



Gestão em saúde

Gestão em saúde

Fernando Henrique Ferreira

Milena de Oliveira Sampaio

Marcia Cristina Aparecida Thomaz

© 2017 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Alberto S. Santana

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Cristiane Lisandra Danna

Danielly Nunes Andrade Noé

Emanuel Santana

Grasiele Aparecida Lourenço

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Paulo Heraldo Costa do Valle

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Ana Carolina Castro Curado

Editorial

Adilson Braga Fontes

André Augusto de Andrade Ramos

Cristiane Lisandra Danna

Diogo Ribeiro Garcia

Emanuel Santana

Erick Silva Griep

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F192g Ferreira, Fernando Henrique
Gestão em saúde / Fernando Henrique Ferreira, Milena de
Oliveira Sampaio, Marcia Cristina Aparecida Thomaz. –
Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017.
184 p.

ISBN 978-85-522-0365-0

1. Hospitais. I. Sampaio, Milena de Oliveira. II. Thomaz,
Marcia Cristina Aparecida. III. Título.

CDD 362

2017

Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Planejamento, indicadores e qualidade na gestão em saúde	7
Seção 1.1 - Atuação gerencial do enfermeiro	9
Seção 1.2 - Instrumentos do processo de trabalho gerencial	25
Seção 1.3 - Gestão da qualidade em saúde e acreditação	41
Unidade 2 Gerenciamentos de equipe e qualidade de vida no trabalho em saúde	59
Seção 2.1 - Gestão da equipe de enfermagem	61
Seção 2.2 - Liderança e gestão de conflitos	76
Seção 2.3 - Qualidade de vida no trabalho	93
Unidade 3 Gestão de pessoas, dimensionamento de pessoal e escala de trabalho em enfermagem	117
Seção 3.1 - Gestão de recursos humanos	118
Seção 3.2 - Dimensionamento de pessoal de enfermagem	129
Seção 3.3 - Escala de trabalho	138
Unidade 4 Gestão do espaço físico, dos recursos materiais e dos custos em saúde	149
Seção 4.1 - Estrutura física e recursos materiais	150
Seção 4.2 - Gestão de resíduos em serviços de saúde	162
Seção 4.3 - Gestão de custos	172

Palavras do autor

Olá, aluno! Seja bem-vindo à disciplina Gestão em Saúde. Nela, trabalharemos os conteúdos relacionados ao processo de gestão na área da saúde. Como foco principal, abordaremos temas que visam à formação de um profissional competente para lidar com o dia a dia do trabalho em saúde, seja em instituições públicas ou privadas, hospitalares ou ambulatoriais. Espera-se, nesse contexto, desenvolver as capacidades de liderança e do raciocínio crítico na solução de problemas.

Ao longo da disciplina, você conhecerá e compreenderá o planejamento do trabalho de enfermagem, a adoção de sistemas de informação gerenciais e a gestão de indicadores em saúde, o processo de gestão da qualidade e o gerenciamento de equipe, com foco na qualidade de vida no trabalho. Também discutiremos a gestão de pessoas, com atenção para o dimensionamento de pessoal de enfermagem e a escala de trabalho e a gestão do espaço físico, dos recursos materiais e dos custos.

Na Unidade 1, faremos uma abordagem sobre as responsabilidades gerenciais do enfermeiro, retomando o contexto atual em que se insere. E, também, trataremos dos conceitos relacionados ao planejamento e à gestão dos indicadores e da qualidade, com foco nos sistemas de acreditação.

Na Unidade 2, daremos continuidade aos estudos apresentando as temáticas: gerenciamento de equipe, trabalho em equipe, organização do trabalho em saúde e enfermagem, liderança, gestão de conflitos e qualidade de vida no trabalho em saúde.

Na Unidade 3, versaremos sobre temas muito importantes para o trabalho cotidiano do enfermeiro para a compreensão da educação continuada, do dimensionamento do pessoal de enfermagem e das escalas de trabalho, entre outros.

Por fim, na Unidade 4, apresentaremos e discutiremos como ocorre o processo de gestão dos espaços físicos, dos recursos materiais e financeiros de uma unidade de saúde, focando nas atividades gerenciais do enfermeiro. Nesse momento, também serão abordados temas relevantes para a área da saúde, como a gestão

dos resíduos dos serviços de saúde e o impacto das atividades dos profissionais de enfermagem nesse campo de atuação.

Vamos caminhar juntos nessa formação. Prepare-se para adentrar um mundo novo de conhecimentos e para aprender competências gerenciais que farão grande diferença na sua atividade profissional. Vamos lá!

Planejamento, indicadores e qualidade na gestão em saúde

Convite ao estudo

Olá, aluno! Vamos dar início aos nossos estudos e, para orientá-lo nesta unidade, utilizaremos o contexto de aprendizagem a seguir:

O Hospital Rangel Barreto é referência para as cidades vizinhas do interior do Estado e atende em dupla porta, ou seja, atende tanto aos usuários do SUS como os clientes de um convênio de saúde próprio (um plano de saúde particular, chamado Rangel Saúde). Como se trata de um hospital filantrópico, todo o lucro proveniente da assistência aos clientes do convênio é direcionado para melhorias no próprio hospital e para a cobertura na defasagem dos repasses financeiros pelo SUS. Com isso, o hospital consegue oferecer uma assistência de maior qualidade aos usuários do SUS.

No entanto, atualmente, surgiram várias reclamações quanto à assistência prestada aos clientes do convênio, e o hospital passou a sofrer uma queda no número de adesões ao plano de saúde nos últimos 12 meses, com consequente redução em sua receita. O principal concorrente do convênio Rangel Saúde é a prestadora Mais Vida, Mais Saúde, que oferece assistência por meio de um hospital de médio porte e ambulatorios terceirizados. Sabe-se que esse concorrente registra crescimento contínuo no número de conveniados.

Esta situação também tem provocado um desequilíbrio financeiro nas contas do Hospital Rangel Barreto. Os provedores e administradores do hospital acreditam que a projeção futura é de redução no quadro de pessoal e nos gastos com a assistência. Porém, a nova gerente de enfermagem da instituição

tem outra proposta. Adélia tem estudado com afinco o processo de acreditação hospitalar e planeja que o hospital passe por um processo de auditoria externa da qualidade para obtenção do selo de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) nível 1. Ela acredita que a obtenção desse selo (o primeiro da região) atrairia novos conveniados e traria mais qualidade à assistência aos clientes/pacientes da instituição. Após um longo debate entre os administradores do Hospital Rangel Barreto, chegou-se à conclusão de que a proposta da Enfermeira Adélia seria privilegiada e, nos próximos 18 meses, o hospital investirá recursos humanos e financeiros nessa empreitada. Após esse prazo, a proposta será novamente colocada em pauta para avaliar se houve melhora no quadro financeiro da instituição.

Para ajudar Adélia nessa empreitada, faremos um breve resgate histórico sobre a origem das atividades gerenciais do enfermeiro e depois discutiremos a realidade atual da saúde no Brasil e no mundo. Também discorreremos sobre as responsabilidades e atribuições gerenciais do enfermeiro e sobre a gestão da informação e dos indicadores em saúde.

Em seguida, apresentaremos e discutiremos os conceitos relacionados ao planejamento e como eles podem ser incorporados ao cotidiano dos profissionais de saúde, explicando os principais métodos e as fases que os compõem.

Por fim, analisaremos os processos de gestão da qualidade e de acreditação das instituições de saúde, preparando-os para compreender esse novo momento da assistência à saúde no Brasil e no mundo.

Vamos em frente!

Seção 1.1

Atuação gerencial do enfermeiro

Diálogo aberto

Adélia foi enfermeira assistencial de um setor de internação clínica por dois anos e três meses e, após esse tempo, passou por um processo seletivo interno e tornou-se supervisora do plantão noturno no mesmo setor, cargo no qual permaneceu por mais dois anos e seis meses. Frente à sua boa performance nas avaliações de desempenho profissional do hospital (realizadas a cada seis meses), foi convidada a participar de um novo processo seletivo e alcançou o cargo de coordenadora do mesmo setor. Após quatro anos nesse cargo, conseguiu alcançar bons níveis de satisfação entre os clientes/pacientes e colaboradores do setor onde atuava e tinha uma alta estima entre os administradores do hospital.

Ao término do contrato de trabalho da antiga gerente de enfermagem, os administradores do hospital optaram por dar oportunidade a Adélia, convidando-a a assumir tal cargo. Adélia sabia que era uma grande responsabilidade gerir toda a equipe da instituição, mas sentia que os longos anos de experiência profissional lhe garantiam conhecimentos suficientes para aceitar esse desafio. Ao mesmo tempo, ela sabe que se formou há cerca de dez anos e, nesse tempo, houve muitas mudanças na assistência à saúde. Assim, ela passou a se perguntar: Quais são as características dessa nova realidade que se apresenta? Quais são as responsabilidades gerenciais de um enfermeiro que desenvolve suas atividades na assistência direta ao paciente? E qual é a diferença para as funções de um enfermeiro desempenhar na gestão administrativa de toda a equipe de enfermagem de um hospital?

Não pode faltar

Enfermagem e serviços de saúde

Como você já deve conhecer, a história da enfermagem surgiu com Florence Nightingale, a partir de sua atuação na Guerra da Crimeia.



Pesquise mais

Quer retomar e entender melhor a história de Florence Nightingale? Leia o artigo *Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem*, de Jacinta Maria Morais Formiga e Raimunda Medeiros Germano, indicado no link a seguir. O artigo utiliza o ensino de Administração em Enfermagem para fazer um percurso histórico sobre a origem dessa disciplina até os dias atuais.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 222-6, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a19>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

É a partir desse momento histórico que tem origem a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem, pois surge a *lady nurse*, aquela profissional que passa a exercer as atividades relacionadas à supervisão e ao ensino/treinamento do pessoal de enfermagem (saber administrativo) e a *nurse*, aquela que passou a atuar na assistência direta ao paciente (saber técnico). Ou seja, nesse momento, surge a atividade gerencial do enfermeiro, pois esse profissional passou a assumir tanto a organização do ambiente como o cuidado do doente e a gestão das pessoas (FELLI; PEDUZZI, 2015).



Pesquise mais

Quer entender mais sobre a divisão técnica e social do trabalho? Leia o artigo *O Processo de Trabalho de Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado*. Nesse artigo, Marina Peduzzi e Maria Luiza Anselmi desenvolvem uma pesquisa qualitativa junto a enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos para discutir e caracterizar o processo de trabalho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem e analisar contradições existentes no trabalho de enfermagem.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Mas você já deve ter percebido que o trabalho da enfermagem não tem as mesmas características do trabalho desenvolvido por um pecuarista ou por operador de máquinas da indústria. A partir da definição em Marx (1982), o trabalho é entendido como uma atividade humana, de cunho social, na qual uma pessoa gasta energia física e mental para desenvolver uma atividade. Essa atividade tem uma finalidade que, em geral, é transformar a natureza. Ou seja, o trabalho tem o intuito de gerar um bem ou um serviço que ajude a manter ou propiciar a reprodução da vida humana, seja individual ou coletiva (LIEDEKE, 1997).



Refleta

Como os diferentes profissionais ajudam a manter a sua vida? Por exemplo, como o trabalho de um agricultor impacta em sua vida? Como a atividade de um engenheiro civil, quando bem exercida, ajuda a manter sua vida?

A seguir, apontam-se os aspectos principais do trabalho em saúde e enfermagem:

a) O trabalho em saúde tem o intuito de transformar as necessidades de saúde de um indivíduo ou coletividade.

b) A assistência à saúde é uma prestação de serviço, ou seja, faz parte daquilo que se denomina como setor terciário da economia.

c) A assistência à saúde não pode ser produzida em larga escala, estocada, rotulada ou comercializada a qualquer momento. Isso significa que a atividade realizada por profissionais de enfermagem é um serviço consumido no ato de sua produção.

d) O objeto de trabalho da enfermagem é o ser humano, com suas singularidades e complexidades. Assim, os profissionais de saúde precisam lidar com o nascer e o morrer, o curar e o adoecer, a dor e a alegria. E, também por esse fato, a assistência à saúde pressupõe que haja interação social, vínculo e uma relação humana entre o profissional e seu objeto de trabalho.

d) Ao longo do tempo, as definições do que é ser saudável e do que é ser doente foram se modificando. Se antes havia o entendimento de que a saúde era apenas uma condição atrelada à ausência de

doença, hoje entendemos a saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social” (WHO, 1998, n. p.), o que inclui a qualidade de vida e a emancipação dos sujeitos. Dentro desse contexto, vale destacar que a assistência à saúde não deve se focar exclusivamente nos procedimentos que visam à cura e reabilitação do indivíduo/coletividade doente, mas também na promoção e prevenção em saúde. Assim, os conceitos de saúde e doença adotados em nossa sociedade têm influência sobre o trabalho em saúde.

Além desses, também podemos fazer outros apontamentos, por exemplo: a assistência à saúde deve ser prestada em coparticipação com demais profissionais da saúde (nutricionistas, farmacêuticos, médicos, psicólogos etc.); os profissionais de saúde utilizam saberes técnico-científicos, instrumentos e métodos específicos dessa área do conhecimento; a equipe de enfermagem é constituída de trabalhadores de diferentes níveis de formação (auxiliares de enfermagem, técnico em enfermagem e enfermeiro) (FELLI; PEDUZZI, 2015).

Nas últimas décadas, a saúde passou a ser alvo de uma abordagem mercadológica, negociada como um bem privado. Assim, entraram em jogo questões relacionadas aos custos, aos investimentos, à lucratividade e à incorporação de inovações tecnológicas no cuidado em saúde. Percebe-se, ainda, que a organização do trabalho e a gestão em saúde, especialmente no ambiente hospital, sofre, até hoje, forte influência do modelo taylorista, da administração clássica e do modelo burocrático (veremos sobre esse modelo a seguir).

O estabelecimento de contratos de trabalho mais precários, com redução de salários e empregos visando a custos mais reduzidos também atingiu os profissionais de enfermagem, à medida que passaram a se sujeitar aos empregos terceirizados em cooperativas de trabalho, sem direitos trabalhistas e com baixos salários, e optaram por ter duplos ou triplos vínculos empregatícios ou por jornadas mais extensas em hora extra (FELLI; PEDUZZI, 2015).

O atual cenário brasileiro na área da saúde ainda é pontuado por elevados níveis de morbidade e mortalidade e processos ineficientes em relação à qualidade e à segurança da assistência ao cliente/paciente. Por sua vez, isso tem comprometido a imagem das organizações, levando-as a perder clientes e mercado e enfrentar

processos administrativos e judiciais (COUTO; PERDOSA, 2007). É corriqueiro ouvir falar de pacientes/clientes ou familiares em ações judiciais contra serviços de saúde devido a erros na assistência, iatrogenias e até óbitos que poderiam ser evitados.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios organizacionais de descentralização e regionalização e princípios doutrinários de integralidade, equidade e resolutividade, também demanda atividades gerenciais diferenciadas, com consequente mudanças na organização e na gestão do trabalho. A descentralização promovida pelo SUS e o uso intensivo de tecnologia de ponta são outros fatores que exigem um gerenciamento voltado para a realidade atual (MATOS; PIRES, 2006).

No entanto, na saúde pública também vivemos situações problemáticas no que diz respeito ao financiamento e à gestão desses serviços. O Estado tem sido ineficiente em gerir essas instituições e, mesmo com o aumento na demanda pelos serviços – aumento na população brasileira, aumento da expectativa de vida e do número de doenças crônicas –, os repasses financeiros não aumentaram na mesma proporção, sendo que, em alguns casos, foram reduzidos como uma forma de reduzir "gastos". Dessa forma, deparamo-nos com instituições em situações precárias, pacientes em macas pelo corredor, falta de medicamentos, profissionais sobrecarregados etc.

Essa nova realidade deu origem a novos mecanismos de gestão e passou a exigir perfis profissionais diferenciados, com ampliação das dimensões intelectuais do trabalho, polivalência e multifuncionalidade do trabalhador.

Gerência como processo de trabalho

Nos últimos dois séculos, desde a Guerra da Crimeia, o trabalho gerencial do enfermeiro passou e vem passando por mudanças significativas, recebendo influências da expansão acelerada do capitalismo. Já no final do século XIX, a enfermagem incorporou os princípios de controle, hierarquia e disciplina do taylorismo. A teoria da administração científica, que teve origem a partir de Frederick W. Taylor, baseia-se na aplicação de métodos do positivismo e numa visão racional dos problemas administrativos, visando ao alcance de maior produtividade. Com isso, deu-se início à hierarquização do trabalho, o estudo do tempo de produção para melhorar a eficiência do trabalhador e a decomposição de atividades complexas em partes mais simples (a fragmentação do trabalho).

E, seguindo na história, observamos que as transformações ocorridas no mundo do trabalho na década de 1970 também trouxeram reflexos importantes para o setor saúde, pois a expansão de ideais neoliberais e a rápida globalização fizeram surgir perspectivas de flexibilização dos processos de trabalho e produtos e padrões de consumo.



Assimile

Nos últimos anos, o termo gestão passou a ser amplamente utilizado como termo genérico que sugere a ideia de decidir e dirigir com participação, substituindo o uso do termo administração (MOTTA, 2001). Assim, você poderá encontrar esses dois termos em suas pesquisas, mas aqui utilizaremos apenas os termos gestão ou gerenciamento.

Pensando nisso, também podemos distinguir dois modelos principais de gestão do trabalho de enfermagem: 1 – modelo racional; e 2 – o modelo histórico-social.



Assimile

A enfermagem moderna e a atividade gerencial do enfermeiro surgem da atuação de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia.

Existe uma divisão técnica e social do trabalho em enfermagem, demarcadas pela existência de profissionais de níveis diferentes de formação e classes sociais.

O trabalho em saúde apresenta especificidades que o diferem das demais atividades laborais de outras áreas da sociedade.

O modelo racional fundamenta-se na teoria geral da Administração (TGA), com foco no indivíduo e nas organizações, e supõe a existência de um objetivo geral, que é buscado por todos os segmentos (setores/departamentos) da organização e cujo enfoque é a abordagem taylorista, voltado para a produção em massa, com controle do tempo e produção em série. Além disso, nesse modelo, o

processo de trabalho é fragmentado e há uma clara separação entre quem pensa e concebe o trabalho e quem o executa. Em termos gerais, podemos dizer que o modelo racional pensa o trabalho de forma estável, visando ao crescimento contínuo da produção em um futuro previsível.



Refleta

Será que esse modelo de gestão, que pensa o processo de trabalho de forma fragmentada, consegue prever um cuidado integral ao indivíduo? Esse modelo, que preconiza previsibilidade e estabilidade do processo de trabalho, consegue atender à imprevisibilidade do cuidado em saúde? Podemos dar certeza do prognóstico de nosso paciente? Podemos afirmar com clareza que o cuidado seguirá um processo sempre linear, sem intercorrências?

Vários teóricos perceberam que esse modelo sozinho não atende às características das organizações na atualidade, mesmo quando não se trata de serviços de saúde. E, por isso, a discussão sobre esse modelo avançou para uma perspectiva mais flexível e que aceita a existência de imprevisibilidades, inerentes ao processo de trabalho e à interação humana (FELLI; PEDUZZI, 2015). Nessa perspectiva flexível, a produção passa a ser voltada para a demanda e do melhor aproveitamento do tempo de produção e, ao invés da fragmentação e verticalização, temos foco na horizontalização e no trabalho em equipe. Logo, esse processo de trabalho garantiria que questões imprevisíveis possam ser respondidas em tempo hábil.

Como opção para superar esse modelo racional, surge o modelo histórico-social, no qual o foco passa a ser a abordagem das práticas sociais. Sendo assim, o processo gerencial estende-se para além da organização e do controle dos processos de trabalho, voltando-se também para a democratização das instituições e autonomia dos sujeitos envolvidos, seja o usuário do serviço, seja o trabalhador que exerce o cuidado. Nesse sentido, o processo gerencial em enfermagem é determinado pelo contexto em que se insere o trabalho e também é criador desse contexto, sendo influenciado pelos diferentes sujeitos sociais (CAMPOS, 1994).



Exemplificando

A assistência não pode ser pensada somente com foco na doença (biológico), desconsiderando que o sujeito é uma totalidade biopsicossocial, com seus desejos e vontades próprios. A autonomia e a emancipação do cliente/paciente também devem ser pensadas. Um exemplo claro de aplicação desse modelo de gestão é pensarmos sobre nossas orientações a um paciente diabético. Muitas vezes, incorremos no erro de "despejar" uma série de informações para o indivíduo, sem nos darmos conta se ele entende aquela informação. Um paciente diabético com níveis elevados de glicemia diz para você que não come doce e que, portanto, já faz dieta. Ele desconhece, nesse caso, que a glicose pode ser obtida de outros alimentos.

