
- ❖ democratiza a solução dos problemas.

O envolvimento dos funcionários é o modelo organizacional dominante nas empresas líderes mundiais em qualidade. Aliás, é certamente mais fácil mudar a cultura organizacional pelo envolvimento das pessoas do que através de palestras e exortações de um líder.

O papel do enfermeiro na função de gerente de serviço é o de harmonizar as necessidades individuais e organizacionais, através de um comportamento de liderança que possibilite o envolvimento e comprometimento da sua equipe com a melhoria continuada do trabalho. Isso só é possível quando se cria um ambiente democrático, onde o funcionário possa expressar abertamente, e sem medo de represália, as soluções para os problemas que vêm ocorrendo. Portanto, o enfermeiro deve estar aberto para enfrentar o que é bom e o que é mau. Uma atitude democrática gera confiança entre as pessoas, fato que possibilita superar o medo e encorajar a experimentação e a cooperação. Assim, o envolvimento das pessoas pode transformá-las em elementos capazes de identificar problemas e de assumir responsabilidades que antes eram atribuídas apenas ao gerente do serviço de enfermagem.

7. HUMANIZAÇÃO DA QUALIDADE NO HOSPITAL *

Nos últimos anos, a concepção de qualidade nos serviços de saúde foi maciçamente empregada, com a finalidade de se mensurar o potencial do trabalhador em todos os serviços. As mudanças e os avanços tecnológicos que vêm ocorrendo na área de saúde estão exigindo de cada profissional ação cada vez mais firmes e sintonizadas com o despontar do novo milênio. Criaram-se modismo e propaganda com o programa de qualidade nos hospitais, com o propósito de transformar e/ou mudar suas organizações, procurando torná-los mais eficientes no atendimento à população e preocupados em oferecer um serviço digno ao cidadão cada vez mais exigente de seus direitos. Todavia, o sentido filosófico do processo de melhoria contínua da qualidade na assistência à saúde está relegado a um plano indefinido de prioridade pelas autoridades competentes. O que se tem observado é que o princípio da satisfação do cliente para se conceituar a qualidade encontra-se cada vez mais distante da realidade.

Trabalhar a qualidade implica proporcionar satisfação ao cliente interno e externo, através da busca contínua do conhecimento e do aperfeiçoamento disponibilizado pela tecnologia. Todavia, qualidade na área de saúde tem uma conotação diferente que vai além da mera satisfação do cliente, ou seja, significa o ato de cuidar o ser paciente holisticamente.

Entende-se que a interligação qualidade e humanização da assistência em saúde são de tal ordem, que não se podem dissociar esses termos. Na concepção de Mezomo⁹, humanizar o hospital é fazer progredir a “qualidade de ser” e a “qualidade de vida” dos que ali trabalham ou ali permanecem. A “qualidade de ser” significa disposição para escuta, para o respeito e para a valorização do outro. Isso significa cuidados globais e polarizados no paciente, com sua colaboração, graças a um trabalho de equipe.

Todos os profissionais de saúde são responsáveis direta ou indiretamente por oferecer ao paciente uma assistência com dignidade e humanidade e que lhe garanta o direito constitucional à saúde e à vida. Neste pensar, a equipe de saúde tem o compromisso de implementar ações para uma assistência de qualidade, a fim de conduzir a questão saúde de forma integrada numa visão holística do homem. Assim, o propósito desse artigo é pontuar algumas reflexões teóricas sobre a participação dos profissionais de saúde, no que concerne à humanização da qualidade dos cuidados do ser paciente no cenário hospitalar. Burmester; Malik⁴ destacam qualidade do atendimento como um conceito simples, mas de definição complexa, pois seu significado é variável de acordo com a visão do observador.

* Artigo publicado na Revista Temas em Saúde. Edição comemorativa dos 25 anos do Coren - PB. Participação dos autores Iolanda Beserra da Costa Santos, Eduardo Sérgio S. Souza e Solange Fátima Geraldo da Costa.

Cada pessoa possui expectativas diferentes e por vezes conflitantes em relação ao desconhecido.