Assim, quando nos atentamos ao processo gerencial, podemos dimensionar dois objetos de trabalho distintos: a) a organização do trabalho; e b) a gestão do pessoal de enfermagem.

Organização do trabalho

As atividades gerenciais são inerentes às responsabilidades do enfermeiro, seja qual for sua posição/cargo e seja qual for o tipo de instituição onde trabalha, pública ou privada, hospitalar ou ambulatorial.



Pesquise mais

Para entender que a atividade gerencial não se restringe ao ambiente hospitalar e ao cargo de gerente, leia o artigo *O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde*. Esse texto trata de uma pesquisa exploratória descritiva sobre questões relacionadas à gerência nos serviços públicos de saúde. O estudo aponta aspectos que fortalecem as ações gerenciais dos enfermeiros e as fragilidades do trabalho gerencial na Rede Básica de Saúde.

WEIRICH, C. F.; MUNARI, D. B.; MISHIMA, S. M.; BEZERRA, A. L. Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

Isso significa dizer que as habilidades gerenciais devem ser desenvolvidas por todos os enfermeiros, não somente por aqueles que ocupam os cargos de gerência. A gerência em si é uma função administrativa.

Hoje em dia, é comum observarmos a existência do cargo de enfermeiro assistencial, o qual se restringe às atividades de cuidado direto ao paciente, sem que haja colaboradores sobre sua liderança. E, mesmo nesses casos, é necessário que o profissional tenha conhecimentos sobre gestão. Um desses conhecimentos é o planejamento, parte fundamental do trabalho de um enfermeiro e que será discutido mais tarde nesta unidade. É importante que você entenda agora que planejar o trabalho possibilita que ele seja executado com eficiência, eficácia e efetividade, evitando intercorrências ou falhas na assistência.



Exemplificando

Pense sobre a seguinte situação: um paciente sobre seus cuidados evolui com piora no quadro de úlcera por pressão em região sacral. Na última semana, a lesão passou de grau I para grau II. No prontuário do paciente, havia a prescrição de mudança de decúbito (reposicionamento no leito) a cada três horas e massagem com óleo de girassol na região hiperemiada, porém, nos últimos plantões, você não se lembrou de realizar tais cuidados. Assim, a piora no quadro do paciente é sua responsabilidade e isso demonstra uma falta de planejamento das suas atividades no plantão.

Em algumas instituições, o cargo de enfermeiro assistencial pode designar funções em que o profissional tenha colaboradores sobre a sua liderança. Em outras, esse cargo é chamado de supervisor. Você poderá encontrar essas diferentes realidades.

Todavia, no âmbito do trabalho diário, o enfermeiro precisa planejar adequadamente o seu dia. Quais são os pacientes sob sua responsabilidade? Quais são os mais críticos? Quais apresentam prescrição de mudança de decúbito de três em três horas? No setor, há todos os materiais e medicamentos que vou precisar para executar os cuidados? Quantos pacientes têm autonomia para as atividades de autocuidado e quais necessitarão de banho no leito? Que horas

precisa levar o paciente para o setor cirúrgico e, assim, quando devem iniciar os preparos pré-operatórios?

Esse planejamento, coordenação e execução das atividades é o que chamamos de organização do trabalho", um dos objetos do trabalho gerencial do enfermeiro.

Escalando outros cargos, por exemplo, supervisor e coordenador de um ou mais setores, além das atribuições relacionadas à organização do trabalho, começam a surgir funções que se relacionam ao outro objeto de trabalho gerencial, a gestão do pessoal de enfermagem. Ao mesmo tempo, as atividades relacionadas à organização do trabalho passam a ganhar uma dimensão mais ampla, deixando de lado somente a assistência ao paciente para abarcar a coordenação das atividades de todos os trabalhadores daquele turno e/ou setor, bem como a gestão dos espaços físicos, dos recursos materiais, das informações e dos indicadores. É importante que você saiba que tais objetos do trabalho gerencial, organização do trabalho e gestão do pessoal de enfermagem, em determinadas instâncias, têm relação direta e interdependente, uma vez que, por exemplo, discutir intervenções e atividades que impactariam a qualidade da assistência ao paciente (organização do trabalho) perpassa diretamente o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem, as escalas de trabalho, a avaliação de desempenho, a educação continuada, entre outros pontos (gestão do pessoal de enfermagem).

Gestão do pessoal de enfermagem

A liderança é uma competência importante para o trabalho do enfermeiro. De acordo com o artigo 15 da Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, o enfermeiro é responsável pela chefia da equipe de enfermagem e responde pela assistência de enfermagem prestada por essa equipe aos pacientes. O "modo" como esse profissional desempenhará a chefia terá reflexos sobre o relacionamento com a equipe, a satisfação dos pacientes e os resultados obtidos. Esse "modo" diz respeito à capacidade de exercer a liderança, apoiando a equipe, o(s) paciente(s) e seus familiares e a organização onde trabalha, atentando-se para as diretrizes éticas e legais inerentes à profissão. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um raciocínio crítico também é uma competência extremamente relevante, uma vez que o enfermeiro líder deve pensar criticamente antes de tomar qualquer decisão e agir. Ou seja, as atividades

assistenciais e gerenciais requerem que o enfermeiro deixe de lado o "achismo", a intuição e a subjetividade para respaldar-se em conhecimentos científicos, justiça, flexibilidade e na autoridade que desempenha na profissão.

Pensando nesse modelo, podemos distinguir quatro dimensões inerentes à atividade gerencial:

I. Dimensão técnica: relaciona-se aos aspectos gerais e instrumentais do trabalho, como: planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, seja na gestão de pessoas, seja na gestão dos materiais, equipamentos e instalações.

II. Dimensão política: diz respeito à articulação entre o trabalho gerencial e o projeto a que se pretende atender, pautada nas determinações político-ideológicas e econômicas das organizações e dos sujeitos envolvidos no processo.

III. Dimensão comunicativa: refere-se à negociação e à ação comunicativa. Ou seja, diz respeito ao diálogo que se estabelece na relação entre os sujeitos do trabalho ou entre o sujeito e a comunidade. Nessa ação comunicativa, os sujeitos buscam um ponto de acordo que coordene os esforços e atinjam determinada finalidade.

IV. Dimensão do desenvolvimento da cidadania: diz respeito ao processo de trabalho que prevê e produz a emancipação dos sujeitos sociais, seja o cliente/paciente, seja o trabalhador da saúde.

Nos casos em que exerce liderança, é ainda mais comum que o enfermeiro se veja frente a situações problemáticas no cotidiano do trabalho e precise tomar decisões. E essas decisões também precisam estar em acordo com normas, regulamentos e legislações.

Responsabilidade técnica do enfermeiro

A atuação do enfermeiro é cercada por questões éticas e legais, uma vez que a profissão é normatizada por um compêndio de regulamentos que determinam a conduta do profissional de enfermagem: o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais resoluções do COFEn (Conselho Federal de Enfermagem) e COREn (Conselho Regional de Enfermagem).

Em linhas gerais, ética diz respeito ao estudo sistemático de como deve ser a conduta de uma pessoa em relação a si, aos outros e ao meio ambiente. Assim, a ética deve ser considerada parte fundamental da atividade gerencial do enfermeiro e da política organizacional

da instituição, uma vez que a adoção de valores que humanizam a assistência de enfermagem e a relação profissional-cliente/paciente é benéfica para a instituição, para o trabalhador e para a sociedade como um todo.

O enfermeiro depara-se com questões peculiares e mediar essas questões é um desafio que requer pensamento crítico, visto que as decisões tomadas por ele têm impacto direto na qualidade da assistência, na reputação do serviço de saúde, na qualidade de vida do trabalhador e na saúde dos indivíduos e coletividade. Para garantir que as decisões tomadas estejam de acordo com princípios e arcabouços teóricos, regulamentações, normas e legislações e em modelos de tomada de decisão comprovados, existe a Responsabilidade Técnica do Enfermeiro. O enfermeiro Responsável Técnico (RT) é o responsável pela organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem do serviço de saúde, em acordo com o artigo 4 da Resolução COFEN 509/2016. Ou seja, é o profissional que trabalha no serviço e que, junto ao sistema COFEn/COREn, deve estar inscrito como seu responsável. Nesse caso, ele responde ética e legalmente por todas as atividades de enfermagem desenvolvidas na instituição e também tem responsabilidade por garantir que se cumpram todas as determinações do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e das demais resoluções publicadas.



Pesquise mais

Leia com atenção a Resolução COFEn nº 0509/2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Em especial, atente-se para o artigo 10 dessa resolução, que apresenta todas as atribuições do enfermeiro RT. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Sem medo de errar

Como vimos na situação-problema, Adélia buscava compreender quais eram as características da nova realidade em que nos inserimos. Conforme vimos no conteúdo, essa nova realidade é permeada pela

visão da saúde como produto mercadológico, ainda recebendo influências dos modelos capitalistas de gestão, como o taylorismo. Ao mesmo tempo, houve a flexibilização das relações de trabalho e a busca por redução de custos/investimentos, e os clientes/pacientes têm se tornado mais exigentes, buscando serviços de assistência à saúde de qualidade.

Também vimos que a função gerencial é inerente ao trabalho do enfermeiro, independente de cargo ou função que ocupe e do local que exerça sua profissão. Assim, tanto enfermeiros assistenciais como profissional de níveis hierárquicos superiores desenvolvem suas atividades frente a dois objetos de trabalho gerencial, organização do trabalho e gestão do pessoal de enfermagem. Nesse sentido, podemos perceber que tais atividades são mais amplas ou mais estritas de acordo com o cargo em que ocupam. Enfermeiros assistenciais que se dedicam à assistência desenvolvem a gestão pela organização do trabalho em dimensão individual, ou seja, o seu próprio trabalho. Por sua vez, enfermeiros em cargos hierárquicos superiores, além de desenvolverem a organização do trabalho, a desenvolvem em dimensão mais ampla, pois abarcam um número maior de responsabilidades e a gestão do pessoal de enfermagem, na medida em que desenvolvem outras atividades, como a avaliação de desempenho profissional e a escala de trabalho de enfermagem. Por outro lado, existe um profissional que responde ética e legalmente por todas as atividades de enfermagem desenvolvidas em uma determinada instituição, o enfermeiro responsável técnico (RT). Na maioria dos casos, o RT é o gerente de enfermagem da instituição.

Avançando na prática

De quem é a responsabilidade?

Descrição da situação-problema

Logo nos primeiros dias como gerente, Adélia recebeu a coordenadora e duas supervisoras do setor clínico em sua sala. As três enfermeiras estavam muito nervosas e queriam a ajuda de Adélia para solucionar um problema que ocorreu no último plantão. Elas relataram que, durante uma parada cardiorrespiratória no setor, o enfermeiro assistencial José constatou que vários medicamentos e

materiais estavam faltando no "carrinho" de emergência e o único laringoscópio estava com pilhas descarregadas. Isso causou muita correria durante o atendimento ao paciente e o médico plantonista ficou muito irritado com a ocorrência, descontando sua frustração nos profissionais da enfermagem. O enfermeiro José gritou e discutiu com o médico e disse que aquilo não era sua responsabilidade. O médico, então, foi reclamar da ocorrência com a supervisora do plantão, a enfermeira Ana, que jogou a culpa na supervisora do turno, a enfermeira Jaqueline. Ao saber da situação, a supervisora do noturno disse que a responsabilidade de planejar a checagem do carrinho era da coordenadora do setor, a enfermeira Cássia. Em sua defesa, Cássia disse que não havia montado a escala de checagem do "carrinho" de emergência daquele mês, pois estava de férias no mês anterior e ainda não tivera tempo de recolocar a rotina em ordem. Adélia sabe que o empurra-empurra de responsabilidades não terminaria em lugar algum, então, pôs-se a pensar: Quais são as funções gerenciais de cada um desses enfermeiros?

Resolução da situação-problema

Conforme vimos no conteúdo apresentado, mesmo como enfermeiro assistencial, José deveria ter desenvolvido habilidades que pudessem ajudá-lo a prevenir aquela situação. Por sua vez, se as enfermeiras supervisoras Ana e Jaqueline também tivessem exercido suas habilidades de gestão, poderiam ter constatado a ausência da escala de checagem do "carrinho". Da mesma forma, a coordenadora Cássia poderia ter montado a escala previamente às suas férias ou instruído algum de seus colaboradores a montá-la. Em casos como esse, tentar encontrar culpados não ajuda e só cria ainda mais conflitos e desconfiças dentro das equipes. Por isso, Adélia optou por, inicialmente, propor que Cássia priorizasse a montagem da escala de checagem do "carrinho" e teve uma conversa com o médico plantonista que estava presente na ocorrência do problema. A ele, ela explicou o ocorrido e garantiu que o fato não se repetiria. Para evitar que situações similares voltassem a ocorrer, Adélia propôs intervenções a médio e longo prazo. Juntamente aos setores de educação continuada e recursos humanos, formulou um curso de desenvolvimento de competências gerenciais para todos os enfermeiros da instituição. A participação não era obrigatória, porém os participantes e aqueles que obtivessem melhor rendimento no curso

e nas avaliações de desempenho semestrais teriam pontuação maior nos processos seletivos internos. Assim, a avaliação de desempenho profissional passou a conter um item para avaliar a atuação gerencial dos enfermeiros.

Faça valer a pena

1. Nem sempre o cuidado em saúde foi prestado pela equipe de enfermagem como conhecemos hoje em dia. Na Antiguidade, o cuidado era prestado por sacerdotes ou feiticeiras, pois a doença era considerada um castigo de Deus. Mais tarde, o cuidado passou a ser prestado por irmãs de caridade como devoção ou por prostitutas, como punição por seus atos. Somente no XIX surge a enfermagem como profissão assalariada e com um corpo de conhecimento específico. É nesse momento que surge a atividade gerencial do enfermeiro e há o início de uma divisão social e técnica do trabalho de enfermagem.

Qual demarcação histórica faz referência à divisão técnica e social no processo de trabalho de enfermagem que existe até hoje?

- a) A consolidação da enfermagem entre as profissões da saúde após a Segunda Guerra Mundial.
- b) O surgimento da enfermagem moderna com a divisão de atribuições entre dois grupos distintos de profissionais: *lady nurse* e *nurse*.
- c) A adoção do taylorismo como modelo de gestão das indústrias no final do século XIX, quando houve maior foco na produtividade por meio do controle do tempo e da produção.
- d) A globalização da economia e a adoção de recursos tecnológicos pela saúde na era contemporânea, que fizeram surgir a demanda por um novo perfil de profissionais.
- e) A sistematização da assistência à saúde com foco na atenção biopsicossocial, pautada em observações empíricas.

2. O trabalho gerencial do enfermeiro deve ser desenvolvido em qualquer função ou cargo que ocupe, salvo as devidas proporções e seja qual for o tipo de instituição onde exerça sua profissão, pública ou privada, hospitalar ou não.

Com relação ao tema, leia e analise as afirmações a seguir:

I – Em termos gerenciais, o objeto de trabalho de um enfermeiro pode ser categorizado em dois: a organização do trabalho e a gestão financeira da instituição.

II – Existem dois modelos principais para a gerência no processo de trabalho de enfermagem: o modelo racional e o modelo histórico-social.

III – A crítica postulada ao modelo racional de gestão do trabalho de enfermagem reside no fato de que esse modelo concebe o trabalho de forma fragmentada, estável e previsível.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmação(ões):

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) II e III.
- d) I, II e III.
- e) I.

3. O trabalho em saúde é diferente, por exemplo, do processo de trabalho de um pecuarista ou de um operador de máquinas. Nesse sentido, as atividades laborais de um enfermeiro apresentam características diferentes das atividades exercidas por um controlador de estoques de uma empresa de distribuição de alimentos.

Assinale a alternativa que explica **corretamente** um motivo dessas diferenças:

- a) A assistência à saúde é um produto que pode ser produzido em larga escala.
- b) O intuito da transformação do trabalho em saúde é atender às expectativas econômicas e políticas do Estado.
- c) Os profissionais de enfermagem utilizam saberes técnico-científicos, instrumentos e métodos de outras áreas do conhecimento, portanto, sem especificidade.
- d) O trabalho em enfermagem insere-se no setor primário da economia, diferentemente do pecuarista e do controlador de estoques.
- e) O trabalho em enfermagem depende das concepções de saúde e doença da sociedade onde se insere.

Seção 1.2

Instrumentos do processo de trabalho gerencial

Diálogo aberto

Como vimos no início desta unidade, Adélia foi convidada a assumir a gerência do corpo de enfermagem do Hospital Rangel Barreto e tem muitos desafios pela frente na busca pela acreditação da instituição. A instituição tem enfrentado várias queixas quanto ao atendimento, e o número de adesões ao plano de saúde da instituição vem caindo cada vez mais, comprometendo as finanças do hospital. Essa nova função demandará que Adélia compreenda muito bem a realidade do hospital, mais especificamente em termos de números: número de leitos, internações, reinternações, cirurgias, salas cirúrgicas, partos, leitos de recuperação pós-anestésica, óbitos, infecções respiratórias, leitos de isolamento, entre outros. Esses números serão o alicerce para o planejamento de suas ações nos próximos meses como gerente de enfermagem. Adélia também sabe que os profissionais que atuam na instituição reclamam que boa parte do tempo que poderia ser gasto na assistência é empenhado no preenchimento de um grande número de documentos, formulários, fichas, questionários e escalas. Ainda assim, os profissionais também relatam não ter acesso a essas informações quando precisam, pois não sabem onde consegui-las. Adélia tem o intuito de mudar a forma como é feita a gestão das informações na instituição para que haja informações fidedignas sobre a assistência e compartilhadas em tempo real, mas quais são os principais benefícios de um sistema de informação? Como deve ser um sistema de informação em um hospital para que ele auxilie a enfermagem?

Não pode faltar

Sistemas de informação

Nas últimas décadas, principalmente após os anos 1990, percebe-se que o mundo vem passando por uma transição histórica, deixando de ser uma sociedade exclusivamente industrial, pautada na produção

de bens e consumo, para ser a sociedade da informação, baseada na troca constante e grande circulação de informações entre as instituições e as diferentes partes do mundo. Ao mesmo tempo, esse panorama tem gerado maior competitividade entre as organizações, que passaram a focar seus processos na capacidade de adquirir, tratar, interpretar e utilizar informações de forma eficaz, ou seja, investir na gestão da informação (CHIAVENATO, 1999).

Você já deve entender que isso só foi possível com o advento e aprimoramento dos meios de transporte, dos meios de comunicação e da ampliação do acesso à internet. E você também pode pensar que, assim como o computador, a gestão da informação seja recente na área da saúde, porém o processamento das informações é parte do trabalho da enfermagem mesmo antes da existência dos computadores. Desde registros históricos antigos, é possível observar que a enfermagem trabalha com estratégias para recuperar, armazenar e transferir dados de pacientes com o intuito de viabilizar a assistência à saúde. Somente com o passar dos anos é que os avanços científicos agregaram novos conhecimentos e aumentaram significativamente o volume de informações necessárias para o cuidado. Assim, os métodos manuais (anotações, planilhas e formulários escritos, relatórios etc.) deixaram de ser eficientes, pois muitas informações se perdiam ou se apresentavam repetitivas, duplicadas (MARIN, 2000).



Pesquise mais

Quer ter dimensão de um exemplo prático de aplicação de um sistema de informação que pode contribuir para a organização do trabalho em enfermagem?

Leia o artigo indicado a seguir, que demonstra a construção de um sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem (SAE), baseado nas etapas do processo de enfermagem (PE), nas necessidades humanas e para documentação da prática profissional.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-636 ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2017.

Porém, você saberia dizer o que é uma informação? Antes de dar continuidade ao estudo, apresentamos a você alguns conceitos básicos:

a) Dado: consiste no simples registro de fatos, passíveis de serem ordenados e analisados (ex.: registro de um óbito por infecção relacionada à assistência à saúde).



Assimile

Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é um termo mais abrangente do que infecção hospitalar e tem sido utilizado para designar todo e qualquer tipo de infecção adquirida por um paciente em decorrência de uma assistência à saúde, seja ela desenvolvida em ambiente ambulatorial, domiciliar ou hospitalar.

b) Informação: são dados ordenados de forma significativa e coerente para fins de compreensão e análise (ex.: número de óbitos por infecção relacionada à assistência à saúde do tipo respiratória em uma unidade de terapia intensiva nos últimos doze meses).

Assim, a informação é extremamente importante para sustentar o processo de tomada de decisão, tornando-se o apoio básico para as ações desenvolvidas nas organizações (PERES; LEITE, 2011). Ou seja, em posse da informação é possível que o enfermeiro tome a decisão de como agir sobre determinada situação.



Exemplificando

Conhecendo o número de óbitos por IRAS do tipo respiratória em uma unidade de terapia intensiva nos últimos doze meses, os enfermeiros responsáveis pelo setor podem tomar decisões e propor ações com o intuito de investigar as causas e/ou reduzir tal número.