7.1 Humanização no hospital e sua equipe de saúde

Humanização, segundo Mezomo⁹, significa *“tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e à salvaguarda de seus direitos fundamentais”*. Hospital humanizado é aquele que, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade, possibilitando ao profissional adaptar-se às transformações concernentes ao mercado de trabalho, para que possa aferir resultados satisfatórios e significativos ao atendimento individual e coletivo.

A humanização da assistência à saúde não deve ser confundida como um marketing para mostrar que se faz qualidade no hospital, promovendo o indivíduo enfermo como sua figura mais importante. Na realidade, humanização implica uma política administrativa integrada e permanentemente centrada na assistência personalizada e sistemática, envolvendo toda a equipe de saúde. Assim pode ser vista como prática efetiva da qualidade, em que se procura superar as expectativas e necessidades do cliente.

Portanto, qualidade e humanização caminham juntas, numa filosofia de ação solidária que deve estar sempre presente em qualquer empresa, inclusive no hospital, tendo como objetivos diminuir a oportunidade de erros, reduzir a existência de culpados e oferecer ao doente um tratamento apropriado a cada caso, no momento oportuno e de acordo com os recursos disponíveis. A atitude do trabalhador, com uma mão estendida, um silêncio, uma lágrima que enxuga na face do paciente, um sorriso de apoio e otimismo, um olhar de amizade e de confiança na assistência à saúde, o compartilhamento e a solidariedade, as dúvidas e as informações esclarecedoras, a orientação na despedida, garantem um cuidado profissional com sentimento e emoção. Dessa forma, o “profissional ideal” combinaria toda a seqüência no serviço, de maneira a obter eficiência e maior benefício para saúde de seu paciente⁴.

O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho, mas sim, mediante uma forma diferente de entendê-lo e de realizá-lo. Para isso, o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo-de-ser-cuidado³. Além do mais, todo indivíduo doente, ao ingressar no hospital para internação, precipita reações de medo do desconhecido e, em geral, sente um grande choque pela mudança de seu estilo de vida. Em todos os casos é uma experiência difícil, de incertezas e de insegurança, gerando conflito. Há uma ruptura brusca dos laços sociais, familiares e até espirituais, que passa a envolver o novo ambiente em que o indivíduo irá conviver. Dependendo do nível sócio-cultural e experiência de vida de cada pessoa, o processo de adaptação à nova realidade pode ser difícil, e isso reflete

nos profissionais de saúde, nos familiares e na sua recuperação, pois eles estão no âmago de todas essas circunstâncias.

A qualidade, na perspectiva humanística do hospital, é tão importante quanto o tratamento técnico que se oferece ao paciente. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar conscientes de que o serviço existe em função dos seres humanos. A beneficência precisa ser resgatada nesse terceiro milênio na equipe de saúde, sobretudo em determinadas especialidades que estão mais presentes no ato de cuidar, executando atividades simples, como escrever uma carta para alguém necessitado, servir as refeições, confortar, animar e assim por diante.

A internação traz muita insegurança, reação natural de qualquer pessoa. A família, em geral, demonstra temor para enfrentar um resultado negativo em relação ao prognóstico de seu parente. Pensa que o caso do seu doente é o único e, por essa razão, necessita de cuidado especial quanto ao atendimento e acolhimento. Nesse contexto, o ser paciente deve merecer uma orientação personalizada da equipe que o assiste e deve ser iniciado, desde o primeiro contato na recepção, até o setor de internação e de alta, abordando aspectos, como: normas hospitalares, direitos e deveres do acompanhante e recomendações peculiares. A equipe de profissionais que presta assistência ao doente pode ajudá-lo direcionando suas ações para um cuidado personalizado. Ou seja, usando as habilidades técnicas do ato de cuidar, numa dimensão humanística, de acordo com a necessidade de cada pessoa. Nessa perspectiva, a equipe de saúde deve, por exemplo:

- Estar atento às preocupações do paciente ou familiar em qualquer eventualidade;
- Promover um ambiente terapêutico que mantenha o equilíbrio motivacional da pessoa;
- Tomar a iniciativa de se aproximar do paciente, apresentando-se, conversando, informando acerca dos cuidados com a saúde, sem demonstrar pessimismo em relação ao seu estado e tratamento;
- Mostrar suas acomodações, explicar-lhe o horário de visitas, enfim, prestar-lhe todas as informações e esclarecimentos necessários, de forma calorosa e amigável;
- Garantir-lhe apoio moral, compreensão e explicações detalhadas, a fim de se esclarecer possíveis dúvidas que provoquem insegurança no decorrer da hospitalização;
- Manter um clima harmonioso entre todos os componentes da equipe, o paciente e sua família.