Por sua vez, um sistema de informação compreende um conjunto de métodos organizados que provêm informações às organizações, processando os dados e apresentando-os aos responsáveis pela sua interpretação e otimizando resultados (CARVALHO; EDUARDO, 1998). A implantação de sistemas de informação no setor saúde

trouxe grandes impulsos para a melhoria da gestão, da qualidade da assistência e da satisfação dos clientes/pacientes, isso porque:

I. Amplia a conectividade em toda a organização.

II. Desenvolve métodos de comparação e ferramentas, visando garantir a qualidade e a eficiência a partir da redução de custos.

III. Possibilita o intercâmbio de informações com outras instituições nacionais e internacionais e promove a educação continuada dos profissionais de saúde.

IV. Suporta a tomada de decisões e gera mudanças de padrões e condutas (PERES; LEITE, 2011).

Entre outros benefícios gerados pela adoção de recursos da tecnologia da informação, temos a visualização instantânea e contínua da informação assim que é gerada, possibilitando o acompanhamento em tempo real e a aplicação imediata de ações por diversas instâncias.



Exemplificando

A partir do momento do registro de um paciente na recepção de um hospital, é possível que a enfermaria, o centro cirúrgico, a farmácia, o setor de nutrição, o banco de sangue, o laboratório e a central de materiais tenham o conhecimento dessa internação e consigam, dentro de suas responsabilidades, se programarem e agilizar os seus processos de trabalho.

A enfermagem tem papel fundamental na elaboração, implementação, manutenção e gestão de sistemas de informação, pois atua efetivamente na coleta de dados e na alimentação desses sistemas, bem como depende de informações corretas e em tempo real, tanto clínicas como administrativas, para desempenhar uma grande variedade de intervenções de assistência ao paciente. Logo, é importante que um sistema de informação atenda às demandas da enfermagem.

Um sistema hospitalar integrado deve permitir que um enfermeiro tenha acesso aos resultados de exames laboratoriais e de imagem, à prescrição médica do paciente, à programação diária e semanal do centro cirúrgico, entre outras informações. Desse modo, é

imprescindível uma reflexão profunda acerca de custos e benefícios e apoiar os gestores na escolha de um sistema de informação eficiente, de fácil manuseio, não redundante e que, assim, possa facilitar (e não dificultar) o trabalho do enfermeiro.



Pesquise mais

Gostaria de saber mais sobre o tema? Assista ao vídeo do canal Educa Saúde intitulado *Conceitos e ferramentas da Epidemiologia Sistema de Informações em Saúde SUS*. O vídeo explica a aplicação de alguns sistemas de informações no SUS (SINAN, SIAB, SIASC, SIH-SUS) e como esses sistemas são utilizados na gestão dos serviços de saúde. Disponível em: <https://youtu.be/S9I_Y1qEELI>. Acesso em: 24 mar. 2017.

Fases do planejamento

Planejar faz parte do cotidiano diário. Quando você agenda o horário do despertador, por exemplo, está planejando o horário de acordar e, por consequência, de chegar a um determinado local. Da mesma forma, você planeja o que irá vestir, qual caminho irá tomar para chegar em determinado local, o que irá comer no café da manhã, entre outras decisões. Ainda que ocorra de forma automática, nesse processo, você pondera diversos fatores de acordo com critérios, valores e prioridades. No trabalho, o processo é similar, porém ainda mais sistemático.

De modo geral, no âmbito do trabalho, planejar significa pensar a realidade onde se está inserido, ou seja, todas as nuances que envolvem tal atividade, e propor ações coordenadas que tenham por finalidade um determinado objetivo.

No que se refere à organização do trabalho, um dos objetos de trabalho gerenciais, o enfermeiro faz planejamento desde o início do plantão quando ordena todas as atividades que realizará no turno de trabalho, determinando prioridades por grau de complexidade (pacientes que têm maior dependência demandam mais atividades assistenciais) ou por demandas (ex.: horário de início dos preparos pré-cirúrgicos, encaminhamento para exames etc.).

A introdução do planejamento na saúde surgiu do desejo de os países latino-americanos regularem as necessidades e os recursos

a serem destinados à área da saúde e que poderiam garantir tanto o crescimento econômico quanto a promoção do bem-estar social da população (MATTOS, 1993). Assim, surge o método de planejamento criado pelo Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) por encomenda da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 1960.

O planejamento é concebido a partir de sete fases bem delimitadas: Diagnóstico; Determinação dos Objetivos; Estabelecimento de Prioridades; Seleção dos Recursos Disponíveis; Estabelecimento do Plano Operacional; Desenvolvimento; Aperfeiçoamento.

Fase 1 – Diagnóstico: anteriormente ao planejamento propriamente dito, é imprescindível um diagnóstico da situação apresentada, que servirá de ponto de partida para as demais fases. Sem a análise diagnóstica, corre-se o risco de incidirmos em um planejamento que não atenda ao que se deseja, que não resolva o problema apresentado ou, ainda, que a solução adotada gere um novo problema.

Esse diagnóstico visa à análise da realidade como um conjunto de sistemas dinâmico, ou seja, como elementos que interagem entre si. Estes sistemas podem ser conceituados em duas instâncias: técnica e social. O sistema técnico abarca elementos atrelados à execução dos processos e o sistema social consiste “nas relações entre os agentes responsáveis pela execução das tarefas que transformam a eficiência potencial em eficiência real” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011, p. 40). Nesse sentido, conhecer a realidade como um todo significa conhecer o sistema técnico (recursos financeiros, físicos e materiais disponíveis) e o sistema social (necessidades de saúde da população e seu perfil de morbimortalidade; hábitos e crenças da comunidade; os recursos humanos; as redes de apoio disponíveis na região etc.) que permeiam a situação em questão.

Fase 2 – Determinação dos Objetivos: o objetivo é o que se pretende alcançar em determinado espaço de tempo e a partir dos recursos disponíveis. Esses objetivos devem ser escalonados por níveis hierárquicos, desde as instâncias superiores (planos estratégicos e táticos) até os níveis menores e mais detalhados (planos operacionais) (CHIAVENATO, 1999).



A administração de uma instituição hospitalar pretende reduzir o nível de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) pós-cirúrgicas nos próximos doze meses. Esse seria o objetivo da instância hierárquica superior. Para o alcance de tal objetivo, é preciso que todos os setores hospitalares estejam envolvidos: limpeza, centro cirúrgico, enfermaria de pré e pós-cirúrgico, central de materiais, entre outros. Logo, enfermeiros responsáveis pelo centro cirúrgico podem lançar mão de objetivos mais fragmentados (específicos/decompostos) que estejam relacionados à melhoria dos níveis de infecção, por exemplo, implementar um *checklist* pré-operatório. Para viabilizar que isso ocorra, numa instância inferior à anterior, cada enfermeiro deverá treinar e orientar os demais profissionais do centro cirúrgico sobre o novo protocolo (planos operacionais).

Nesse sentido, o planejamento “deve, assim, constituir-se num todo integrado e estruturado por ações que relacionam, entre si, os vários níveis de objetivos e as múltiplas ações necessárias para alcançá-los em cada instância da organização” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011, p. 42). O objetivo deve ser o mais claro possível, mas também viável dentro do espaço de tempo determinado e com os recursos disponíveis.

Fase 3 – Estabelecimento de Prioridades: após determinar os objetivos, é importante estabelecer ações prioritárias para alcançá-los. Nesse momento, podem surgir propostas de diferentes ações, das quais muitas podem não ser viáveis em termos de recursos e tempo, ou podem não contribuir intensamente para o alcance do objetivo pretendido. Assim, a opção das ações prioritárias atende à lógica de escolher os melhores meios para atingir os fins desejados.

Fase 4 – Seleção dos Recursos Disponíveis: diz respeito à seleção dos recursos materiais, físicos, financeiros e humanos. Os recursos devem ser pensados de forma otimizada, o que significa agrupá-los e redistribuí-los, assim como as tarefas de cada indivíduo e a satisfação deles ao realizá-las.

Fase 5 – Estabelecimento do Plano Operacional: nessa etapa, há o detalhamento das ações no nível inferior da cadeia de trabalho (aqueles que executam as ações), explicitando como cada uma das ações será desenvolvida, o tempo para o alcance dos objetivos

(curto, médio ou longo prazo) para cada uma e a amplitude de cada uma delas, ou seja, para qual ou quais setores/departamentos se orienta.

Fase 6 – Desenvolvimento: é o momento da condução das ações e sua coordenação, a qual é fundamental para garantir a execução das ações previstas no planejamento e evitar ou minimizar conflitos, determinando as responsabilidades de cada sujeito.

Fase 7 – Aperfeiçoamento: nessa fase, deve ocorrer o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas, o que inclui a avaliação e o replanejamento das ações. Logo, mesmo que os gestores acreditem ter realizado o melhor planejamento, algumas ações podem ter sido exitosas, enquanto outras, não. A avaliação não deve ocorrer somente ao final do período estabelecido, mas sim como um processo contínuo e permanente, pois a avaliação visa identificar falhas que podem ser corrigidas de imediato ou apontar a necessidade de ações adicionais.

Planejamento estratégico e normativo

Planejamento normativo é o método criado pelo Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) por encomenda da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 1960. Também é conhecido como método CENDES/OPAS. Esse método pensa o planejamento a partir de uma figura centralizadora do planejador, ou seja, um indivíduo com formação técnica especializada, capaz de utilizar um conjunto de conhecimentos sistemáticos para estudar a utilização dos recursos e nortear a tomada de decisões. Além disso, o método entende a previsão e controle de todas as variáveis – cenário estável, no qual todos os problemas se comportam de forma uniforme – e um único plano de ação capaz de solucionar todos os problemas identificados. Assim, os resultados do planejamento dependem apenas do conhecimento técnico de um planejador, o que desconsidera os conflitos e a negociação política entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de trabalho.

Apesar de forte crítica a esse método de planejamento, ainda faz parte da formação de gestores de saúde. Portanto, é indispensável conhecer tal método e como ele influencia a assistência e o gerenciamento dos serviços de saúde. Ou seja, é importante ressaltar que o planejamento normativo tem seu valor e pode ser efetivo em situações nas quais haja circunstâncias estáveis e problemas bem

definidos. Porém, essa não é a realidade enfrentada nos serviços de saúde, uma vez que os problemas desse setor são complexos, e o ambiente é instável e dinâmico (em constante mudança) (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011).

Por sua vez, o planejamento estratégico situacional (PES) surgiu a partir da rejeição à racionalidade econômica e como alternativa para enfrentar tanto questões políticas e sociais, que são parte inerente de atividades que envolvam uma pluralidade de atores sociais envolvidos, como os conflitos que decorrem das disputas de poder nas organizações.

Os precursores dessa metodologia, Matus (1996) e Testa (1995), postulam que planejar “é a ferramenta que o homem tem para viabilizar a possibilidade de exercer governabilidade diante do próprio futuro; refere-se ao controle e ao empoderamento do ator para a situação que pretende governar” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011, p. 44). Nesse sentido, o planejamento estratégico é visto como uma metodologia orientada para resolução de problemas, na qual o “problema” é uma situação que incomoda um dos atores sociais envolvidos e o incita a buscar soluções e promover mudanças (MATUS, 1996).

O planejamento estratégico fundamenta-se em três aspectos principais, conhecidos como Triângulo de Governo. Nesse triângulo, os vértices representam o projeto de governo (proposta de ação: seleção de problemas e métodos para enfrentá-los), a governabilidade (grau de dificuldade da proposta: o quanto o ator social tem de controle sobre aquela situação) e capacidade de governo (perícia pessoal e institucional: capacidade técnica e intelectual do ator e da instituição para enfrentar a situação).

Também podemos observar que o PES é estruturado em quatro momentos que se inter-relacionam. Esses momentos são denominados e concebidos como:

I. Momento explicativo: consiste no esclarecimento da realidade por meio da apresentação do problema identificado pelo ator social, assinalando o que o causa e como ele ocorre. Nesse momento, é possível elencar diversas hipóteses para a causa do problema e apontar os principais nós críticos, ou seja, os pontos para os quais devem ser orientadas as ações (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011).

Em resumo, o momento explicativo pode ser desenvolvido a

partir das seguintes a seguir, sugerimos que sejam criadas alíneas para os respetivos tópicos, de a) a e), a fim de manter a padronização do material. a) O problema deve ser estabelecido com objetividade e clareza. b) Deve ser apresentado o ator responsável pela concepção e operação das ações. c) A caracterização do problema deve ser exibida, preferencialmente, utilizando indicadores monitoráveis ao longo do tempo (ex.: número de reinternações por IRAS decorrentes de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses). d) Devem ser postas, também, as consequências da continuidade deste problema. e) Uma listagem das principais causas que contribuem para a ocorrência do problema deve ser apresentada.

Nesse método, a listagem das causas dos problemas é apresentada em um fluxograma situacional, disposto em um quadro composto por nove quadrantes. Nesses quadrantes, devem ser expostos os “nós explicativos”. Cada causa é um nó explicativo, o qual pode ser categorizado entre governabilidade (quando a pessoa que planeja tem total controle por tal situação), influência (quando a pessoa que planeja tem capacidade de influenciar quem tem o controle do problema) e “fora do jogo” (área na qual a pessoa que planeja não tem nem controle, nem influência). Os nós explicativos também podem ser categorizados em regras (problemas relacionados a leis e normas documentadas em regimentos e/ou regulamentos), acumulações (problemas de caráter cognitivo relacionados a capacidades ou incapacidades dos envolvidos) ou fluxos (problemas relacionados a fluxos/processos ou ações incorretas).

Quadro 1.1 | Modelo de fluxograma situacional – PES

	Regras	Acumulações	Fluxos
Governabilidade			
Influência			
Fora do jogo			

Fonte: Ciampone e Melleiro (2011).

O uso desse fluxograma facilita definir quais causas listadas serão consideradas nós críticos e analisar o grau de dificuldade que será enfrentado na solução de cada um deles.



Pense sobre o conceito de governabilidade na seguinte situação: no Hospital Rangel Barreto, é obrigação da equipe da limpeza realizar as atividades de limpeza terminal nos leitos após a alta ou transferência de um paciente. Isso sempre deve ocorrer de forma rápida, principalmente quando outro paciente aguarda no pronto-socorro por uma vaga. No entanto, cabe à equipe de enfermagem acionar o serviço de limpeza e informar sobre a vacância do leito e, posteriormente, o enfermeiro deve fazer a conferência da limpeza do leito para liberá-lo. Nos últimos meses, isso tem ocorrido de forma desorganizada, o que tem gerado conflito entre as equipes de enfermagem e limpeza. Adélia tem contato direto com a chefia do departamento de limpeza, Rosana, e, após uma reunião com ela, descobriu que a enfermagem tem demorado para acionar a equipe e sempre pede urgência quando há alguma internação. Ela também soube que há um conflito da equipe de limpeza com o almoxarifado por conta da dispensação de produtos de limpeza. Mas Adélia não tem contato com a administração do almoxarifado, pois esse departamento tem ligação direta com a administração do hospital. Reflita sobre o caso, quais são os possíveis nós explicativos e como eles podem ser categorizados?

II. Momento normativo: nesse momento, é realizada a projeção de cenários futuros para cada problema identificado, distinguindo as melhores possibilidades que podem ocorrer após as ações (variáveis de teto – em geral, são aquelas desejadas e pretendem a solução do problema), as possibilidades em que há manutenção da situação (variáveis de centro – a projeção de que as ações não surtam efeito, mas que mantenham a situação em um mesmo patamar) e as piores possibilidades (variáveis de piso – quando a projeção apresenta as possibilidades de piora na situação com a aplicação de ações). Tais projeções devem levar em consideração o conhecimento técnico dos envolvidos sobre o problema, a capacidade organizativa deles, os recursos financeiros necessários para viabilizar as ações que pretendem solucionar os problemas e, também, é possível determinar os recursos necessários (humanos, materiais e financeiros) para prover as ações, os prazos e metas.

III. Momento estratégico: compreende o esclarecimento da viabilidade de cada ação proposta, mapeando quais profissionais

envolvidos estariam a favor e quais estariam contra o plano de ações proposto. E, principalmente, que tipo de controle cada um detém dos recursos necessários durante a elaboração e execução dessas ações. Nesse momento, é extremamente importante o conhecimento sobre o gerenciamento de conflitos e negociação (retomamos esse assunto nas próximas unidades).

IV. Momento tático-operacional: diz respeito à implantação propriamente dita das ações. Nesse método, entende-se que o “executar” não é linear, ou seja, podem ser necessárias adequações à realidade e recalcular o plano de ações. Também deve ser pensada uma avaliação contínua e permanente, capaz de apontar os impactos de cada ação no dia a dia da organização e, por consequência, redesenhar e realimentar a realidade e propor novas formas de como nela intervir.



Pesquise mais

Leia um importante relato sobre estudo realizado em um ambulatório de especialidades, no qual os pesquisadores avaliaram o impacto da implementação do método planejamento estratégico situacional (PES) de Carlos Matus. No texto, é explicado o passo a passo desse método de planejamento: levantamento de problemas, elaboração de fluxograma situacional explicativo e seleção de nós críticos.

DIAS, R. C.; GIORDANO, C. V.; SIMÕES, F. S.; VARELA, P. Impacto do planejamento estratégico situacional em um ambulatório de atenção especializada. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde** – RGSS, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 83-96, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/7/41>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

É possível concluir que o planejamento estratégico é um método importante de planejamento para propor soluções a problemas complexos e permite ao gestor levar em consideração as consequências de cada ação, as relações de poder dentro das organizações e a viabilidade de cada cenário. Ressalta-se que planejar de forma embasada em metodologias coerentes possibilita que o profissional gestor amplie sua capacidade de análise e qualifica o processo de tomada de decisão, uma vez que o respalda e o

assegura com informações de qualidade e uma visão ampliada sobre a organização e seus processos (CIAMPONE; MELLEIRO, 2011).

Sem medo de errar

Adélia quer mudar a forma como é feita a gestão das informações no Hospital Rangel Barreto, por isso pergunta-se: quais são os benefícios da adoção de um sistema de informação e quais características esse sistema deve ter? A utilização correta e a alimentação de um sistema de informação conseguem ampliar a conectividade em toda a organização e auxiliar na tomada de decisões; também ajudam a desenvolver métodos de comparação e ferramentas que garantam a qualidade e a eficiência a partir da redução de custos; e trocar continuamente informações com outras instituições, promovendo a educação continuada dos profissionais de saúde. Além disso, é importante que um sistema de informação facilite que os profissionais de enfermagem e demais profissionais da instituição tenham acesso rápido a informações fidedignas sobre a assistência e compartilhadas em tempo real, o que colabora para a coordenação eficaz e ágil das ações em diversos departamentos. Os trabalhadores da enfermagem são essenciais para a elaboração, implementação, manutenção e gestão dos sistemas de informação, pois atuam diretamente na coleta de dados e dependem de informações para desempenhar suas atividades assistenciais e administrativas. Assim, um sistema de informação também deve atender à demanda desses profissionais e estar integrado com os diferentes setores e departamentos, possibilitando a troca de informações de modo eficiente. Ao mesmo tempo, deve ser de fácil manuseio, ou seja, mesmo um profissional que tenha mínimo conhecimento técnico precisa conseguir acessar esse sistema e utilizá-lo, e não redundante, o que significa dispensar que os mesmos dados sejam preenchidos diversas vezes.

Avançando na prática

Planejando a implantação de um sistema de informação

Descrição da situação-problema

Agora que já conhece o que é um sistema de informação e as características que esses sistemas assumem na área da saúde, Adélia

quer desenvolver um plano de ações para a implementação de um novo sistema. Para tanto, ela deseja utilizar o planejamento estratégico situacional. Ela ouviu falar sobre esse método de planejamento, porém nunca o utilizou antes. Quais são as etapas desse método e o que compreende cada etapa?

Resolução da situação-problema

O planejamento estratégico situacional (PES) baseia-se no Triângulo de Governo, no qual os vértices representam a proposta de ação, o grau de dificuldade da proposta e a capacidade técnica e intelectual do ator e da instituição para enfrentar a situação. Esse método é estruturado em quatro a seguir, sugerimos que sejam criadas alíneas para os respectivos tópicos, de I a IV, a fim de manter a padronização do material I. Momento explicativo: quando o problema é apresentado e são levantadas diversas hipóteses para a causa do problema. Nesse método, a listagem das causas dos problemas é apresentada em um fluxograma situacional, disposto em um quadro composto por nove quadrantes. II. Momento normativo: quando são realizadas projeções de cenários futuros para o problema identificado, distinguindo o que pode ocorrer após as ações. Nesse momento, devem ser levados em consideração capacidade organizativa e o conhecimento técnico dos envolvidos, os recursos necessários (humanos, materiais e financeiros), os prazos e metas. III. Momento estratégico: quando as ações são avaliadas quanto à sua viabilidade, mapeando quais profissionais estariam a favor e quais estariam contra as ações propostas. IV. Momento tático-operacional: quando há a implantação propriamente dita das ações. As ações devem ser avaliadas continuamente para que se possa conhecer o impacto de cada uma no cotidiano da empresa.

Faça valer a pena

1. Um sistema de informação é um conjunto de métodos organizados que prove informações de suporte às organizações, processando os dados e apresentando-os aos responsáveis pela sua interpretação, no caso os gestores. Essas informações, por conseguinte, irão respaldar a tomada de decisões e a otimização de resultados.

A respeito dos benefícios da implantação de sistemas de informação no

setor saúde, assinale a alternativa correta:

- a) Ampliar a conectividade em toda a organização.
- b) Reduzir o número de infecções relacionadas à assistência à saúde.
- c) Fiscalizar o desempenho profissional do trabalhador a partir de rastreamentos.
- d) Viabilizar a troca de informações entre instituições, o que possibilita a redução de investimentos com educação continuada.
- e) Elaborar ações que assegurem a redução no número de atendimentos.

2. O planejamento normativo ou tradicional surgiu a partir do intuito de países latino-americanos repensarem os recursos destinados à área da saúde para garantir tanto o crescimento econômico quanto a promoção do bem-estar social da população. Esse método de planejamento foi criado na década de 1960 pelo Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) por encomenda da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Esse método ainda faz parte da formação de muitos gestores, porém, atualmente, sua aplicabilidade é criticada por vários teóricos da administração. Quais são as principais críticas a esse método?

- a) A percepção de que há mudanças contínuas nas concepções de saúde e doença e que o trabalho em saúde é uma prestação de serviço.
- b) O entendimento de que o método faz de um cenário instável, no qual todas as variáveis são previsíveis, portanto, há participação social desde a concepção até a execução do planejamento.
- c) O uso indiscriminado de recursos tecnológicos, o que afasta e exclui profissionais que não têm formação nessa área.
- d) O entendimento que o método faz de um cenário de trabalho instável e mutável e a participação da sociedade desde a concepção até a execução.
- e) A existência de uma figura centralizadora, a suposição de controle sobre de todas as variáveis e um cenário estável.

3. No planejamento estratégico situacional (PES), os problemas devem ser identificados com clareza e objetividade, assim como deve ser estabelecida uma listagem com as principais causas para a ocorrência, manutenção ou ampliação daqueles problemas.

Sobre o PES, leia as afirmações a seguir:

- I. O fluxograma situacional é um quadro que contém apenas quatro quadrantes.
- II. No fluxograma situacional devem ser indicados os nós explicativos, ou seja, as causas levantadas para o problema.
- III. Os nós explicativos deverão ser classificados entre governo, desgoverno ou “fora do time”.

IV. Os nós explicativos também devem ser categorizados entre regras, acumulações ou fluxos.

Estão corretas somente as afirmações:

- a) I, II e III.
- b) I, II e IV.
- c) II, III e IV.
- d) II e IV.
- e) I e IV.

Seção 1.3

Gestão da qualidade em saúde e acreditação

Diálogo aberto

Adélia sabe bem que, antes de submeter o hospital a uma auditoria externa para acreditação da ONA, é necessário que sejam revistos vários processos internos, pois há muitas reclamações dos pacientes e familiares sobre a assistência prestada na instituição. Há relatos que vão desde a falta de assistência de enfermagem a pacientes críticos, passando pela limpeza dos leitos até o despreparo das recepcionistas no trato aos clientes e familiares. Pensando nisso, a gerente de enfermagem propôs aos administradores que quinzenalmente haveria reuniões de trabalho com os coordenadores de cada setor (setores de internação clínica; UTI adulto, pediátrica e neonatal; Central de Materiais e Esterilização; Almoxarifado; Limpeza; Farmácia Hospitalar; Hotelaria; Educação Continuada; Qualidade; Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho; Centro Cirúrgico; e os representantes da CIPA) para determinar os nós-críticos de cada situação-problema e viabilizar um planejamento que possibilite mudanças. E, antes de ir para a primeira reunião, Adélia se pôs a pensar: Quais são os principais indicadores de qualidade de um serviço de saúde? Quais são os padrões de acreditação auditados no Nível 1 da ONA, cujo princípio norteador é a segurança?

Não pode faltar

Qualidade em saúde

A busca por qualidade sempre esteve presente nas ações humanas ao longo de nossa história. Isso ocorria desde as produções artesanais rudimentares dos nossos ancestrais e continua ocorrendo nas atividades complexas de hoje, como é o caso da prestação de serviços de saúde com a incorporação recursos de alto grau tecnológico.

Em decorrência da complexidade que permeia o termo qualidade, diferentes definições foram elaboradas para explicar tal conceito.

Porém, é possível observar que muitos profissionais utilizam o termo de forma errônea, a partir do senso comum. Isso pode ocasionar equívocos e restringir a percepção de qualidade a fatores inadequados, como: brilho, luxo, beleza, cor, entre outros. Todavia, o entendimento moderno de qualidade surgiu apenas após a Segunda Guerra Mundial (PALADINI, 2012).

O estatístico norte-americano Edwards Deming foi um dos primeiros referenciais de controle de qualidade no mundo. Convidado para trabalhar no Japão, Deming fez suas primeiras considerações importantes a respeito da qualidade ao identificar erros desnecessários nas etapas produtivas das indústrias (DEMING, 1990). Aos poucos, a gestão da qualidade alcançou o setor de serviços e, posteriormente, a área da saúde (VIANA; SILVA, 2011).

Um conhecido marco histórico da ascensão desse conceito no cenário das instituições de saúde foi a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), em 1951, nos EUA. Posteriormente, em 1988, essa comissão ampliou seu campo de atuação e passou a ser conhecida, como é até hoje, por *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). A partir de sua criação, a JCAHO passou a desenvolver padrões de desempenho, critérios e indicadores de qualidade, convergindo junto a uma preocupação mundial com a qualidade dos serviços de saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998). No entanto, nessa época, as metodologias de gestão da qualidade tinham seu enfoque apenas na aplicação de métodos estatísticos exatos.

Ainda na década de 1980, Avedis Donabedian, um pediatra armênio, inovou ao expandir o conceito de qualidade para além do controle estatístico. Para ele, a qualidade representa o processo pelo qual se obtêm os maiores benefícios, com os menores riscos e a partir da utilização de uma quantidade aceitável de recursos.



Exemplificando

Pensando em termos assistenciais, segundo Donabedian, o cuidado em saúde deveria promover o máximo de bem-estar ao paciente, levando em consideração um equilíbrio ideal entre benefícios e riscos e custos desse cuidado. Obviamente, nem sempre é tão simples pensar questões de cuidado por um ponto de vista administrativo, pois o cuidado da vida

humana envolve questões éticas. Suponha o seguinte: se houvesse um tratamento cirúrgico experimental que custasse milhões e tivesse apenas 10% de chance de cura em um paciente terminal de câncer, ele deveria ser custeado pelo governo? E se esses mesmos milhões pudessem, ao invés disso, custear o tratamento de mais de cem pessoas com câncer em estado inicial e com 60% de possibilidade de cura?

Donabedian (2003) também descreveu os sete pilares da qualidade, que são:

a) Eficácia: o melhor que se pode realizar nas condições ideais, dado o estado do cliente, ou seja, o cuidado a ser feito.

b) Efetividade: estado em que o cuidado atinge os níveis estabelecidos como alcançáveis na eficácia.

c) Eficiência: é o cuidado que agrega eficácia e efetividade na relação com os custos, logo, entre duas possibilidades, a mais eficiente é a de menor custo.

d) Otimização: significa a medida de custo em que adicionar mais ações para alcançar melhores benefícios é desproporcional ao custo.

e) Aceitabilidade: diz respeito à adaptação do cuidado em saúde às expectativas, desejos e valores dos clientes/pacientes e seus familiares. Tem relação com os conceitos anteriores e as características da relação profissional de saúde-cliente/paciente.

f) Legitimidade: faz referência à aceitabilidade do cuidado em saúde da forma como a sociedade em geral entende que ele deveria ser e ocorrer.

g) Equidade: princípio norteador que determina o que é justo na distribuição do cuidado e de seus benefícios. Faz parte do que torna o cuidado em saúde aceitável e legítimo perante a sociedade.

Nesse sentido, podemos dizer que:

a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos mesmos, considerando-se



essencialmente os valores sociais existentes. (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASI, 2011, p. 770).

Podemos considerar que outro importante marco histórico ocorreu na Suíça do final da década de 1980, com a publicação das normas da Organização Internacional para Padronização (*International Organization for Standardization* – ISO), difundindo a padronização das práticas e ampliando a internacionalização dos conceitos de qualidade (MACHADO, 2001). Surge, então, o certificado ISO para garantir que uma instituição cumpra as normas de gestão da qualidade estabelecidas e aceitas internacionalmente.

Já na década de 1990, Donald Berwick, pediatra norte-americano, fez as primeiras adaptações dos princípios de qualidade para a saúde e publicou o livro *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*, que oferece exemplos práticos de aplicação das ferramentas da qualidade na saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998). Berwick (1994) entende que a qualidade da assistência à saúde pode ser percebida como a satisfação das necessidades do cliente/paciente, levando em consideração que ele é o objeto central para o qual se voltam as estratégias e participa ativamente desse processo, avaliando os resultados alcançados e as atitudes dos profissionais de saúde no tratamento recebido.

Do mesmo modo, Nogueira (1994) afirma que aperfeiçoar a qualidade deva ser uma preocupação constante dos gestores e dos demais atores envolvidos para garantir maior nível de satisfação daqueles que necessitam do serviço.

Nos anos seguintes, a Federação Latino-Americana de Hospitais desencadeou um movimento que propôs a melhoria da qualidade na assistência e avaliação dos serviços de saúde por meio dos processos de acreditação, o que culminou na elaboração do Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (SCHIESARI, 1999).



Pesquise mais

Se quiser entender mais sobre a evolução da qualidade hospitalar, acesse o link a seguir e leia o artigo *História da evolução da qualidade hospitalar*:

dos padrões à acreditação. Trata-se um apanhado histórico sobre o início da avaliação da qualidade nos serviços de saúde decorrente de uma revisão da literatura sobre a padronização da Qualidade e o processo de avaliação pela Acreditação Hospitalar.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

Qualidade/avaliação

As recentes transformações socioeconômicas e culturais pelas quais nossa sociedade vem passando, principalmente com a rápida difusão de informações e a crescente incorporação de recursos tecnológicos no nosso cotidiano, contribuíram para que os prestadores de serviços, nos quais se incluem os serviços de saúde, percebessem mudanças no comportamento de seus clientes. Logo, passou a ser necessário dar maior enfoque à qualidade do serviço para que esse possa atrair novos clientes e atender as suas necessidades.

Na área da saúde, observamos clientes cada vez mais exigentes, que buscam um atendimento resolutivo, rápido e seguro, mas sem deixar de contrabalancear os custos dele (SAVASSI, 2012). Assim, não podemos nos limitar a pensar a assistência como “fazer o melhor possível”; é preciso e inevitável avaliar como são alcançados os objetivos propostos pela instituição.

Avaliar é realizar um julgamento sobre aquele aspecto avaliado com base em parâmetros e critérios bem estabelecidos e expor um valor para tal avaliação (exemplo: péssimo, regular, bom, muito bom, excelente). Ao mesmo tempo, avaliar compreende uma estratégia técnico-administrativa importante para embasar o processo decisório, tornando-o racional e efetivo (TANAKA; MELO, 2001).

Quando se trata de avaliação, Donabedian (2003) enfatiza que a qualidade do cuidado em saúde não é uma característica abstrata. Ou seja, é construída pela avaliação de três dimensões:

I. Estrutura: aquilo que é relativamente estável nas instituições

(materiais, área física, recursos humanos, modelo organizacional etc.).

II. Processo: o conjunto de atividades desenvolvidas desde a que o paciente busca a assistência até seu diagnóstico e tratamento.

III. Resultado: o alcance daquilo que se desejava com a assistência à saúde do cliente ou população.

Além desses quesitos, Donabedian (1992) também ressalta a importância da participação do usuário na avaliação dos serviços de saúde.

Dentre as ferramentas mais utilizadas na avaliação dos processos de um serviço de saúde, temos:

a) Folha/lista de verificação: listagem elaborada para a verificação de um processo.

b) Brainstorming: do inglês, tempestade de ideias, técnica de geração de ideias que estabelece a necessidade da contribuição espontânea dos membros do grupo.

c) Diagrama de causa e efeito: analisa a relação entre um efeito e as possíveis causas, também conhecido como diagrama de Ishikawa.

d) Diagrama de Pareto: identifica as principais questões envolvidas em uma situação e demonstra, por meio de representações gráficas, os itens que possuem maior representatividade.

e) 5S: sistema derivado do modelo japonês, *Seiri* (separar o que é necessário do desnecessário), *Seiton* (organizar, ordenar, cada coisa em seu devido lugar), *Seiso* (manter o ambiente agradável e livre de sujeira), *Seiketsu* (simplificar e padronizar as atividades), *Shitsuke* (disciplinar-se, estabelecer compromissos, manter bons hábitos e a ordem). Esse sistema procura sensibilizar as pessoas e reorganizar processos de trabalho.

f) Ciclo PDCA: também conhecido como ciclo de Shewahrt ou ciclo de Deming, foca-se no aprimoramento contínuo por meio do planejamento. É dividido em quatro etapas: P (*Plan*, planejar), D (*Do*, fazer), C (*Check*, checar) e A (*Action*, agir).



Assimile

Você sabia que existe o PDCA e PDSA? Essa adaptação do ciclo de Deming não propõe somente a mudança de uma letra, mas do processo

que envolve essa etapa. No caso do S, que representa *Study* (Estudar), a etapa discorre sobre um estudo mais detalhado da situação para melhor compreendê-la e propiciar, assim, uma melhoria ao que se planeja. Também se ressalta aqui a importância de conhecimentos baseados em evidências e o desenvolvimento da formação continuada.

PDCA: *Plan* (Planejar); *Do* (Fazer); *Check* (Verificar); e *Act* (Agir).

PDSA: *Plan* (Planejar); *Do* (Fazer); *Study* (Estudar); *Act* (Agir).

Indicadores de qualidade

Na avaliação dos serviços de saúde, é possível observar uma tendência à construção de indicadores. Indicadores são unidades de medida quantitativa que podem ser utilizadas como direção para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e/ou gerencial. Nesse sentido, Bittar (2001) afirma que indicadores de saúde são medidas que buscam sintetizar características variadas acerca do estado de saúde de uma determinada população. Entre os principais indicadores de qualidade hospitalar, temos: Taxa bruta de infecções; Taxa de cesáreas; Taxa de cirurgias desnecessárias; Taxa de complicações ou intercorrências; Taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica, respiratória, urinária, entre outras.); Taxa de mortalidade geral hospitalar; Taxa de mortalidade institucional; Taxa de mortalidade materna hospitalar; Taxa de mortalidade operatória; Taxa de mortalidade pós-operatória; Taxa de mortalidade por anestesia; Taxa de mortalidade transoperatória; e Taxa de remoção de tecidos normais.

Nesse momento, voltamos a reiterar a importância dos sistemas de informações para a instituição. Esses serão extremamente necessários no processo de formulação desses indicadores de qualidade.

Auditorias internas e externas de qualidade

Como método de avaliação da qualidade do serviço prestado pela organização de saúde, ela pode optar por realizar auditorias e submeter seus processos a avaliações. Essas auditorias podem ser realizadas pela própria instituição (interna) – muitas organizações apresentam setores e profissionais específicos para avaliar a qualidade

– ou por uma outra instituição contratada (externa). Nesse último caso, a instituição que deseja ser auditada contrata uma empresa especializada para que ela realize consultorias e avaliações com o intuito de certificar a qualidade da instituição.



Refleta

Pense no que leu até aqui e reflita: O que define a qualidade de um serviço? Quais são os critérios adotados para certificar que uma instituição tem qualidade na prestação de assistência à saúde? Cada empresa pode avaliar da forma que deseja e a partir de critérios particulares ou existem padrões estabelecidos?

No que tange aos processos de avaliação externa da qualidade, o processo de acreditação tem se tornado o método mais aceito nacional e internacionalmente. Esse é um método de avaliação periódica das organizações de saúde que pretende identificar a existência de padrões definidos para a estrutura, para os processos e para os resultados desses serviços e desenvolver uma cultura de qualidade nessas organizações.

Atualmente, três organizações se destacam na monitoração da qualidade dos serviços de saúde hospitalares no Brasil e certificam as instituições com selos de qualidade. São elas: a ONA (Organização Nacional de Acreditação), a organização americana *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) e a organização canadense *Canadian Council on Health Services Accreditation*. Essas instituições são responsáveis por pesquisar e definir os critérios utilizados para a avaliação e certificação da qualidade das instituições. Isso significa que não são essas instituições as responsáveis pelo processo de auditoria da qualidade de uma organização que deseja ser acreditada. Como vimos anteriormente, a empresa que deseja ser auditada contrata uma empresa especializada para avaliar e certificar a sua qualidade. Suponha que a empresa contratada adote os padrões de qualidade determinados pela ONA e é autorizada por ela a realizar o processo de acreditação. Ao término do processo de acreditação, a empresa contratada poderá conceder a instituição auditada o selo de acreditação da ONA.

Atualmente, existem seis empresas credenciadas que realizam o processo, auditoria de qualidade para o processo de acreditação da ONA (ONA, s.d.).



Pesquise mais

No link a seguir, você pode acessar o site da ONA e visualizar quais são as empresas autorizadas a atuar como instituições acreditadoras. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/28/Instituicoes-Acreditadoras>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

Sistemas de acreditação

As instituições de saúde têm como principal missão promover o atendimento ao cliente de forma adequada e segura. Dessa forma, a instituição precisa promover a melhoria contínua de seus processos para garantir qualidade, tanto na área assistencial como na área administrativa (BRASIL, 2002).



Pesquise mais

A acreditação é um sistema muito importante para a gestão da qualidade. Quer entender mais sobre o tema? Assista ao vídeo *Acreditação: o que é e qual sua importância*, no qual o diretor do Hospital Geral de Caxias do Sul, Sandro Junqueira, o diretor do Inst. do Câncer do Hospital Mãe de Deus, Carlos Henrique Barrios, o líder do grupo de pesquisa em Urologia da UFCSPA, Ernani Luis Rhoden, o diretor de laboratório de Reprodução Humana Assistida, Nilo Frantz, o oncologista clínico do Hospital de Barretos, Pedro H. A. de Souza, o ginecologista, Haley Calcagnotto dos Santos, e a farmacêutica bioquímica gerente de qualidade do Laboratório Alfa, Luiza Detânico, explicam os processos de acreditação e a implantação desse sistema em suas instituições. Disponível em: <<https://youtu.be/kszXFNxaUnA>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

No Brasil, foi fundada, em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma sociedade civil sem fins lucrativos, reconhecida pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA e que tem sua atuação gerida pelo Sistema Brasileiro de Acreditação. É esse sistema que define a metodologia de avaliação e os padrões de qualidade

– os quais foram elaborados com base em manuais de acreditação conceituados da América Latina, Europa e Estados Unidos – e o treinamento dos multiplicadores e facilitadores (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

O processo se pauta em três princípios: é voluntário, ou seja, não tem caráter obrigatório e deve ocorrer por escolha da organização de saúde; é periódico, com avaliações contínuas da organização para a certificação e após; é reservado, isto é, as informações da organização de saúde coletadas pelas instituições acreditadoras não são divulgadas. Além disso, a organização precisa cumprir alguns requisitos básicos para se submeter ao processo de acreditação. São eles: a organização precisa estar legalmente constituída há mais de um ano; apresentar alvará de funcionamento, licença sanitária e demais licenças pertinentes; apresentar registro do médico responsável pela organização.

Os processos de acreditação são compostos por três etapas: Diagnóstico Organizacional; Certificação; e Manutenção da Certificação. Na primeira etapa, a instituição acreditadora contratada realiza uma auditoria inicial, apontando as condições em que os processos da organização de saúde se encontram e quais precisam ser melhorados para o alcance da acreditação. Na maioria dos casos, a contratação do diagnóstico inicial é opcional.

A etapa seguinte, Certificação, consiste na atividade de avaliação propriamente dita da organização com fins de certificação. A ONA possui três níveis de classificação da acreditação: Acreditado (1), Acreditado Pleno (2) e Acreditado com Excelência (3). Todos os níveis devem ter os processos auditados conforme o Manual Brasileiro de Acreditação (disponível on-line).