Nessa perspectiva, a qualidade da assistência não depende apenas da execução de ações e técnicas bem planejadas, mas, também, de um sentimento de empatia. A atitude e atuação dos profissionais de saúde em relação ao paciente são fundamentais para ele superar a situação em que se encontra. Em outras palavras, procedimentos básicos como um simples olhar, uma palavra, um aceno de mão, um gesto e o respeito são ferramentas valiosas no processo terapêutico, tão eficaz quanto os medicamentos. Se o paciente perceber que está incomodando muita gente e sentir a sensação de medo ou insegurança quando o profissional de saúde se aproxima dele, isso pode levá-lo a expressar sentimentos de negação, rejeição ou alheamento, fatos que dificultam a sua recuperação e comprometem a qualidade do serviço.

Além disso, é válido ressaltar que o indivíduo deve estar consciente de que seus familiares também estão participando do tratamento, embora, não possam estar permanentemente ao seu lado, de forma que, o paciente possa sentir-se acolhido e não abandonado.

7.2 A comunicação como estratégia para a humanização da qualidade na assistência à saúde

A comunicação é um ato intrínseco ao existir humano. Antes do nascimento já transmitimos e recebemos mensagens do mundo. Etimologicamente a palavra comunicação vem do latim *comunicare* que significa “por em comum”. Ferreira⁷ acrescenta que é a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas. Sua função consiste em informar, persuadir, ensinar ou discutir. Com a nova abordagem a comunicação passa a ter a função de promover o relacionamento entre as pessoas, de forma horizontal, para a busca de soluções².

Assim, a comunicação é fundamental no processo de humanização da qualidade, porque implica a troca que nós fazemos com as pessoas e isso envolve, não só palavras, mas pensamentos, intenções, expressões, olhares, posturas corporais, emoções. As pessoas que estão doentes são muito vulneráveis e atentas ao que os profissionais de saúde falam. É esse um momento muito propício para assimilarem qualquer recomendação, prestarem bastante atenção ao comportamento de quem transmite a comunicação.

Na concepção de Silva¹⁶, quando pensamos em comunicação e qualidade, é preciso entender de que forma vamos abordar o cliente, para o alcance dos nossos objetivos, porque o entendimento é muito complexo entre um e outro e não porque estamos falando algo diferente. Estamos comunicando alguma coisa, da mesma maneira, considerando a comunicação verbal apenas um terço do que está acontecendo nas relações interpessoais. Todas as outras formas de comunicação não verbal: cinética, toque, territorialidade também

emitem mensagens sobre o significado ou interesse que nós temos em relação àquela interação.

Dentre esses aspectos, Bittes Júnior & Matheus² enfatizam diversas barreiras que podem ser interpretadas de forma errônea, causando frustração aos interlocutores, estando relacionados com a falta de capacidade de concentração, pressuposição de entendimento, ausência de significação comum, influência de mecanismos inconscientes e limitações do emissor-receptor.

Então, a comunicação na qualidade para a humanização do cuidado em saúde depende de se voltar à atenção para as pessoas, de uma forma integral, porque é assim que gostaríamos de ser tratados, principalmente quando estamos fragilizados pela doença. Para isso, alguns princípios elementares de comunicação e humanização da qualidade, abaixo relacionada, poderão fazer a diferença no hospital:

- Comece o dia diante do paciente com um genuíno sorriso e um "Bom Dia". A humanização do tratamento passa pela comunicação.
- Interesse-se, sinceramente, pelo paciente em querer ajudá-lo a vencer esse momento difícil de sua vida. Lembre-se de que o seu serviço está voltado para pessoas.
- Faça um elogio sincero sobre a sua recuperação. Um ditado popular afirma que "a palavra tem poder". Isso tem fundo de verdade, pois, palavras animadoras, otimistas, elogiosas, podem provocar mudanças significativas na melhoria da saúde.
- Dirija-se ao paciente sempre pelo nome. Não o trate pelo número da enfermaria ou pelo leito tal. O nome da pessoa é o som mais importante que existe em qualquer idioma.
- Seja um bom ouvinte, incentivando o paciente a falar sobre ele mesmo, a desabafar suas ansiedades e seus problemas.
- Fale com o paciente sobre assuntos que sejam do interesse dele. Não se preocupe com o que você deve dizer. Deixe-o expressar suas emoções de acordo com suas necessidades. Na sua conversa, evite discussões, respeitando a opinião dele e nunca dizendo "o(a) senhor(a) está errado(a)". Se ele estiver exaltado, procure amenizar o seu estado, com a voz calma e mansa, explicando seu ponto de vista, sem, contudo, deixar claro que ele se sinta errado.
- Deixe-o falar durante a maior parte da conversa, permitindo-lhe a liberdade de compartilhar seus pensamentos, idéias, atitudes e sentimentos.
- Evite comentários impróprios na presença do paciente, pois isso pode ocasionar-lhe interpretações errôneas ou deturpadas, e, assim, aumentar sua preocupação e seu medo.
- Demonstre conhecimento técnico-científico, como também, habilidade e sensibilidade no trato com o doente. Faça com que se sinta importante, mas procure fazê-lo com sinceridade.

- Elogie o menor progresso e também cada novo progresso alcançado na recuperação do paciente. Seja caloroso ao incentivá-lo a continuar no tratamento durante e após a alta hospitalar.

Diante do que descrevemos, podemos perceber que, se não estivermos atentos a todos os imprevistos ocorridos no processo de comunicação, também não estaremos preparados para trocas significativas de experiência, tornando-se isso frustrante para o interlocutor e vice-versa.

7.3 Estratégias para valorização do ser paciente no contexto hospitalar

É preciso lembrar que a humanização diz respeito, também, à defesa dos valores do paciente e ao atendimento de suas expectativas e necessidades, devendo ser considerado alguns aspectos relevantes para se assegurar a qualidade do cuidado humanizado:

- a) Respeito à privacidade do paciente - é preciso compreender e aceitar a individualidade de cada pessoa e não expô-la a situações que o constranja, como por exemplo: colocá-lo no leito exposto num ambiente separado por divisórias improvisadas que, muitas vezes, não o separa por sexo, idade ou até mesmo pela gravidade da doença. Situações dessa natureza são comuns nos hospitais públicos e nas enfermarias de hospitais privados que atendem pessoas do SUS (Sistema Único de Saúde), favorecendo um clima desagradável e quebrando a privacidade do doente. A equipe de saúde deve estar atenta e planejar mudanças que garantam a integridade e privacidade do cliente no decorrer da hospitalização.
- b) Cuidado de saúde personalizado – o principal objetivo da qualidade humanizada no serviço de saúde é o paciente (cliente) que deve ser tratado com dignidade e respeito, o que não significa tratar com liberdade, no sentido pejorativo, como se dirigir à pessoa como *tio*, *tia*, *Seu Zé* ou *Dona Maria*. É importante ressaltar que essa forma de tratamento pode ser interpretada como uma maneira carinhosa, mas, também, pode causar ressentimentos e ser interpretada como falta de respeito. O indivíduo necessita ser reconhecido como um ser humano que possui um nome próprio. Portanto, um cuidado de saúde humanizado começa com a identificação personalizada do ser paciente. Esse conhecimento torna o doente mais seguro em relação à equipe de saúde.
- c) Envolvimento ativo do paciente em seu tratamento – considerando as características individuais de cada um, no que diz respeito a seu estado de saúde (gravidade do seu quadro clínico, lucidez e consciência), ao nível de escolaridade, sócio-econômico, e outras. A equipe de saúde, sob a liderança do médico ou do enfermeiro assistencial, deve elaborar um plano de cuidado que envolva as necessidades do paciente para seu tratamento, tornando-o consciente de todos os passos terapêuticos que serão adotados,

a fim de que colabore em sua recuperação, durante o período de hospitalização e nos cuidados que lhe são dispensados.