Para que a organização obtenha a certificação nível um, Acreditado, seus processos devem garantir a segurança do paciente, seja no que se refere à sua estrutura, seja na execução e acompanhamento dos processos assistenciais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), o conceito de Segurança do Paciente refere-se à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.

O Ministério da Saúde orienta a adoção de seis metas internacionais de segurança do paciente (TOBIAS et al., 2016). São elas: identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre

profissionais da assistência; melhorar a segurança das medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas.

A instituição que cumpre essas metas e é avaliada positivamente recebe a certificação ONA nível 1 – Acreditado, com validade de dois anos.

No nível dois, Acreditado Pleno, a instituição deve continuar cumprindo com as metas do nível anterior e passar a dispor de um sistema de planejamento e organização com foco na gestão integrada e protocolos estabelecidos para todos os procedimentos da instituição. A validade desse certificado também é de dois anos.

O nível três, Acreditado com Excelência, é considerado o nível de “Excelência em Gestão”. Nesse nível, a instituição deve atender aos requisitos dos níveis anteriores e passar a construir uma cultura organizacional de busca contínua de melhoria, com resultados positivos e um desempenho que engloba toda a organização. Os resultados devem estar baseados em indicadores reais e desejados e alinhados ao planejamento estratégico da organização. Por sua vez, as ações de melhorias contínuas devem estar baseadas na análise correta e criteriosa desses indicadores. A validade desse certificado é de três anos (ALASTASICO; TOLEDO, 2013).

Após a certificação, inicia-se a etapa de Manutenção da Certificação. Nessa etapa, a instituição precisa manter durante dois ou três anos (de acordo com o prazo de validade do certificado) o mesmo desempenho ou apresentar desempenho melhor do que avaliado no processo de certificação. Caso contrário, a certificação pode ser cancelada. O mesmo ocorre se a instituição se recusar a receber a visita dos avaliadores.

Os avaliadores podem realizar visitas extraordinárias, periódicas e obrigatórias, sejam agendadas ou não. As visitas de manutenção extraordinárias somente ocorrem quando há um evento sentinela notificado ou denunciado. Evento sentinela é um erro na assistência que ocorre de forma inesperada e envolve óbito, lesão física ou psicológica ou o risco de sua ocorrência. Esse evento precisa ser investigado imediatamente para evidenciar fragilidades no processo relacionado ao erro e criar um plano de ação para a melhoria.

O evento sentinela é classificado em graus. O Grau 1 corresponde àquele em que houve o comprometimento da saúde de um profissional, cliente ou paciente, resultando em óbito. Esse evento deve ser notificado à ONA em 48 horas em plataforma web específica. O Grau 2 corresponde ao comprometimento da saúde de um profissional de saúde ou cliente gerando dano permanente. Por sua vez, o Grau 3 corresponde a evento em que ocorreu comprometimento temporário da saúde do profissional ou cliente. Por fim, o Grau 4 corresponde a eventos que aconteceram, porém que não atingiram o profissional, nem o cliente. Os eventos de graus 2 a 4 devem ser tratados internamente, porém devem estar disponíveis para análise durante as visitas da instituição acreditadora. As análises são feitas de forma educativa e não punitiva, orientando os gestores a traçar planos de ação para evitar que os eventos ocorram novamente (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Avançando na prática

Iniciando o processo de acreditação

Descrição da situação-problema

Na reunião desenvolvida por Adélia com os demais coordenadores de departamento do Hospital Rangel Barreto, todos se prontificaram a trabalhar juntos para melhorar os indicadores do hospital e adotar melhorias em seus setores para dar início ao processo de acreditação do hospital. Agora, Adélia se pergunta: Quais são os requisitos básicos para dar entrada no processo de acreditação? Quais são as etapas iniciais desse processo?

Resolução da situação-problema

Adélia, nova gerente de enfermagem do Hospital Rangel Barreto, está em busca do selo de acreditação da ONA. Para dar início ao processo de acreditação, Adélia se pergunta: Quais são os requisitos básicos para que a organização inicie um processo de acreditação hospitalar? Quais são as etapas desse processo?

Antes de mais nada, é importante saber que o processo se baseia em três princípios. Ele é voluntário, ou seja, deve ocorrer por escolha

da organização de saúde; é periódico, com avaliações contínuas da organização para a certificação e após; e é reservado, o que significa que as informações da organização de saúde coletadas não são divulgadas. Os requisitos básicos para submeter a organização ao processo de acreditação são: estar legalmente constituída há mais de um ano; possuir alvará de funcionamento, licença sanitária e demais licenças pertinentes; e apresentar registro do médico responsável pela organização.

A instituição que deseja ser auditada deve contratar uma empresa especializada para que ela realize consultorias e avaliações com o intuito de certificar a qualidade da instituição. Basicamente, os processos de acreditação são compostos por três etapas: Diagnóstico Organizacional (opcional); Certificação; e Manutenção da Certificação. Na primeira etapa, a instituição acreditadora realiza uma investigação inicial para apontar as condições em que os processos da organização de saúde se encontram e quais precisam ser melhorados. Na etapa seguinte, Certificação, ocorre a avaliação propriamente dita da organização com a finalidade de certificá-la. E, após a certificação, inicia-se a etapa de Manutenção da Certificação. Nessa etapa, a instituição precisa manter durante dois ou três anos (de acordo com o prazo de validade do certificado) o mesmo desempenho ou apresentar desempenho melhor do que o avaliado no processo de certificação. Caso contrário, a certificação pode ser cancelada.

Faça valer a pena

1. Na década de 1980, Avedis Donabedian, um referencial importante na área de gestão da qualidade, expandiu o conceito de qualidade para além do controle estatístico. Para ele, qualidade é o processo por meio do qual se obtém os maiores benefícios, com os menores riscos e a partir da utilização de uma quantidade aceitável de recursos.

Esse teórico também é conhecido por descrever os sete pilares da qualidade. Quais são eles?

a) Potência, efetividade, eficácia, avaliação, aceitabilidade, legitimidade e percepção.

b) Eficácia, acurácia, efeito, otimização, aceitabilidade, validade e igualdade.

- c) Autonomia, utilidade, presteza, validade, aceitabilidade, legitimidade e igualdade.
- d) Eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.
- e) Fidelidade, avaliação, eficiência, veracidade, tenacidade, licitude e justiça.

2. A acreditação é um método de avaliação periódica das organizações de saúde que pretende identificar a existência de padrões definidos para a estrutura, para os processos e para os resultados destes serviços e desenvolver uma cultura de qualidade nessas organizações.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o nome de três organizações responsáveis pela monitoração da qualidade dos serviços de saúde em instituições hospitalares, pelo estabelecimento de metodologias de avaliação e padrões de qualidade e pela realização do treinamento dos multiplicadores e facilitadores:

- a) Organização Nacional de Acreditação, *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization* e *Canadian Council on Health Services Accreditation*.
- b) *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization* e *International Organization for Standardization*.
- c) *International Organization for Standardization*, *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization* e *Canadian Council on Health Services Accreditation*.
- d) *Organização Nacional de Acreditação*, *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization* e *International Organization for Standardization*.
- e) *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, *International Organization for Standardization* e *Organização Nacional de Acreditação*.

3. Quando nos referimos à qualidade em saúde, não podemos nos limitar a pensar a assistência à saúde a partir de um resultado final subjetivo, pois é fundamental avaliar como são alcançados os objetivos propostos pela instituição.

Com base no assunto, leia e analise o trecho a seguir:

_____ é realizar um julgamento sobre aquele aspecto avaliado com base em parâmetros e critérios bem estabelecidos e expor um _____ (exemplo: péssimo, regular, bom, muito bom, excelente). Ao mesmo tempo, _____ compreende uma estratégia técnico-administrativa importante para embasar o processo decisório, tornando-o racional e efetivo.

Em seguida, assinale a alternativa cujas palavras completam as lacunas corretamente:

- a) Avaliar / desejo / auditoria
- b) Planejar / conceito / gerir
- c) Decidir / valor / auditoria
- d) Avaliar / valor / avaliar
- e) Pesquisar / conceito / planejar

Referências

ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.

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

BITTAR, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidade1.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. (Orgs.). **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, A. de O.; EDUARDO, M. B. DE P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de Conflitos e Negociação. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0509/2016**. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Brasília, 15 de março de 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-05092016-2_39205.html>. Acesso em: 10 mar. 2017.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. G. Avaliação das Metodologias Certificáveis de Garantia da Qualidade. In: _____. **Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DIAS, R. C.; GIORDANO, C. V.; SIMÕES, F. S.; VARELA, P. Impacto do Planejamento Estratégico Situacional em um Ambulatório de Atenção Especializada. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. n. 1, p. 83-96, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/7/41>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Tradução de Clave Comunicações e Recursos Humanos SC Ltda. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade

hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-9. ago./set. 2005.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 222-226, mar./abr. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a19>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LIEDEKE, E. R. Processo de Trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MACHADO, V. L. **Qualitividade no serviço hospitalar: uma metodologia para avaliação**. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2001.

MALIK, A. M., SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-636, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MARIN, H. F. Vocabulários em enfermagem: atualizações e as novas iniciativas mundiais. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 34-42, 2000.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 8. ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1982.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2017.

MATTOS, R. A. **O processo de construção conceitual do método CENDES-OPS**. Rio de Janeiro, UERJ/MS, 19993.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília, IPEA, 1996.

MEDICAL TV. YOUTUBE. Acreditação: o que é e qual sua importância. Disponível em: <<https://youtu.be/kszXFNxaUnA>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NOGUERIA, P. N. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. ONA. Organização Nacional de Acreditação. (s.d.). Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/28/Instituicoes-Acreditadoras>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 63-69, 2016.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SANTOS, J. L. G., et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SCHIESARI, L. M. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v. 18, p. 356-360, nov. 1992.

TOBIAS, G. C. et al. Knowledge of nurses on the culture of patient safety in university hospital. **J Nurs UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1071-1079, mar. 2016.

TRONCHIN, D. R. M.; MELLEIRO, M. M.; KURCGANT, P. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 542-546, set. 2006.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Economia e saúde. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

WEIRICH, C. F.; MUNARI, D. B.; MISHIMA, S. M.; BEZERRA, A. L. Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto e contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>>. Acesso em 2 nov. 2016.

WHO. World Health Organization. **Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente**. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009.

WHO. World Health Organization. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs**. 1998 Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

Gerenciamentos de equipe e qualidade de vida no trabalho em saúde

Convite ao estudo

Olá, aluno! Seja bem-vindo à nossa segunda unidade de ensino. Nesta unidade, trabalharemos a gestão de equipe a partir da abordagem e discussão do trabalho em equipe, da liderança e da gestão de conflitos e da qualidade de vida no trabalho em saúde.

São corriqueiras entre os profissionais de enfermagem as queixas relacionadas ao trabalho e aos fatores que desgastam os trabalhadores, tanto física como mentalmente. Pensar a gestão de equipe, antes de tudo, é pensar a qualidade de vida do trabalhador. Apesar de ser um conceito considerado subjetivo e abstrato, a qualidade de vida no trabalho deve ser ponderada na gestão dos serviços de saúde e avaliada continuamente por instrumentos de coleta de dados.

Muitas queixas também dizem respeito à forma como os enfermeiros fazem a gestão da equipe e como percebem e atuam promovendo ou não o trabalho em equipe. Liderar uma equipe compreende entendimentos mais amplos do que simplesmente comandar e trabalhar em equipe; significa algo maior do que apenas trabalhar em um mesmo local e buscar um mesmo objetivo. Nesse sentido, um eficaz trabalho em equipe e em equipe multiprofissional na área de saúde tem ainda mais relevância, pois somente por meio de um trabalho colaborativo podemos prover um cuidado que atenda ao paciente/cliente de forma integral, humanizada e resolutive.

As responsabilidades do enfermeiro nesses processos tornam-se cada vez mais importante no cenário atual, tendo

em vista que a excessiva busca por produtividade e qualidade na assistência à saúde expõe os trabalhadores à sobrecarga de trabalho e aos estresses contínuos.

Os temas desta unidade auxiliarão você a entender o cenário atual e como a qualidade de vida impacta o processo de trabalho na enfermagem, bem como o que se entende por trabalho em equipe e liderança e como devem ocorrer. Para tanto, trabalharemos os temas segundo a divisão das seções a seguir:

Na Seção 2.1, faremos uma análise e discutiremos a gestão de equipe, a gestão de equipe de enfermagem, o trabalho em equipe e em equipe multiprofissional.

Na Seção 2.2, estudaremos um tema importante para o desenvolvimento de habilidades gerenciais, a liderança e os estilos de liderança, a origem e a gestão de conflitos através do processo de negociação.

Na Seção 2.3, discutiremos qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho em enfermagem, com enfoque para a saúde e segurança no trabalho e atenção para a ocorrência do Bournout, da depressão e do estresse entre os profissionais de enfermagem.

Ao longo da unidade, apresentaremos vários exemplos e disponibilizaremos conteúdos complementares para que você amplie seus conhecimentos sobre os temas. Assim, convidamos você para desenvolver essas competências que farão diferença na sua atuação profissional como enfermeiro.

Vamos continuar caminhando juntos nesta jornada.

Seção 2.1

Gestão da equipe de enfermagem

Diálogo aberto

O Hospital Rangel Barreto é uma tradicional instituição filantrópica de médio porte que oferece assistência à saúde em diversas especialidades. Apesar da tradição na região, o hospital vem passando por uma grave crise financeira devido à perda de clientes de seu plano privado e as repetidas reclamações sobre a qualidade da assistência prestada na instituição, tanto no SUS como nos setores de internação particular (clientes do plano privado *Rangel Saúde*).

Adélia assumiu há pouco tempo o cargo de Gerente de Enfermagem e, desde então, tem feito várias investigações e constatações diagnósticas para preparar a instituição para um processo de acreditação hospitalar. Ela já tem conhecimentos sobre o processo de acreditação, mas, antes de dar início ao processo, solicitou junto à administração do hospital que pudesse realizar reuniões de trabalho quinzenais com todos os coordenadores de setor. Essas reuniões têm sido produtivas e todos os envolvidos parecem estar bastante motivados para que o hospital melhore a qualidade nos serviços prestados e obtenha o selo de qualidade da ONA.

Apesar de toda a motivação dos coordenadores, Adélia percebeu que ela não se estende aos demais colaboradores da instituição. Em reuniões com os enfermeiros, técnicos e auxiliares de cada setor, observou que muitos têm reclamações recorrentes sobre a atuação dos líderes e das equipes, pontuando que não trabalham como deveriam, não havendo confiança entre os membros nem cooperação entre os membros e as equipes (tanto dos turnos de trabalho como de outros setores) no desenvolvimento das atividades assistenciais. Isso tem gerado queda no desempenho das equipes e dado ênfase ao trabalho individual e fragmentado.

Após ler muito sobre acreditação, Adélia sabe que dois aspectos são extremamente importantes: a mudança na cultura organizacional e a motivação para que haja trabalho em equipe em busca das melhorias desejadas. Nesse sentido, ela se pergunta: quais são as características de um trabalho em equipe? Como fazer com que pessoas tão diferentes trabalhem em equipe?

Não pode faltar

Gerenciamento de equipe

É fato que não há uma fórmula mágica para gerir equipes, nem mesmo um modelo ideal, mas alguns fatores são fundamentais para o melhor funcionamento de uma equipe de trabalho. Entre os apontamentos de especialistas, temos:

a) Equipes pequenas funcionam melhor, sendo ideal que haja até 10 pessoas, pois, assim, todas podem saber o que motiva cada uma e o líder pode conhecê-las bem e interagir.

b) Todos os membros precisam estar alinhados com o objetivo que precisam alcançar e quais caminhos devem percorrer para isso.

c) A equipe deve ter composição multifuncional, ou seja, reunir pessoas com diferentes talentos que se complementam. É mais fácil obter cooperação quando cada uma compreende o trabalho da outra.

d) Os membros de uma equipe devem trabalhar próximos uns dos outros e ter reuniões frequentes, pois o contato pessoal ajuda a criar maior vínculo, afetividade e abertura entre as pessoas.

e) A comunicação entre a equipe deve ocorrer de modo transparente e objetivo. É necessário que as pessoas expressem suas ideias com sinceridade, pois esse compartilhamento é extremamente importante para o crescimento da equipe. Os conflitos devem ser resolvidos no seio da própria equipe antes que se tornem problemas maiores. Cabe ao líder ter sensibilidade para perceber os conflitos e colaborar para a resolução desses.



Exemplificando

A comunicação fluida e transparente facilita que haja confiança e evita interferências e ruídos de entendimento entre os membros da equipe. Imagine que você tenha um chefe bastante ríspido e enérgico e que toda comunicação realizada na "equipe" cause grandes problemas, pois cada membro interpreta a informação à sua maneira. Com a comunicação atravessada entre os colegas, logo, uma informação simples se torna motivo de conflito e hostilidade. Qual seria o seu desejo em comunicar ao líder que um procedimento está sendo realizado de forma incorreta pela equipe? Quanto de confiança você teria nessas pessoas? Você se sentiria confortável em trabalhar nessa "equipe"?

f) Os membros da equipe e a própria equipe devem ser avaliados e se autoavaliar constantemente. Também devem ser reconhecidos e recompensados quando obtêm os resultados pretendidos. Isso estimula a cooperação entre as pessoas.

g) Equipes mistas costumam ter melhores resultados. Por exemplo, juntar pessoas de diferentes idades em uma equipe, pois, em geral, os mais jovens são mais inovadores e os mais velhos têm maior competência para o trabalho em equipe.

h) A equipe deve ter momentos programados de descontração e/ou de lazer entre os membros, pois isso melhora o relacionamento e a convivência entre eles.

i) Promover oportunidades para o desenvolvimento dos membros da equipe, seja delegando novas tarefas e responsabilidades e acompanhando os resultados, por meio de cursos e educação permanente, seja convidando pessoas externas para colaborar em determinadas situações.

j) Manter e promover a autonomia profissional, dando ênfase às competências de cada um, sem supervalorizar uma profissão ou atividade em relação às demais.

k) Em equipes em que a liderança não está atrelada a um cargo de chefia (ex.: equipe multiprofissional), é possível alternar a liderança entre os membros. Essa prática é saudável e estimulante, pois contribui para o desenvolvimento dos membros da equipe (BERGAMINI, 2009; BOOG, O; BOOG, M., 2008; CHIAVENATO, 1994; MOSCOVICI, 2003; MOSCOVICI, 2008; PEDUZZI, CAMPIONE; 2011; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

De modo geral, é importante focar o trabalho em equipe como método de otimizar os resultados e dar atenção ao modo como a equipe promove a criatividade, toma decisões e enfrenta as resistências. A liderança e os relacionamentos entre os membros do grupo estão intimamente relacionados à motivação e os resultados da equipe e afetam seu funcionamento. Ou seja, uma adequada comunicação e a cooperação entre os indivíduos promove maior satisfação no trabalho e gera confiança entre os membros, o que, por consequência, reduz o número e a intensidade dos conflitos.

Trabalho em equipe

Muitos grupos de trabalho se denominam equipe, porém ainda é raro perceber aquelas que realmente trabalham como equipe. Ou seja, nem todos os grupos de pessoas são equipes. Um grupo de trabalho

é uma formação de pessoas que interagem devido a uma obrigação social, política e/ou econômica e, às vezes, estão orientadas para um mesmo objetivo. No ambiente de trabalho, as pessoas precisam ser produtivas e o trabalho em grupo amplia as habilidades individuais.

É comum perceber que profissionais e, inclusive, gestores apresentam compreensões incorretas sobre o conceito de trabalho em equipe, pois acreditam que basta haver um grupo de pessoas conversando sobre questões relacionadas ao trabalho num mesmo ambiente para que se configure uma equipe. Da mesma forma, acreditam que o trabalho em equipe seja continuamente harmonioso, no qual não há atritos entre pessoas ou conflitos de ideias. Além disso, alguns acreditam que trabalhar em equipe significa compor um grupo que vota decisões de forma democrática.

Uma equipe tem características semelhantes ao grupo de trabalho, pois as pessoas interagem e trabalham orientadas para um mesmo fim, porém atuam em conjunto para solucionar seus próprios problemas, o que significa que há um alto grau de cooperação entre os membros da equipe e eles são igualmente preocupados com o crescimento do grupo e investem suas energias nisso.

Bergamini (2009) descreve uma categorização que permite classificar os grupos de trabalho por seu funcionamento e seu grau de desenvolvimento, como vemos a seguir:

I. Pseudoequipe: um grupo que atua para uma finalidade, mas não se preocupa com o desempenho coletivo; o desempenho individual é inibido; e o desempenho final do grupo não é efetivo.

II. Grupo de trabalho: os membros partilham informações, porém as responsabilidades e os objetivos são individualizados. O desempenho do grupo pode ser eficiente e efetivo, mas não produz desempenho coletivo.