- d) Apoio psico-espiritual prestado pela equipe de saúde – esse aspecto é muito complexo, porém fundamental no tratamento humanizado, embora se reconheça que tratar da esfera espiritual ou religiosa é procurar compreender a liberdade que as pessoas têm de praticar a sua religião, de professar sua crença, de se apoiar em algo que lhe dê força e motivação para continuar lutando pela vida. Cabem a esses profissionais respeitá-lo e compreendê-lo, proporcionando-lhe uma assistência que satisfaça as suas necessidades. Não se deve discutir religião, nem tentar converter o doente a sua fé, mas, apenas, ajudá-lo a alcançar forças na sua própria fé.
- e) Visita dos familiares – esse aspecto tem grande relevância porque os familiares constituem parceiros da equipe de saúde nos cuidados e serve de rede de suporte. Nesse sentido, os cuidadores devem esclarecer e orientar os familiares sobre as rotinas do serviço, as normas que regulamentam o horário das visitas e dar informações gerais sobre a evolução de seu tratamento, os procedimentos que estão sendo desenvolvidos junto ao paciente e como ele está respondendo ao mesmo. Os familiares, quando bem orientados, se constituem num forte aliado na recuperação do paciente.

Oliveira & Santos¹⁴, abordando a necessidade de humanização hospitalar, fazem algumas recomendações, entre as quais se destacam:

- O profissional deve ouvir o paciente no que se refere aos seus interesses e preocupações, dando-lhe atenção adequada ou demonstrando interesse quanto a suas necessidades, para que ele não se sinta rejeitado e ainda mais isolado.
- Antes da hora da refeição é particularmente uma boa oportunidade para conversar com o paciente – propiciar-lhe medidas de conforto (banho, massagens), aumentando sua estimulação física – e, se a sua condição permitir, incentivá-lo a andar ou sentar-se em uma cadeira.
- O profissional deve explicar aos familiares os riscos que o paciente tem de apresentar depressão ou solidão. As visitas dos familiares devem ser estimuladas para se evitar manifestações intempestivas ou de revolta.
- A equipe deve aconselhar os familiares sobre os modos de fornecerem ao doente estímulo significativo. Muitas vezes o simples fato de ouvir é, na realidade, a única ajuda que podemos efetivamente oferecer-lhe. Estar junto, fazer-se presente, tocar não só o corpo, a pele, mas, também, o coração, é uma experiência gratificante. Assim, o profissional deve adotar medidas para melhorar o estímulo sensorial do doente através de livros, revistas, rádio ou televisão. Relógio e materiais de seu interesse devem estar disponíveis.

7.4 A multidisciplinaridade no processo de recuperação da saúde do paciente

O trabalho em equipe se constitui em uma grande responsabilidade com todos os que procuram o serviço de saúde para atendimento e, pode-se afirmar que é o profissional de saúde quem deve estar mais envolvido e comprometido com a prestação do cuidado direto ou indireto ao paciente. Surge daí a necessidade desses trabalhadores desenvolverem atitudes que favoreçam a humanização do atendimento em grupo, que começa na recepção, no consultório e deve acolher a pessoa de forma a familiarizá-la com o novo ambiente.

Como a equipe de saúde pode tornar agradável a estada do paciente no hospital? Não existem princípios estabelecidos para esse fim. Todavia, algumas atitudes podem ser praticadas para melhorar o ânimo do doente durante a internação que vão desde um sorriso até uma postura amável dos profissionais no momento de assisti-lo. Ela pode ser a chave para se alcançar a satisfação e a excelência no serviço hospitalar, tornando a permanência de qualquer pessoa, mais agradável, apesar da enfermidade e de suas conseqüências.