III. Equipe potencial: os membros almejam o trabalho em equipe, no entanto não entendem o funcionamento desse tipo de trabalho e como assumir um compromisso com o resultado coletivo. Há um senso de coletividade e a equipe pode ser eficiente.

IV. Equipe real: composta por pessoas com habilidades complementares e comprometimento umas com as outras. Os membros apresentam confiança no trabalho coletivo, assumem as responsabilidades por seus resultados, e o desempenho tende a ser sempre eficiente.

V. Equipe de elevado desempenho: além das características da equipe real, as pessoas apresentam alto comprometimento com o

crescimento pessoal individual e com o sucesso. O desempenho supera expectativas.



Pesquise mais

Para entender melhor a diferença entre trabalho em equipe e trabalho em grupo, acesse o artigo a seguir. Trata-se de um relato de experiência, no qual as autoras conceituam tais expressões e levantam alguns questionamentos e elementos para discutir as estratégias de trabalho em equipe e de trabalho em grupo.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 143-147, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-11672000000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.

É importante superar concepções simplistas do trabalho em equipe e entender que esse só ocorre quando há um grupo de pessoas que se baseiam no consenso, estabelecem objetivos e metas comuns, alternam a liderança entre elas, comunicam-se de forma fluida e clara e planejam e executam sistematicamente ações para alcançar um desempenho máximo. Ou seja, os membros desenvolvem ações de forma complementar ao demais, sentem-se responsáveis pelo sucesso ou fracasso da equipe e apoiam-se em relações de cooperação.

Dessa forma, ainda que existam conflitos dentro da equipe, esses são resolvidos por meio da autoanálise do grupo, um processo que surge em seu próprio seio heterogêneo (PEDUZZI; CIAMPONE, 2011).



Reflita

Pense e reflita sobre o seu dia a dia: família, faculdade, trabalho, amigos. Quais exemplos você tem de grupo de trabalho e de equipe? Você conhece algum grupo que trabalha junto e atua realmente como equipe? O que nessa equipe mais chama a sua atenção?

Equipe de enfermagem

A noção de trabalho em equipe surgiu na enfermagem por volta da década de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, quando Eleonor Lambersten iniciou experiências relacionadas a um novo modelo de trabalho no *Teacher's College*, da Universidade de Colúmbia (EUA), e publicou seus resultados no livro *Equipe de enfermagem organização e funcionamento* (versão traduzida para o português). À época, a proposta era promover um melhor aproveitamento do pessoal de enfermagem no cuidado aos pacientes com a máxima economia e eficácia por meio do trabalho em equipe. As influências dessa autora alcançaram o Brasil no final da década de 1960, quando seu livro foi traduzido e publicado no país.

Esse novo modelo de organização do trabalho transfere o foco da execução de tarefas para as pessoas ou grupo de pessoas, as quais apresentam necessidades biológicas, mas também sociais, econômicas e afetivas. Assim, colocam-se em evidência aspectos que antes não eram tão pronunciados, como a comunicação e a liderança (KURCGANT, 1991).

Como estabelecido pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498/86, a equipe de enfermagem é atualmente composta por três categorias profissionais: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Essa equipe representa o maior quantitativo no quadro de pessoas das instituições de saúde, o que eleva o enfermeiro a uma atuação gerencial de destaque. Por sua vez, na Saúde Pública, o enfermeiro também gerencia a assistência à saúde, participa ativamente das equipes do Programas de Saúde da Família e, muitas vezes, coordena os Agentes Comunitários de Saúde.

Além disso, a enfermagem desenvolve um trabalho que necessita ordenar e organizar harmonicamente suas ações durante 24 horas, nos sete dias da semana, para assegurar a continuidade do cuidado de enfermagem aos pacientes internados em instituições hospitalares ou afins (ex.: Instituições de Longa Permanência de Idosos, hospital-dia do Centro de Atendimento Psicossocial etc.).

Todavia, o fato de receber o nome de equipe não significa que a equipe de enfermagem sempre funcione como uma. Muitas vezes, percebe-se que há distorções na comunicação entre esses profissionais e conflitos sobre o papel dos membros em relação ao líder.

Por determinação da mesma lei citada anteriormente, o líder da

equipe de enfermagem será sempre o enfermeiro, o qual atua tanto nas atividades assistenciais diretas quanto nas atividades gerenciais que visam dar suporte ao serviço de saúde como um todo.

Atualmente, o modelo de gerenciamento adotado por instituições de saúde é baseado na quebra das hierarquias tradicionais, reconduzindo o olhar para o trabalho em equipe. Nesse sentido, o trabalho em equipe demanda que o enfermeiro conheça e respeite as individualidades, além de reconhecer e promover as competências e habilidades de cada membro. Também é importante que ele ofereça oportunidades para que todos coparticipem e discutam as soluções para as situações adversas, busque ouvir as opiniões divergentes e desenvolva a comunicação verbal e não verbal.

O enfermeiro tem, portanto, a oportunidade de participar de, no mínimo, duas equipes de trabalho: a de enfermagem e a multiprofissional. A primeira é consequência das rotinas nas unidades de saúde. A segunda, muitas vezes, resume-se apenas a médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

No entanto, o conhecimento sobre liderança e trabalho em equipe é um dos pontos críticos na formação dos enfermeiros, visto que a aprendizagem dessas competências depende de habilidades interpessoais e de oportunidades de exercê-las.

Equipe multiprofissional

O trabalho em equipe multiprofissional surge como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização que vem ocorrendo na área da saúde no último século, processo que tende a fragmentar o cuidado, aprofundando o conhecimento verticalmente e produzindo intervenções individualizadas no atendimento às necessidades de saúde do sujeito e/ou da coletividade. Dessa forma, a atuação multiprofissional emerge como meio de contemplar e articular simultaneamente as ações e os diferentes saberes que hoje compõem a área da saúde (PEDUZZI, 2001) e, com isso, garantir que o paciente possa ganhar mais qualidade na assistência à saúde.

Ou seja, nessa área, o trabalho em equipe é ainda mais necessário, pois compõe um cenário de demandas complexas e de clientela com perfis socioeconômicos e culturais diversos, o que exige que diferentes profissionais estejam articulados em suas ações para promover um cuidado integral, resolutivo e humanizado.



Trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade coletiva de trabalho, construída por meio de vínculo e relação recíproca de confiança e compromisso entre as múltiplas partes, cada qual com suas intervenções técnicas das diferentes áreas, mas em constante interação. Isso ocorre sob uma base comunicativa, na qual se articulam as ações e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001).

Suponha o caso de um paciente idoso internado para o tratamento de pneumonia em uma UTI de uma instituição hospitalar. Ele não dependerá apenas do cuidado da equipe de enfermagem em seu tratamento, pois serão necessárias várias ações e intervenções, que não giram apenas em torno do âmbito patológico, para garantir e melhorar a saúde desse paciente. Além da equipe de enfermagem e dos médicos, é importante a cooperação junto a nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e demais colaboradores de outros setores, como: limpeza, administração, nutrição, farmácia, laboratório, almoxarifado, central de materiais etc.



Pesquise mais

Quer compreender melhor o trabalho em equipe em saúde? Assista ao vídeo Dr. House – 5 Dicas de Liderança e Trabalho em Equipe. O vídeo apresenta uma discussão sobre liderança e trabalho em equipe por meio da análise de uma série de TV chamada *Dr. House*. Nessa série, House (Hugh Laurie) é um médico especializado em realizar diagnósticos de doenças complexas no fictício hospital de Princeton-Plainsboro. Ele realiza os diagnósticos a partir do trabalho em equipe junto a um quadro de médicos contratados por ele (as características de cada um são levadas em consideração no processo de seleção). A série tem muitas situações extremas e não é um retrato fidedigno da realidade dos serviços de saúde, nem americanos, nem brasileiros, porém apresenta várias situações que podem nos ajudar a pensar o trabalho em equipe.

Disponível em: <<https://youtu.be/o0kYKrFNYXo>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

Todavia, ao mesmo tempo que se manifestam como solução, a formação e a manutenção de uma equipe multiprofissional que trabalhe de forma integrada, com respeito e valorização ao conhecimento de cada um, também se apresentam como um grande desafio na área da saúde. Ocorre que, muitas vezes, a equipe é apenas arquitetada como recurso para aumento da produtividade e organização dos serviços. Ou seja, a equipe multiprofissional é tomada como uma realidade que existe por si só, uma vez que existem profissionais de diferentes formações atuando em um mesmo local, sem que a articulação dos trabalhos seja problematizada.

E, como já discutimos anteriormente, trabalhar em um mesmo local buscando um mesmo objetivo não significa trabalhar em equipe. Peduzzi (2001) afirma que é necessária a real articulação das ações executadas pelos membros da equipe, a interação comunicativa entre eles e a superação do isolamento dos saberes para que haja o trabalho em equipe.

Organização de trabalho

Peduzzi (2001) afirma que na organização do trabalho em equipe é necessário que haja a flexibilização da divisão do trabalho como meio de superar uma certa rigidez nas atividades que acometem o trabalho em equipe. Muitas vezes, essa rigidez faz com que intervenções se contradigam ou se sobreponham, fazendo-as redundantes.

No entanto, é importante salientar que essa flexibilização não significa que devem ser desfeitas todas as fronteiras da atuação profissional ou devem ser diminuídas as autonomias e responsabilidade de cada especialidade. Por exemplo: as atividades específicas e privativas de um fonoaudiólogo não podem ser executadas por um nutricionista e vice-versa; porém, ambos podem compartilhar informações e, em cada especialidade, atuar para definir a melhor alimentação para favorecer a deglutição de um paciente. Nesse sentido, as ações comuns convivem em harmonia com as ações especializadas desses profissionais, pois não entendemos a que se refere atuam e avaliam o paciente em busca de um objetivo (melhorar sua alimentação e deglutição).

Outros aspectos importantes a serem considerados na organização do trabalho são a comunicação e as relações de poder. A prática comunicativa deve se basear em uma busca contínua pelo entendimento mútuo, o consenso e o acordo para mediar interações adequadas entre os membros da equipe e, assim, articular as suas

ações. O consenso é estabelecido por meio de um processo de intensa negociação e argumentação lógica. Essa prática comunicativa pressupõe o diálogo aberto de mão dupla, no qual todas as vozes são respeitadas, valorizadas e ouvidas.

As relações de poder são extremamente danosas para as interações da equipe e sua articulação. Por esse motivo, as desigualdades precisam ser discutidas e questionadas. Entende-se relação de poder toda e qualquer interação em que haja dominação de um (ou mais) sujeito(s) sobre outro(s) a partir de desigualdades sociais, econômicas ou políticas. Mesmo que haja relações hierárquicas no ambiente de trabalho, o processo de decisão deve pressupor que haja uma horizontalidade na equipe. Ou seja, todos os membros devem ser entendidos como iguais e ocupar seus espaços de fala e contribuição. Ex.: a equipe acatar decisões tomadas pelo médico somente porque ele ocupa esse cargo. No caso, a imposição da vontade do médico, baseado em seu cargo e em seu status social, seria uma relação de poder sobre os demais.

Portanto, conclui-se que trabalhar em equipe não é simples e existem alguns desafios para a organização desse trabalho, como:

I. Transformar agrupamentos em equipes integradas: implica repensar as atividades de forma que elas se somem para compor um projeto articulado e negociado entre os membros.

II. Mudanças na gestão de cargos para competências: entender que os cargos apresentam descrições estáticas, as quais não atendem às exigências do mercado que está em constante transformação. Logo, faz-se necessário adotar a gestão por competências, o que compreende um conceito dinâmico, com permanente ajuste e aperfeiçoamento. Nesse caso, selecionar e desenvolver pessoas de acordo com as competências que o cargo exige (MEYER, 1998).

III. Alterações nas organizações para criar ambientes favoráveis: criar espaços de decisão e lideranças compartilhadas, rompendo com a ideia de organização hierárquica e ofertando a todos os membros a oportunidade de cooperarem com a equipe.

IV. Enfrentar resistências: sempre haverá resistência de alguns membros da equipe por manter o modelo antigo, pois esse é seguro e confortável. Ao propor o trabalho em equipe, é preciso saber lidar com incertezas, saberes frágeis e definições menos precisas dos papéis e construir a autonomia dos sujeitos em relação aos demais,

porém mantendo sua integração aos anseios da equipe (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Desse modo, adotar o trabalho em equipe requer necessariamente investimentos em nível individual (busca de cada trabalhador por conhecimentos e habilidades), grupal (exercitar a aprendizagem e a análise coletiva) e institucional (mudança na filosofia e estrutura da organização).



Pesquise mais

Quer ler mais sobre trabalho em equipe? Acesse o artigo *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família*. Nele, os autores discutem o trabalho em equipe com foco na Saúde da Família, explicando como esse tipo de trabalho é norteador por um projeto assistencial comum, no qual os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade a partir de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.

Sem medo de errar

Adélia tem se reunido frequentemente com seus pares e com os colaboradores do Hospital Rangel Barreto, a fim de investigar quais são os principais desafios a serem enfrentados na busca por qualidade, antes mesmo de iniciar o processo de acreditação hospitalar. Na última reunião, ela ouviu muitas queixas das equipes de enfermagem que trabalham na assistência direta ao paciente no que tange ao trabalho em equipe e, por isso, se perguntou: quais são as características de uma equipe e como fazer com que pessoas tão diferentes trabalhem juntas?

Agora, Adélia sabe que apenas trabalhar em um mesmo local e ter um mesmo objetivo não determina que um grupo de trabalho seja uma equipe. Uma verdadeira equipe é aquela que, além de ter um mesmo objetivo, trabalha de forma integrada, por meio do

estabelecimento de consensos, de relações de confiança e através de uma comunicação transparente entre seus membros. Numa equipe, também há conflitos de ideias, porém esses conflitos são resolvidos pelo próprio grupo por meio de um processo de autoanálise. Ou seja, na equipe, há um alto grau de cooperação e seus membros são igualmente preocupados com o crescimento do grupo e investem suas energias nisso.

Adélia também sabe que gerir equipes, com membros tão diferentes uns dos outros e suas características peculiares, não é uma atividade simples, nem mesmo há uma fórmula mágica. No entanto, pesquisadores apresentam algumas recomendações: a) equipes pequenas funcionam melhor; b) todos os membros da equipe precisam estar alinhados com os objetivos que desejam alcançar e os caminhos que devem percorrer para isso; c) a equipe deve reunir pessoas com diferentes talentos que se complementam; d) os membros da equipe devem trabalhar próximos uns dos outros e realizar reuniões frequentes; e) a comunicação entre os membros deve ser transparente e objetiva, e os conflitos devem ser geridos e resolvidos pela própria equipe; f) os membros da equipe devem ser avaliados e se autoavaliar constantemente e recompensados quando obtêm os resultados pretendidos; g) as equipes devem ser mistas, congregando pessoas com diferentes características e habilidades; VIII. As equipes também devem desfrutar de momentos de descontração e/ou de lazer entre os membros; i) os membros da equipe devem ter oportunidades para se desenvolverem, seja assumindo novas responsabilidades, seja por meio de programas de educação permanente; j) a autonomia de cada profissional deve ser mantida e promovida; k) se possível, a liderança deve ser alternada entre os membros da equipe.

Avançando na prática

Caminhos para adoção do trabalho em equipe

Descrição da situação-problema

Adélia tem realizado um intenso processo de investigação sobre os desafios que precisam ser transpostos pelo Hospital Rangel Barreto, na busca por qualidade e pela acreditação hospitalar. Na última reunião com os colaboradores assistenciais, ela ouviu muitas

queixas sobre a organização do trabalho em equipe e, por isso, pôs-se a buscar informações sobre as características de uma equipe e como geri-la.

E, agora que Adélia tem posse desses conhecimentos, ela optou por formular um curso de treinamento sobre o tema junto ao setor de Educação Continuada da instituição. A proposta inicial é ofertar o curso às lideranças dos setores, os quais, por sua vez, farão as formações junto às suas equipes de acordo com as rotinas de trabalho de cada setor. Porém, antes mesmo de dar início ao curso, Adélia percebeu que só essa medida em nível individual não seria efetiva, uma vez que demandaria também mudanças em outros níveis da instituição. Assim, Adélia optou por paralisar a oferta do curso e buscar mais informações. Quais seriam os maiores desafios na adoção do trabalho em equipe? Em que níveis as medidas devem ser adotadas?

Resolução da situação-problema

Após se dar conta que uma única medida não seria capaz de promover o trabalho em equipe em sua instituição, Adélia resolveu fazer um aprofundamento no tema para descobrir quais outras medidas seriam necessárias para que isso ocorra. Ela descobriu que adotar o trabalho em equipe requer necessariamente investimentos tanto em nível individual (busca de cada trabalhador por conhecimentos e habilidades) como grupal (exercitar a aprendizagem e a análise coletiva) e institucional (mudança na filosofia e estrutura da organização). Para tanto, será necessário: transformar agrupamentos em equipes integradas, repensando as atividades de forma que elas se somem para compor um projeto articulado e negociado entre os membros; mudar a gestão de cargos para competências, pois os cargos apresentam descrições estáticas e as exigências do mercado estão em constante transformação, ou seja, a gestão por competências permite ajustes e aperfeiçoamentos contínuos; realizar mudanças nas organizações para criar ambientes favoráveis, logo, espaços de decisão e lideranças compartilhadas, rompendo com a ideia de organização hierárquica e ofertando a todos os membros a oportunidade de cooperarem com a equipe; e enfrentar resistências, pois alguns membros da equipe almejarão manter o modelo antigo, pois esse é seguro e confortável.

Agora, Adélia entende que, ao propor o trabalho em equipe, precisará construir a autonomia dos sujeitos em relação aos demais, porém mantendo sua integração aos anseios da equipe.

Faça valer a pena

1. Em relação ao tema trabalho em equipe, leia e analise as afirmações a seguir:

I. Trabalho em equipe compreende exclusivamente reunir seus membros periodicamente e discutir alguns assuntos relacionados ao trabalho.

II. No trabalho em equipe, não há conflitos de ideias ou desavença entre pessoas, pois é continuamente harmonioso.

III. Nesse tipo de trabalho, os componentes do grupo se sentem responsáveis pelo fracasso ou sucesso da equipe e se amparam em relações mútuas de cooperação.

IV. Nesse tipo de trabalho, os conflitos que surgem no trabalho são conduzidos e solucionados por meio de um processo de autoanálise do grupo.

Analisando as afirmações expostas acima, assinale a alternativa que apresenta apenas afirmações **corretas**:

a) I, II e III.

b) I, II e IV.

c) II, III e IV.

d) II e III.

e) III e IV.

2. O trabalho em equipe é extremamente importante para a condução das atividades de cuidado em saúde, uma vez que as necessidades de saúde representam demandas complexas e são constituídas por clientela com perfis socioeconômicos e culturais diferentes. Exige que diferentes profissionais estejam articulados em suas ações para promover um cuidado integral, resolutivo e humanizado.

A partir do texto apresentado acima, responda: quais são alguns dos principais desafios no gerenciamento trabalho em equipe em saúde?

a) Mudanças na organização para criar ambientes favoráveis ao trabalho em equipe; transformar agrupamentos de pessoas em equipes integradas; modificar a gestão de pessoas por cargos para uma gestão por competências; e enfrentar resistências.

b) Melhores salários e benefícios para os profissionais; aplicar treinamentos e desenvolvimentos para capacitar os profissionais para o trabalho em equipe; transformar equipes integradas em agrupamentos de pessoas; e realizar modificações na organização para criar ambientes favoráveis ao trabalho em equipe.

c) Enfrentar resistências quanto à liderança compartilhada; implementar mecanismos de comunicação inovadores/tecnológicos; modificar os

processos de seleção para contratar profissionais capacitados para o trabalho em equipe; e conduzir modificações na organização para promover uma gestão hierarquizada.

- d) Promover modificações na organização para criar ambientes mais competitivos; transformar equipes de trabalho em agrupamentos de pessoas; transformar a gestão de pessoas de competências para a gestão por cargos; e enfrentar resistências ao trabalho em equipe.
- e) Transformar agrupamentos de pessoas em equipes integradas para o trabalho em equipe; alterar regulamentos internos da organização para criar ambientes mais competitivos; modificar os processos de seleção para contratar apenas profissionais capacitados para o trabalho em equipe; e adotar a liderança compartilhada em todas as equipes.

3. Bergamini (2009) descreve uma categorização que permite classificar os grupos por seu funcionamento e seu grau de desenvolvimento. Com relação a isso, analise as afirmações a seguir:

I. *Pseudoequipe* é um grupo que atua para uma finalidade, mas não se preocupa com o desempenho coletivo; o desempenho individual é inibido; e o desempenho final do grupo não é efetivo.

II. No grupo de trabalho, os membros partilham informações, porém as responsabilidades e os objetivos são individualizados. O desempenho do grupo pode ser eficiente e efetivo, mas não produz desempenho coletivo.