Na realidade, todo indivíduo tem muito a dizer de si mesmo, mas será que as pessoas da equipe do cuidado têm tempo para escutar? Para conhecer hábitos, desejos e crenças? Todas as informações básicas poderão ajudar na elaboração do plano de cuidados. Os cuidadores não podem situar-se longe do paciente, nem podem deixá-lo desinformado a respeito do seu tratamento. Nos dias de hoje, não se concebe a idéia de que o doente não conheça nada sobre sua doença, não seja capaz de compreendê-la e não tenha condições de encarar a verdade sobre a sua situação. O fato é que não se podem negar ao indivíduo informações da parte de quem às pode e deve dar. É imprescindível o trabalho educativo na prestação de informações, a fim de se evitar que o paciente as tenha incompletas e mal interpretadas, quando não deformadas, acarretando até o comprometimento do seu estado de saúde. Assim, na prestação dessas informações, dois aspectos devem ser observados pela equipe de saúde:

- O direito do paciente à informação, que engloba questões que, geralmente, são uma incógnita para a pessoa, como a duração da internação, o diagnóstico e tratamento indicado pelo médico;
- As informações, às quais o paciente tem direito, devem estar condicionadas ao seu estado. É preciso que a equipe tenha sensibilidade e percepção necessárias para identificar a capacidade de compreensão das pessoas, suas condições físicas e morais.

Assim, reafirmamos a tese da assistência personalizada. Cada pessoa deve ser tratada com equidade e qualidade, porém respeitando-se as diferenças individuais. Logo, o processo educativo e de comunicação empregado pela equipe de saúde para explicar algo ao paciente nem sempre é fácil, porque envolve todo um sistema conceitual próprio e

complexo. O diálogo se torna ainda mais difícil, quando ele demonstra ser carente de entendimento, não ousando nem fazer qualquer questionamento.

Quando as recomendações feitas pelos membros da equipe de saúde se tornam confusas à compreensão do paciente, isso pode dificultar a continuidade do tratamento, de forma que expressões como: “*beba bastante líquido*”, mas não se diz, o quanto, que pode ser um copo, um litro ou mais; “*perca peso*” também não determina quantos quilos é preciso se perder; “*trabalhe menos*”, redução de trabalho indefinida que será em termos de duração ou de intensidade?; “*descanse*”, sem se estabelecer o tempo, que poderá ser uma hora, um dia ou até mesmo um mês. Como explicar isso tudo ao paciente? É preciso dialogar com ele, demonstrar-lhe segurança, expor-lhe idéias e esclarecer suas dúvidas ou incertezas. Para isso, a equipe de saúde pode fazer uso de um plano de informações previamente programado e detalhado para ajudar na elucidação das dúvidas, do medo ou da ansiedade.

É preciso fazer o paciente falar e saber escutá-lo. Pode ser perfeitamente possível que a informação transmitida a ele tenha sido mal recebida ou mal interpretada, principalmente quando não é empregada na mesma linguagem. Portanto, tudo o que for argumentado pelo paciente deve ser registrado para, posteriormente, orientá-lo quanto às necessidades apresentadas, como os acontecimentos vividos no momento da internação, durante ou após o tratamento, em termos de dor, sensações desagradáveis e outros problemas.

7.5 Considerações finais

A humanização da qualidade é o caminho para se melhorar a assistência hospitalar e traz vantagens para a equipe de saúde, para o paciente e para o hospital, todavia existem alguns obstáculos de ordem administrativa aliada a outros fatores que fogem à competência dos profissionais que dificultam a sua operacionalização na labuta do dia-a-dia, conforme mostra a figura 1.