III. Equipe potencial é composta por pessoas com habilidades complementares e comprometimento umas com as outras. Os membros apresentam confiança no trabalho coletivo, assumem as responsabilidades por seus resultados e o desempenho tende a ser sempre eficiente.

IV. Na equipe real, os membros almejam o trabalho em equipe, no entanto não entendem o funcionamento desse tipo de trabalho e como assumir um compromisso com o resultado coletivo. Há um senso de coletividade e a equipe pode ser eficiente.

Com relação às afirmações expostas acima, assinale a alternativa em que as categorias correspondem à sua descrição:

- a) I, II, III e IV.
- b) I, II e III.
- c) II, III e IV.
- d) I e II.
- e) III e IV.

Seção 2.2

Liderança e gestão de conflitos

Diálogo aberto

Antes de dar início ao processo de acreditação, Adélia convocou um grupo de trabalho entre os coordenadores dos diferentes setores da instituição para realizarem, juntamente aos demais colaboradores do Hospital Rangel Barreto, várias seções de *brainstorming* como meio de definir quais processos precisavam ser melhorados para alcance da qualidade. As seções eram convocadas em horários extras e contavam com a participação de todos os profissionais do setor. No que tange aos setores assistenciais e ao trabalho de enfermagem, houve diversas reclamações entre os técnicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiros assistenciais sobre as condutas e estilo de liderança dos enfermeiros supervisores e coordenadores. Os colaboradores afirmaram que os líderes têm postura autoritária e somente cobram resultados, mas não ouvem os colaboradores, não são modelos éticos e não motivam a equipe para os objetivos que eles mesmos impõem. Ao mesmo tempo, Adélia percebeu que havia reclamações na auditoria sobre a falta de autonomia e deficiências na comunicação dos enfermeiros com os pacientes e familiares. Assim, Adélia se perguntou: como deve ser um enfermeiro líder? Qual estilo de liderança a instituição e seus líderes devem adotar para atender às demandas atuais?

Não pode faltar

Liderança

Vários teóricos e pesquisadores dispendem tempo em estudos sobre a liderança e sua prática. Assim, existem diferentes formas de explicá-la, mas há certo consenso em dizer que liderança se aprende e que algumas pessoas têm maior interesse e facilidade em exercê-la.

A atividade de liderança ou chefia (termo que ainda é bastante utilizado) do enfermeiro na gestão da equipe de enfermagem é respaldada pelo art. 15 da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498/1986: "As atividades [de técnicos e auxiliares de

enfermagem], quando exercidas em instituições de saúde, públicas ou privadas e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do enfermeiro". Dessa forma, a lei delega ao enfermeiro a responsabilidade por sua equipe e pelos resultados da assistência de enfermagem que prestam ao cliente/paciente. No entanto, a lei em si não garante que o enfermeiro seja um líder.



Assimile

É o modo como a orientação e supervisão da equipe será exercida que determinará a garantia do respeito do enfermeiro líder perante a sociedade, sua equipe e a equipe multiprofissional e alcance os resultados exitosos na assistência.

Como já discutimos anteriormente, o mundo está em constante mudança, assim como a assistência à saúde, as necessidades de saúde da população e o perfil dos clientes/pacientes que buscam atendimento. Esse contexto faz com que os enfermeiros assumam novos papéis e desenvolvam novas habilidades, as quais não faziam parte da formação tradicional desse profissional, herdada de Florence Nightingale.

Nesse sentido, ser enfermeiro, antes de tudo, implica saber ser líder de si mesmo e da equipe, saber cuidar, saber lidar com pessoas, ser ético e, assim, voltar sua assistência para uma prática baseada em evidências para ofertar atendimento humanizado e seguro. Ao mesmo tempo, é necessário desempenhar suas atividades com autonomia, estabelecer fronteiras rígidas entre suas ações e aquelas dos demais profissionais, tomar decisões em momentos de risco e gerir o trabalho e a rotina da equipe, delegando tarefas e reconhecendo limites. Para tanto, o enfermeiro pode utilizar sua legítima autoridade (enquanto responsável pela equipe) sem fazer uso do autoritarismo, sem agredir ou usar o poder para intimidar. Basta apenas que utilize o saber científico, o diálogo e a comunicação efetiva e a ética embasada na legislação de enfermagem (DIAS, 2011).

Em suma, podemos afirmar que exerce liderança aquele que consegue conduzir e motivar as pessoas à sua volta, de forma livre e espontânea, em busca de um objetivo comum. No entanto, só segue

uma liderança quem nela confia. Da mesma forma, o líder precisa confiar nos liderados. Ou seja, trata-se de um processo recíproco de respeito entre os envolvidos, o que abrange uma comunicação clara e objetiva entre eles e o desejo do líder em ser essa figura "modelo" e motivadora.

Pode parecer simples, mas não é. Primeiro: o enfermeiro precisa querer e estar motivado, pois só assim poderá motivar os demais. No entanto, muitas vezes, os resultados que a organização, a equipe ou os clientes desejam não estão em acordo com o que o enfermeiro deseja.

Segundo: o enfermeiro precisa saber o que motivar e como motivar cada colaborador da equipe, pois só se motiva para um determinado objetivo aquela pessoa que entende a necessidade de cumpri-lo. Nesse sentido, a orientação é parte importante. É preciso que todos estejam alinhados e entendam aquela necessidade. É fácil perceber que, quando não há esse alinhamento, os colaboradores não cumprem determinados objetivos. Isso ocorre principalmente quando as necessidades não são discutidas ou explicadas junto a todos os envolvidos e são impostas de modo autoritário pelos superiores (chefes). Logo, é imprescindível que o enfermeiro ouça cada profissional, explique sua responsabilidade no alcance daquele objetivo e negocie para facilitar o trabalho e chegar aos objetivos propostos.

Terceiro: o enfermeiro deve ser modelo na busca por esse objetivo, pois não há nada mais desmotivador do que um líder que exige algo, mas age de forma contraditória. Um compromisso assumido por toda a equipe deve ser, principalmente, cumprido pelo líder. É dessa forma que se cria confiança e credibilidade.

Quarto: como dito antes, a comunicação é fundamental. Ela deve ser clara, compreensível, objetiva, transparente e válida. Validar uma informação comunicada aos liderados significa checar que cada um compreendeu corretamente o que foi comunicado. Isso pode ser feito pedindo que o colaborador repita o que entendeu e ouvindo atentamente para corrigir ou esclarecer pontos que não se fizeram claros.



Pesquise mais

Sobre o tema comunicação efetiva, leia o texto indicado a seguir. O artigo escrito por Jane Nogueira e Maria Cristina Rodrigues é um ensaio reflexivo sobre a comunicação efetiva no trabalho da equipe interdisciplinar para a qualidade dos cuidados em saúde e a segurança do paciente.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 640-640, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

Quinto: hoje, sabe-se que o modelo de liderança autoritário, herdado de Nightingale e que se baseava numa estrutura militar e rígida de busca por disciplina, não se sustenta mais. Atualmente, a assistência à saúde bem como o perfil e as necessidades de saúde dos clientes, passa por mudanças significativas que implicam contínuas adaptações e geram situações conflituosas e imprevisíveis. Assim, não há como entender que os processos sejam estáveis e rígidos. Isso significa que o enfermeiro líder precisa adotar uma posição flexível, reflexiva e crítica para analisar cada situação como única e inédita antes de agir.

Sexto: o enfermeiro líder toma decisões com base científica, ética e legal. Ele negocia e discute os casos com a equipe multiprofissional e orienta a sua equipe a partir de conhecimentos interdisciplinares, da ciência da enfermagem e de atualizações contínuas. Além disso, busca e segue diretrizes éticas e legais com respaldo nas regulamentações da profissão e do sistema COFEN/COREN (DIAS, 2011).

Estilos de liderança

Ao longo dos anos, a enfermagem precisou se renovar para se adaptar às mudanças socioeconômicas e tecnológicas que ocorreram no mundo e na assistência à saúde. Dessa forma, podemos observar que os enfermeiros experimentaram e ainda experimentam diferentes estilos de liderança.

Antes de tudo, precisamos lembrar que as habilidades gerenciais do enfermeiro e a liderança são competências que têm características

distintas, porém uma origem comum. As funções administrativas (gerenciais) estão relacionadas ao planejamento, à organização, à direção e ao controle da organização e da assistência à saúde, enquanto que a liderança relaciona-se à habilidade de influenciar, persuadir ou motivar outras pessoas em um sentido comum, ou seja, um objetivo (meta).

Com relação a isso, herdamos as funções administrativas de Florence Nightingale, por meio de uma visão militarista e que logo recebeu as influências das teorias administrativas (ex.: taylorismo, fordismo e teoria geral da administração). E, por esse motivo, as primeiras proposições sobre liderança, consideradas tradicionais, têm origem nessas mesmas teorias. Esse estilo de liderança tem foco na produção e supõe que os colaboradores estejam motivados apenas por recompensas financeiras.

Todavia, no século XX, outros estilos de liderança tomaram forma, influenciados por teorias da administração participativa e humanista. E, nesse momento, firmaram-se três estilos comuns de liderança: autoritário, democrático e do tipo *laissez-faire*.

- I. A liderança do estilo autoritário é caracterizada pelo controle do líder sobre o grupo, pela coerção, pelos comandos, pela manutenção do status e pela ideia de que a tomada de decisão não envolve os liderados e a comunicação ocorre exclusivamente “de cima para baixo”, ou seja, os liderados não são ouvidos. Nesse estilo, a crítica é entendida como punição e a produtividade tende a ser alta, mas não há estímulo à criatividade e a autonomia dos sujeitos.
- II. A liderança do estilo democrático considera que o líder exerça menos controle no grupo e utilize recompensas econômicas para motivar. Nesse estilo, a direção é realizada por sugestões, a tomada de decisões envolve os liderados, a comunicação ocorre em todos os sentidos e a crítica tem objetivo construtivo. O foco é o trabalho coletivo e há a promoção da autonomia e do crescimento dos colaboradores. Alguns autores consideram que esse estilo tende a ser menos produtivo.
- III. O estilo de liderança *laissez-faire* caracteriza-se por quase nenhum controle do líder sobre o grupo, pela motivação relacionado ao apoio mútuo, pelo direcionamento com

mínima orientação e pela comunicação em todos os sentidos. Nesse estilo, a tomada de decisão é dispersa entre os membros do grupo e não há críticas. Como não há controle e direcionamentos, esse estilo de liderança pode ser desmotivador e frustrar a equipe. Esse estilo só deve ser utilizado por equipes cujos membros estejam altamente motivados e não necessitam de muitos direcionamentos, o que resulta em alta criatividade, autonomia e produtividade do grupo.



Refleta

Refleta sobre os líderes que você conhece (ex.: pais, professores, chefes etc.) e sobre como você se enxerga como líder. Em situações cotidianas da sua vida, qual estilo de liderança está mais presente? Que estilo de líder é o seu professor? Seu chefe? Seus pais? Com qual estilo de liderança você mais se identifica? Por quê? Você consegue pensar em qual situação seria mais interessante uma postura autoritária de um líder e em qual momento seria mais interessante promover a autonomia dos liderados? Exemplifique.

Na época em que esses estilos foram postulados, acreditava-se que um líder assumia de forma consciente um dos estilos e negava os demais, porém estudos posteriores demonstraram que, na verdade, os líderes transitavam entre os três estilos de acordo com a situação apresentada. Essa constatação deu as bases ao estilo de liderança que mais tarde, na década de 1970, seria considerada como liderança situacional (ou contingencial).

A liderança situacional baseia-se na compreensão de que o estilo adotado pelo líder deve modificar-se conforme a situação (ou problema) percebida(o), o que inclui também sua percepção sobre as características e composição do grupo. Assim, refuta-se a constatação de que haja um modelo ideal de liderança, podendo o líder transitar entre comportamentos de mais controle e direcionamento (autocrático) e de mais liberdade e autonomia (democrático ou *laissez-faire*) ou combiná-los. Logo, o foco volta-se menos para as tarefas e mais para as relações.

Além desses estilos, teorias mais atuais avançam na compreensão

das relações no trabalho e postulam novos conceitos, como a liderança interacional. Basicamente, esse estilo afirma que o comportamento do líder se molda por meio de um processo adaptativo entre a sua personalidade e a cada situação específica. Nesse estilo de liderança, o líder deve entender que as pessoas são complexas, mutáveis e apresentam motivações que mudam ao longo do tempo. Para ter sucesso, o líder necessita estar sempre atento e diagnosticar cada situação como um caso específico para só então escolher quais estratégias deverá adotar para tal situação.

Portanto, conclui-se que não há um modelo de liderança ideal, mas sim um permanente processo de avaliação, negociação e reavaliação de condutas cotidianas, tanto ao nível individual (processo de identificação e aprendizagem de cada sujeito) quanto organizacional (a visão, a missão e os valores da instituição). Trata-se de um processo de contínuo aprendizado, pois tornar-se um líder inspirador, correto e justo demanda tempo, interesse, oportunidade e habilidades interpessoais.

Nesse sentido, a responsabilidade sobre a formação de enfermeiros líderes decai sobre as instituições de ensino superior e nas instituições onde eles trabalham. Ao mesmo tempo, ressalta-se o papel importante do enfermeiro responsável técnico da instituição em definir um estilo de liderança que se alinhe à cultura da organização e promova o aprendizado desta competência por seus enfermeiros.

Origem de conflitos

Por definição, conflito significa embate dos que lutam; desavença; oposição e luta de diferentes forças; discussão acompanhada de injúrias (FERREIRA, 1986). Quando incorporado nas teorias administrativas, o termo carrega uma alta carga negativa e, durante muito tempo, a gestão de conflitos foi negligenciada nas teorias da administração, pois acreditava-se que a sua mera existência significava má administração. Ou seja, acreditava-se que só existiria conflitos em instituições que não geriam corretamente seu pessoal.

Todavia, as teorias administrativas atuais reconhecem tanto a existência do conflito quanto a necessidade de abordá-lo. Ao contrário do que se pensava antes, hoje entende-se que gerir conflitos identifica uma gestão de qualidade.

Assim, podemos adotar a definição de Hampton (1991, s. p.): "conflito é o processo que começa quando uma parte percebe que

a outra parte frustrou ou vai frustrar seus interesses”. Logo, enfoca-se o caráter relacional do conflito e que esse é desencadeado pela frustração dos interesses de uma ou de ambas as partes envolvidas na relação, podendo ocorrer entre pessoas, grupos ou organizações. Desse modo, é possível dizer que, onde há pessoas com diferentes interesses, há conflito.

No trabalho em saúde e mesmo no seio da equipe de enfermagem, essa realidade não é diferente. É fácil perceber que nessas equipes temos pessoas de diferentes idades, formações, especialidades, classes sociais e econômicas e, principalmente, com ideologias diferentes. Na equipe de enfermagem, a divisão social e técnica do trabalho agrega pessoas de diferentes ordens sociais, que passaram por formações diversas e carregam experiências pessoais e profissionais ainda mais distintas. Numa mesma equipe, podemos encontrar uma auxiliar de enfermagem com ampla “bagagem” profissional e que, numa época não muito distante, foi atendente de enfermagem e viveu realidades que, para quem inicia a atuação neste momento, são inacreditáveis, por exemplo: o uso de seringas de vidro e agulhas reaproveitadas; e enfermeiros recém-formados sem nenhuma experiência profissional.

Essas disparidades por si só podem gerar conflitos, todavia, se não trabalhadas em equipe, podem intensificá-los ainda mais, impedir que o enfermeiro lidere e que haja respeito entre esses profissionais. Nesse sentido, os saberes devem ser respeitados e as decisões ser ponderadas considerando as experiências de todos, mas principalmente as evidências científicas. Cabe ao líder proporcionar o diálogo e o respeito às diversidades.



Refleta

Refleta sobre os estilos de liderança apresentados e sobre as suas experiências e vivências, tanto acadêmicas como em casa ou no trabalho. Quais estilos de liderança você já presenciou? Com qual estilo de liderança você mais se identifica? Por quê? Os líderes do seu dia a dia são mais autoritários ou democráticos? Você consegue pensar situações em que um estilo seja mais ideal do que outro? Qual?

Situações de conflitos

O local de trabalho (organizações, empresas, instituições etc.) é considerado um “locus” excepcional para o surgimento dos conflitos, pois nele os indivíduos (ou grupos de indivíduos) disputam reconhecimento, poder, recursos limitados e oportunidades de crescimento ou outras formas de recompensa. Assim, não podemos deixar de observar que a frustração é uma percepção subjetiva, ou seja, cada indivíduo interpreta o conflito a partir de seu ponto de vista, seus valores e emoções. No entanto, não se pode permitir que as emoções conduzam os conflitos. É necessário que os gestores e atores envolvidos no conflito se valham da racionalidade para perceber que muitas dessas frustrações ocorrem justamente porque cada parte não compreende os interesses do(s) outro(s) envolvido(s).

Observa-se que o próprio processo conflituoso provoca sentimentos negativos entre os indivíduos, o que acaba impossibilitando a comunicação entre eles e eleva o conflito a um patamar que ultrapassa aquela frustração inicial e causa distorções no processo de trabalho. Nesse sentido, as pessoas dispendem um alto grau de energia em relações hostis ao invés de utilizar essa energia no trabalho produtivo, aquilo que se deseja nas organizações.



Exemplificando

Um conflito não resolvido entre dois profissionais pode causar efeitos ainda mais graves à assistência se não sanados imediatamente. Suponha o exemplo em que haja uma divisão de trabalho em um setor, sendo uma técnica responsável por checar os sinais vitais e outra por medicar todos os pacientes. Uma situação de conflito entre elas causou a acumulação de informações. Ou seja, uma não se comunicava devidamente com a outra sobre informações relacionadas aos pacientes. Em determinado momento, a técnica de enfermagem que checkou os sinais vitais não comunicou a colega sobre a pressão arterial de uma paciente que estava baixa. Assim, a colega administrou um diurético e a paciente entrou em quadro de hipovolemia e rebaixamento de nível de consciência, necessitando de atendimento de urgência e encaminhamento para UTI. Esse é só um exemplo de um conflito que comprometeu a assistência, distorcendo o processo de trabalho.

Os efeitos negativos dos conflitos sinalizam que há desconfiança entre os colaboradores e que os valores individuais estão predominando sobre os valores grupais ou institucionais, pontuadas, principalmente, pela não cooperação, pelo desprezo à negociação e pela desmotivação.

Todavia, também podem-se alcançar efeitos positivos no conflito. Em especial, o grupo pode aumentar sua compreensão da realidade por meio da somatória de diferentes perspectivas sobre um determinado processo. Assim, a energia dispensada se orienta para o trabalho conjunto e para o encontro de soluções alternativas, o que promove o crescimento individual, fortalece o grupo e desenvolve habilidades de negociação.



Pesquise mais

Interessou-se pelo tema gestão de conflitos e gostaria de ampliar seus estudos sobre ele? Leia o artigo indicado a seguir, no qual as autoras apontaram e analisaram como os conflitos se manifestam nas relações interpessoais e a amplitude que adquirem para o exercício gerencial do enfermeiro que atua em instituições hospitalares.

GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A. G.; TREVIZAN, M. A.; GUIDO, L. A. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_19.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

No ambiente hospitalar ou em outros tipos de instituições de saúde, a situação não é diferente. Essas instituições também são palcos de diversos conflitos, originados por diferentes situações. O problema mais eloquente nessas instituições, como em outras, é a adoção de meios e processos inadequados de comunicação verbal e não verbal entre os membros da equipe.

Quando a organização e as lideranças não adotam uma postura ética e uma comunicação clara para com os liderados e não promove que isso também ocorra entre os membros da equipe, surgem comunicações informais (vulgarmente conhecidas como fofocas), desmotivação, frustração, erros e desalinhamento dos processos.

Assim, qualquer que seja o tema, se não houver comunicação adequada, surgem os conflitos (GUERRA et al., 2011).

No que tange à equipe de enfermagem, os conflitos podem surgir dentro dos turnos de trabalho (ex.: em decorrência da escala de folgas), entre líder e liderado (ex.: resistência na adoção de um novo esquema de troca de plantão), entre equipes de turnos de um mesmo setor (ex.: diurno x noturno pela partilha das responsabilidades) ou entre equipes de diferentes setores (ex.: internação x farmácia em relação às responsabilidades na dispensação de medicamentos).



Exemplificando

Durante a passagem de plantão entre a equipe de internação clínica e a equipe do centro cirúrgico, que recebia o paciente para um procedimento cirúrgico, a enfermeira percebeu os profissionais e o paciente utilizando máscaras e questionou. A equipe da internação informou que o paciente estava em isolamento por suspeita de tuberculose. A equipe do centro cirúrgico não aceitou receber o paciente, pois não havia onde mantê-lo isolado e o procedimento precisou ser adiado. A situação gerou um conflito entre as equipes que culpabilizaram uma a outra pela falha. A equipe de internação afirmava ter informado a equipe do centro cirúrgico e a equipe do centro cirúrgico afirmava não ter informação alguma por escrito. Nesse caso, a falha na comunicação gerou uma situação ainda mais conflituosa e impactou a assistência à saúde. É importante lembrar que, nesses momentos, não é ideal que os indivíduos busquem culpados, mas sim a solução para um processo que tem falhas.