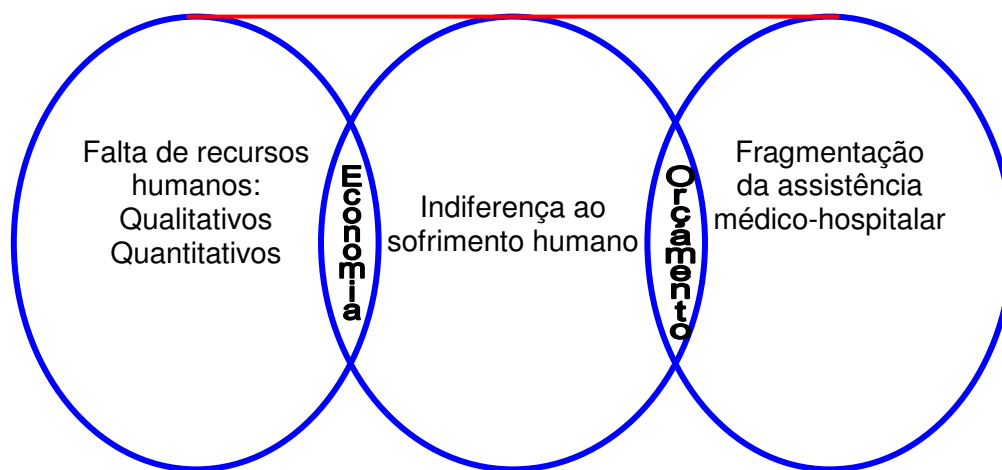


Figura 11 – Fatores que dificultam a operacionalização da humanização da qualidade

Continuando essa linha de pensamento, Mezomo⁹ diz que, o hospital mais humano é aquele em que o paciente se vê rodeado por um pessoal dedicado ao trabalho e disponível para compreender seus desejos e para responder às suas necessidades. O relacionamento doente-pessoal, ali, é criado pela elaboração e realização conjunta de um verdadeiro "programa-saúde". Ressalta o autor que humanizar o hospital é fazer progredir a "qualidade de ser" e a "qualidade de vida" dos que ali trabalham ou ali permanecem.

Na realidade, o paciente não deseja pessoas mecânicas ou robóticas que cuidam mais a doença do que a ele próprio, passando a impressão de que o hospital é feito para as doenças e não para cuidar do doente. Infelizmente, não possuímos protocolos administrativos potencialmente poderosos para serem usados de forma adequadas, que possam tornar-se úteis para avaliar a qualidade do serviço e do atendimento que se presta no hospital, pois cada pessoa apresenta-se diferenciada de outra, tornando-se difícil uma aferição fidedigna nesse caso. É preciso deixar claro que os profissionais de saúde não devem ser responsabilizados pela dor e pelo sofrimento de todos os que procuram o serviço para tratamento ou cura, mas, no contexto geral da hospitalização, a equipe de saúde deve estar preparada para desenvolver a necessária compreensão e tentar ir além das expectativas do doente e familiar. Essa concepção de qualidade exige preparo técnico científico e ético indispensáveis ao profissional nas diversas fases do cuidado em saúde.

Segundo Garrafa⁸, se tem trabalhado pouco sobre a ética da responsabilidade individual dos profissionais e auxiliares que atuam nos serviços de saúde. Por outro lado, não deixa de ser um compromisso a participação destes no ato de cuidar. Por essa razão, a equipe multiprofissional deve estar junta, falando a mesma linguagem para o paciente e família, com o propósito de conquistar a confiança, através de informações precisas, promovendo um encontro do doente com a realidade que ora está vivenciando. Entende-se que, às vezes, é difícil para o paciente compreender a razão pela qual está passando por um momento tão difícil, de incerteza, na fronteira entre a vida e a morte, fato que naturalmente deprime e preocupa. No entanto, a equipe de saúde pode ajudá-lo a vencer os obstáculos que dificultam sua cura, através de abordagens gradativas do seu estado de saúde e de palavras animadoras. É preciso que se quebrem as barreiras e se permita que o doente expresse seus pensamentos e participe do processo terapêutico com mais dinamismo.

Qualidade em relação ao paciente significa disposição para escutá-lo, respeitá-lo e valorizá-lo como um ser humano. Isto quer dizer cuidados globais e polarizados no paciente, graças a um trabalho de equipe. Assim, qualidade humanizada implica no atendimento das necessidades materiais e aspirações do paciente, assim como, de toda a equipe de saúde.

RESUMO

1. Qualidade é a satisfação do cliente e ausência de defeitos.
2. Origem das teorias de qualidade: toma por base os ensinamentos do Professor W. Edwards Deming.
3. Princípios básicos da qualidade: o processo, o cliente e o envolvimento das pessoas.
4. Estratégias para implantação da qualidade total no serviço de enfermagem: promover cursos, redesenhar processos, promover estímulos, redefinir o papel do enfermeiro, desenvolver a idéia de melhorar continuamente.
5. Para desenvolver um programa de produtividade com qualidade devemos: desenvolver uma ação conjunta com todo hospital, desenvolver um ambiente de ampla participação, desenvolver um clima de confiabilidade e reciprocidade, desenvolver a criatividade e o espírito de inovação, desenvolver indicadores de avaliação, desenvolver o processo produtivo.
6. Para medir a qualidade hospitalar devem-se levar em consideração os indicadores de qualidade: média de permanência, taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade, tempo de espera do paciente, nível de comprometimento das pessoas, entre outros.

QUESTÕES PARA REVISÃO E DISCUSSÃO

1. O que você entende por qualidade?
2. Quem foi o idealizador dos princípios da qualidade total?
3. Cite os quatorze pontos do método Deming?
4. Explique os princípios básicos da qualidade.
5. Cite as características próprias da enfermagem que interferem na qualidade do serviço.
6. Por que os profissionais da área de saúde precisam desenvolver suas atividades com qualidade?
7. Cite algumas estratégias para se implantar a qualidade total no serviço de enfermagem.
8. Quais os requisitos necessários para o administrador do serviço de saúde?
9. Cite as estratégias para se desenvolver um programa de produtividade com qualidade.
10. Cite os indicadores de qualidade no hospital.
11. Quais os benefícios trazidos com a implantação da qualidade total no serviço de enfermagem?
12. Qual o papel do gerente do serviço de enfermagem?

BIBLIOGRAFIA

1. ARAÚJO, MRN.; CHOMPRÉ, RR. Humanização no atendimento de enfermagem – problemas das doenças transmissíveis. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 11 - 18, jan./1984.
2. BITTES JÚNIOR, A.; MATHEUS, MCC. Comunicação. In.: Cianciarullo, TI. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 61-73.
3. BOFF, L.. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.
4. BURMESTER, H.; MALIK, AM. Controle de qualidade no atendimento médico hospitalar. In.: Rodrigues, EAC. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Savier, 1997. p. 46-54.
5. CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas – o passo decisivo para a administração participativa**. São Paulo: Makron Books, 1992.
6. FERRAZ, OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma ser corrigido pelo gerenciamento de risco. **Revista Bioética**. nº 1, v. 5., p. 7 – 12, 1997.
7. FERREIRA, ABH. **Dicionário Aurélio Eletrônico - Século XXI**. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
8. GARRAFA, V. Ética e humanização ao atendimento à saúde – ética, parceira, equidade e responsabilidade. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, n. 4, v. 7, 1996.
9. MEZOMO, JC. **O administrador hospitalar**. São Paulo: CEDAS, 1991.
10. MEZOMO, JC. A qualidade da assistência à saúde e o ensino médico. **Revista – Adm. e Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 194 – 7, 1993.
11. MEZOMO, JC. Envolvendo as pessoas no processo da qualidade. **Revista – Adm. e Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 130 – 4, 1993.
12. MEZOMO, JC. Serviço de saúde com qualidade total. **Revista – Adm. e Saúde**. São Paulo, v. 16, n. 6, p. 229 – 31, nov./dez., 1992.
13. MONTEIRO, JA. **Qualidade total no serviço público**: questionamento e recomendações segundo os 14 pontos de Deming. Brasília: QA&T consultores associados, 1991.
14. OLIVEIRA, EF.; SANTOS, IBC. **Prevenção e controle de infecção hospitalar**. João Pessoa, maio/1997. (mimeografado).
15. SANTOS, SR. **Motivação no trabalho do enfermeiro – fatores de satisfação e**

insatisfação. João Pessoa, Paraíba, 1992. Dissertação de mestrado. Enfermagem em Saúde Pública do CCS/UFPB.

16. SILVA, MJP. **Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações inter - pessoais em saúde.** São Paulo: Gente, 1996.
17. SOUZA, M.; POSSARI, JF.; MUGALAR, KH. Humanização da abordagem nas unidades de Terapia intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 77 – 79, abr./mai./jun., 1985.