Processo de negociação

O conceito de negociação tem diferentes definições e depende da teoria que se adota para trabalhá-lo. Em suma, podemos dizer que a negociação trata de um processo de comunicação entre indivíduos (movimento) que divergem em ideias ou necessidades (ponto inicial) e buscam um entendimento, acordo (ponto final). Ou seja, é um processo que leva indivíduos (ou grupo) desde um ponto divergente até uma decisão conjunta e deve considerar as tensões e o uso das informações e do poder.

No processo de negociação, a primeira etapa é identificar o ponto de conflito e listar as causas e consequências desse problema. E, em

seguida, realizar a negociação propriamente dita, a qual deve levar em consideração alguns aspectos principais:

- a) Separar as pessoas dos problemas, isto é, não apontar culpados, pois o foco deve ser os interesses de cada parte e o levantamento dos processos que precisam ser melhorados;
- b) propor soluções nas quais ambas as partes tenham ganhos; ou
- c) buscar critérios justos e objetivos para a escolha de solução que satisfaça, ao máximo, ambas as partes envolvidas no conflito (CIAMPONE; KURCGANT, 2011).

Assim, as teorias de gerenciamento de conflitos apresentam quatro estratégias básicas para geri-los:

I. Acomodação: consiste na busca de harmonia ignorando ou encobrindo os problemas.

II. Dominação: caracteriza-se por exercício do poder (dominação do "mais forte" sobre o mais "fraco") e impor uma decisão.

III. Barganha/compromisso: compreende um processo em que cada parte envolvida cede em algum aspecto, a fim de encontrar uma solução viável; e

IV. Solução integrativa de problemas: envolve satisfazer ambas as partes por meio de propostas de soluções alternativas (CIAMPONE; KURCGANT, 2011).



Refleta

Pense no seu dia a dia. Em situações problemáticas que ocorrem na sua casa, que estratégia de negociação adotam você e seus pais? Nos conflitos com os colegas de trabalho ou faculdade, há negociação? Se sim, que tipo? Você acredita que alguma dessas estratégias seja melhor do que outras? Por quê?

Assim como na liderança, não existe uma estratégia de negociação totalmente eficiente e adotar uma ou outra depende da situação apresentada. Em alguns casos, o gestor precisa adotar posições mais duras, principalmente, em crises em que não haja cooperação entre as partes, exercer poder e tomar decisões, tomando por base aquilo que acredita ser justo e correto. Em outros casos, pode adotar

posições mais amigáveis, estabelecendo relações cordiais e flexíveis (HAMPTON, 1991).

Portanto, não há um caminho único e linear quando se trata de gestão de conflitos e negociação. A habilidade de gerir conflitos e negociar é um processo contínuo de aprendizagem que se faz no trabalho cotidiano. Configura-se como um desafio interdisciplinar que demanda sistematização, estudos, aprender a relacionar-se e a conviver. E, além disso, demanda posturas éticas, responsáveis, compromissadas e atuantes.

Sem medo de errar

Adélia recebeu inúmeras queixas dos colaboradores de enfermagem sobre as atitudes e comportamentos dos enfermeiros supervisores e coordenadores da instituição em relação à liderança. E, para se inteirar mais sobre o assunto e propor mudanças, resolveu estudar sobre liderança e as características de um enfermeiro líder.

Assim, Adélia entendeu que ser líder de uma equipe compreende, em primeira instância, saber ser líder de si mesmo, saber cuidar, saber lidar com pessoas, ser ético e, desse modo, voltar sua atividade para uma prática baseada em evidências, humanizada e segura. Um líder também precisa desempenhar suas atividades com autonomia, estabelecendo fronteiras rígidas entre suas ações e aquelas dos demais profissionais; tomar decisões em momentos de crise; e gerir o trabalho e a rotina da equipe, delegando tarefas e reconhecendo limites. A liderança não precisa ser necessariamente autoritária, mesmo que o enfermeiro utilize de sua autoridade enquanto responsável ético e legal pela equipe. Um enfermeiro líder pode direcionar e inspirar a equipe, de forma livre e espontânea, em busca de um objetivo comum por meio do diálogo, da comunicação efetiva e da ética. À medida que respeita seus liderados, é respeitado e os motiva.

Adélia se deparou com informações sobre diferentes estilos de liderança e, por isso, quis saber: qual estilo de liderança a instituição e seus líderes devem adotar para atender às demandas atuais?

Em sua pesquisa, Adélia se deparou com diferentes estilos de liderança: autoritário, democrático, do tipo *laissez-faire*, situacional e interacional. Cada qual com suas particularidades e suas indicações para o ambiente de trabalho e, por isso, Adélia entendeu

que não há um modelo de liderança ideal, mas sim um permanente processo de avaliação, negociação e reavaliação de condutas cotidianas, tanto em nível individual (processo de identificação e aprendizagem de cada sujeito)" quanto organizacional (a visão, a missão e os valores da instituição). Ao mesmo tempo, ela entendeu a responsabilidade das instituições de ensino superior e dos serviços de saúde na formação de enfermeiros líderes, sendo importante o papel do enfermeiro responsável técnico da instituição em definir um estilo de liderança que se alinhe à cultura da organização e promover o aprendizado dessa competência por seus enfermeiros.

Avançando na prática

Gerindo o conflito

Descrição da situação-problema

Em um hospital particular de médio porte, a gerente de enfermagem Adélia enfrenta um conflito durante a montagem da escala do mês de dezembro. Nessa instituição, as enfermeiras Raquel, Tânia, Priscila e Renata são supervisoras do plantão noturno das unidades de enfermaria I, II, III e IV, respectivamente. Todas cumprem turnos de 12 horas de trabalho e têm direito a duas folgas por mês. Sendo assim, quando Raquel está de folga, Tânia assume a responsabilidade pela unidade I e II ao mesmo tempo. O mesmo acontece quando Tânia está de folga, pois Raquel também assume as duas unidades. Do mesmo modo, quando é Priscila quem está de folga, Renata faz a supervisão das unidades III e IV. Quando Renata está de folga, Priscila assume a supervisão das unidades. Mesmo que esse esquema tenha funcionado bem o ano todo, Adélia se encontrou em uma situação conflituosa ao precisar definir quem estaria de folga no Natal (25/12) e no Ano-Novo (31/12). Tanto Raquel quanto Tânia e Renata queriam estar de folga no ano novo. Somente Priscila queria folga no Natal. Por determinação legal, cada enfermeira supervisor só poderia assumir dois setores ao mesmo tempo. Logo no início do mês de dezembro, a enfermeira Renata afirmou que, se não estivesse de folga no Ano-Novo, iria faltar, pois já estava há um ano sem visitar seus familiares. No entanto, a enfermeira Renata era a supervisora que tinha o pior desempenho nas avaliações trimestrais entre as quatro, estava há menos tempo na empresa comparando às demais

e também apresentava atestados com frequência. Adélia percebia que dar folga para Renata no Ano-Novo seria injusto com as demais e pareceria ceder à sua chantagem. Logo, Adélia começou a pensar nos diferentes tipos de estratégias para gerir um conflito (solução integrativa de problemas, dominação, acomodação e barganha/compromisso). Quais decisões seriam adequadas pensando em cada estratégia e quais seriam os riscos caso Adélia optasse por cada uma delas?

Resolução da situação-problema

Pensando nos diferentes tipos de estratégias para gerir um conflito, Adélia chegou às seguintes possibilidades: 1) Por meio da acomodação, ela se omitiria do conflito, deixaria que as enfermeiras decidissem por elas e informaria que aguarda a decisão; nesse caso, haveria o risco de ampliar o conflito entre elas e não haver um consenso entre as enfermeiras. 2) Por meio da dominação, Adélia decidiria não agendar folga para nenhuma das enfermeiras no Ano-Novo, visando não cometer injustiças e reduzir possíveis frustrações. Outra possibilidade seria agendar a folga de Ano-Novo para Raquel e Tânia, obrigar que Renata trabalhe nas unidades I e II e ameaçá-la com uma advertência caso falte nesse dia; nesse caso, se todas trabalhassem no Ano-Novo, Raquel e Tânia poderiam ficar frustradas e desmotivadas por sentirem que havia uma injustiça. Caso somente Renata e Priscila tenham de trabalhar no Ano-Novo, também haveria o risco de Renata cumprir com o aviso e faltar, deixando Priscila responsável por quatro unidades e sobrecarregada. 3) Por meio da barganha: Adélia convocaria uma reunião e tentaria negociar que ou Raquel ou Tânia cedesse a folga de Ano-Novo para Renata (explicando sua situação pessoal) e ofereceria, como “recompensa”, a preferência de folga em outra data (ex.: carnaval, páscoa etc.); nesse caso, haveria o risco de que nem Raquel, nem Tânia estivessem dispostas a ceder a folga para Renata e isso ampliaria o conflito entre elas. 4) Por meio da solução integrativa de problemas, Adélia buscaria uma opção viável junto às outras supervisoras do hospital (de outras unidades) para verificar a possibilidade de troca da folga de Ano-Novo com Renata; neste caso, Adélia poderia não conseguir encontrar uma solução que agradasse a todos.

Faça valer a pena

1. Leia e analise as duas afirmações a seguir:

1ª – O enfermeiro não pode utilizar sua autoridade enquanto responsável pela equipe, pois isso é autoritarismo, agressão, intimidação e abuso de poder.

2ª – O enfermeiro líder deve utilizar o saber científico, o diálogo e a comunicação efetiva e a ética embasada na legislação de enfermagem.

Com base na análise das afirmações acima, assinale a alternativa **correta**:

- a) A primeira afirmação é verdadeira e a segunda é falsa.
- b) A primeira afirmação é falsa e a segunda é verdadeira.
- c) Ambas as afirmações são verdadeiras, porém não se complementam.
- d) Ambas as afirmações são verdadeiras e se complementam.
- e) Ambas as afirmações estão incorretas.

2. Em determinado dia, Adélia recebeu em seu escritório a técnica em enfermagem Leila, pois ela desejava conversar sobre acontecimentos em seu setor. Leila disse que a enfermeira supervisora Denise, de seu setor, tem agido de forma diferente com as técnicas em enfermagem e com as enfermeiras assistenciais do setor. Com as técnicas em enfermagem, Denise tem um comportamento mais controlador e direciona todos trabalhos, porém com as enfermeiras assistenciais ela apresenta outra atitude, deixando-as mais livres e delegando outras atribuições. Leila diz que isso não é justo e não é atitude correta de um líder.

Pensando no estilo de liderança adotado pela instituição e nas alegações de Leila, Adélia respondeu para a técnica em enfermagem que:

- a) a instituição adotava um estilo de liderança tradicional e que, por isso, a supervisora Denise tinha uma atitude coerente com o que se pedia;
- b) a instituição adotava um estilo de liderança democrático e que, por isso, a supervisora Denise tinha uma atitude coerente com o que se pedia;
- c) a instituição adotava um estilo de liderança do tipo *laissez-faire* e que, por isso, a supervisora Denise tinha uma atitude incoerente com o que se pedia;
- d) a instituição adotava um estilo de liderança situacional e que, por isso, a supervisora Denise tinha uma atitude incoerente com o que se pedia;
- e) a instituição adotava um estilo de liderança interacional e que, por isso, a supervisora Denise tinha uma atitude coerente com o que se pedia;

3. No último século, vivenciamos constantes mudanças socioeconômicas, bem como transformações nas necessidades de saúde da população e no perfil dos clientes/pacientes que buscam atendimento. Com isso, os enfermeiros passaram a assumir novos papéis e a desenvolver novas habilidades, que não faziam parte da formação tradicional desse profissional, herdada de Florence Nightingale e do estilo militarista de disciplina. Ou seja, os modelos tradicionais de liderança já não se sustentam e outras teorias foram postuladas para atender a essas novas demandas modernas. Sobre o tema liderança, leia e analise as afirmações a seguir:

- I. Ser líder implica, antes de tudo, saber ser líder de si mesmo e da equipe, saber cuidar, saber lidar com pessoas e ser ético.
- II. Ser líder significa desempenhar suas atividades com liberdade, compartilhando-as com os demais profissionais, delegando funções privativas e reconhecendo limites dos liderados.
- III. O enfermeiro líder pode direcionar e motivar as pessoas à sua volta, de forma livre e espontânea, rumo a um objetivo comum.
- IV. Ser líder é também um processo unilateral de respeito, o que significa que os liderados precisam respeitar o líder apenas por seu cargo e posição hierárquica (status na organização).

Com base no tema e na análise das afirmações acima, é correto afirmar que são verdadeiras apenas as afirmações:

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) II e III.
- d) II e IV.
- e) III e IV.

Seção 2.3

Qualidade de vida no trabalho

Diálogo aberto

Durante a terceira reunião realizada por Adélia junto aos colaboradores de enfermagem do Hospital Rangel Barreto, houve muitas reclamações e constatações de desmotivação no trabalho. Adélia percebeu que há uma realidade de sobrecarga nos setores e que muitos trabalhadores estavam apresentando atestados ou se afastando devido a doenças, tanto de caráter físico (como a lesões por esforço repetitivo (LER)) quanto mentais (como depressão). Os técnicos e auxiliares de enfermagem dos setores de internação clínica e das UTIs apontaram que, em muitos plantões, eles trabalhavam com menos profissionais e, por isso, a sobrecarga era ainda maior, o que gerava exaustão, estresse e conflitos na equipe. Alguns até afirmaram que cometeram erros devido ao cansaço. Por conta das constantes ausências de profissionais na assistência, os colaboradores eram convidados a realizarem horas extras e, mesmo quando não desejavam, sentiam que precisavam "ajudar" e aceitavam. Isso os deixava ainda mais cansados. A reunião acabou mesmo antes que os profissionais tivessem tempo de apresentar todos os motivos que os deixavam descontentes no trabalho. Antes de sair da sala de reuniões, Adélia ouviu de muitos profissionais que eles estavam procurando outro emprego, pois não aguentavam mais o cansaço e o estresse do dia a dia no hospital. Ainda investigando esse tema, Adélia descobriu alguns casos de acusação de assédio moral contra enfermeiros líderes dos setores. Assim, Adélia entendeu que há uma grande quantidade de problemas relacionados à qualidade de vida no trabalho. Com isso em mente, ela pediu auxílio da psicóloga do RH, pois gostaria de saber: quais fatores influenciam na qualidade de vida no trabalho? Quais são as principais causas de sobrecarga no trabalho?

Não pode faltar

Qualidade de vida

Não é necessário um amplo conhecimento teórico para explicar o que significa ter qualidade de vida (QV). Esse termo, inclusive, é bastante comum no nosso dia a dia. Se lhe perguntassem o que é ter QV, ainda que não soubesse responder em termos teóricos, você provavelmente saberia dizer o que traz qualidade para a sua vida, o que faz sentir-se bem, pleno e realizado.

Ou seja, mesmo que se baseie no senso comum, é possível descrever com certa eficiência o que é ter QV a partir da associação desse termo com bem-estar, satisfação pessoal e financeira, segurança, lazer etc. Contudo, em termos teóricos, a discussão sobre QV se divide em duas perspectivas: o enfoque tradicional e a abordagem histórica (SILVA; MASSAROLLO, 1998).

Em resumo, o enfoque tradicional tem por objetivo identificar se há ou não QV a partir da análise de critérios e categorias pre-estabelecidos. Para tanto, utiliza-se de métodos e abordagens positivistas, entendendo o conhecimento como campo neutro, objetivo e livre de juízo de valores e implicações político-sociais.

Sob esse enfoque, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1998, p. 1405). Isto é, em definição, a QV tem mesmo um forte teor abstrato e subjetivo e envolve fatores multidimensionais e vários domínios. Então, cada indivíduo tem sua percepção sobre QV e ela é única. Como havíamos descrito acima, você poderia dizer com clareza o que traz qualidade à sua vida. E ninguém mais pode, pois se trata de sua própria percepção.

Apesar do forte caráter subjetivo, pesquisadores apontam quatro domínios principais relacionados à QV:

- I. Domínio físico: envolve fatores como dor, fadiga, sono e repouso.
- II. Domínio psicológico: envolve fatores como memória, aprendizado e capacidade de concentração.
- III. Domínio do nível de dependência: envolve fatores como capacidade de trabalho, atividades da vida cotidiana e mobilidade;

IV. Domínio das relações sociais e com o meio ambiente: envolve fatores como proteção, recursos financeiros, segurança física, poluição, ruído e transporte (WHOQOL GROUP, 1998).

Analisando tais domínios, percebe-se que a QV engloba e perpassa diversos aspectos da vida, tanto individual quanto coletiva, como a saúde, a moradia, a educação, alimentação o trabalho, o lazer, as relações sociais, a cidadania, entre outras.



Refleta

Refleta sobre a sua vida e o que faz você se sentir pleno e realizado. Quais fatores compõem a sua QV? Existem fatores mais importantes e menos importantes? Quais? Existem fatores não citados anteriormente e que você acredita indispensáveis? Hoje em dia, você diria que o acesso às tecnologias e à internet são fatores que influenciam a QV? Já pensou quão diferente seria sua vida sem celular e internet?

Por meio desse enfoque tradicional e positivista, que busca determinar se há ou não QV, vários instrumentos têm sido formulados e utilizados em nível nacional e internacional, por exemplo: Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS), *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), *Quality-adjusted Life-Years* (QALY) e Índice de Condições de Vida (ICQ), entre outros.

Por sua vez, a abordagem histórica da QV tem por objetivo estudar e compreender quais são os determinantes da QV e como eles a influenciam (SILVA; MASSAROLLO, 1998). Ao mesmo tempo, essa abordagem traz maior enfoque à historicidade dos fatos e à dimensão cultural da QV, pois percebe que a cultura é parte integrante da identidade do indivíduo e de sua condição como cidadão. Os autores dessa corrente de pensamento acreditam que a QV é o resultado de um processo histórico e social e que se relaciona ao modo de produção, ao sistema político, econômico e social, aos padrões de consumo e aos avanços tecnológicos que a sociedade mantém e reproduz ao longo dos séculos.



Você pode observar um exemplo claro de como a qualidade de vida é influenciada pelos modelos econômicos e sociais de um país e como fatos históricos se relacionam à QV por meio da comparação entre o Índice de Desenvolvimento Econômico (IDH) de países que na história foram colonizadores (ex.: países europeus) e compará-los aos países que foram colonizados (ex.: países africanos e sul-americanos). A QV em países como a Inglaterra é melhor do que em países como a Etiópia. Você também pode comparar as políticas sociais e econômicas de países como o Canadá e EUA com a Bolívia. O investimento em infraestrutura, saúde, segurança e educação nestes países da América do Norte é amplamente contrário ao que ocorreu e ocorre nos países do Sul do continente.

Ao mesmo tempo que os avanços tecnológicos possibilitaram que a medicina desenvolvesse métodos e medicamentos capazes de alongar a expectativa de vida (o que se relaciona a uma maior QV), hoje há um número maior de pessoas com câncer e pessoas obesas e sedentárias. Assim, muitos teóricos afirmam que, apesar de viver mais, muitos indivíduos estão vivendo com menos QV. Logo, afirma-se também que a QV é um aspecto dinâmico, multifacetado e, por vez, contraditório.

Qualidade de vida no trabalho

Muitos dos fatores apresentados anteriormente na QV estão relacionados com as atividades de trabalho e, nesse sentido, alguns teóricos e pesquisadores afirmam que é impossível desvincular qualidade de vida (QV) e qualidade de vida no trabalho (QVT). Isso porque o trabalho carrega diferentes significados, como: satisfação, orgulho, reconhecimento, dignidade, segurança, esforço, dor, fadiga, entre outros; e tem conotação existencial, pois os indivíduos se sentem produtivos ou improdutivos perante a sociedade (sensação de inclusão ou exclusão social) de acordo com a função que exercem (VASCONCELOS, 2001). Nesse sentido, tanto um indivíduo desempregado como aquele que exerce uma função pouco reconhecida na sociedade podem desenvolver problemas psíquicos (ex.: depressão, etilismo etc.) frente ao sentimento de exclusão social que vivenciam.

Ao longo do tempo, a QVT esteve sob a preocupação de vários pensadores. Por volta de 300 a.C., Euclides desenvolveu um método de trabalho baseado na geometria para aperfeiçoar a atividade agrícola à margem do rio Nilo. E Arquimedes, por volta de 287 a.C., formulou a Lei das Alavancas para facilitar que pesos fossem erguidos com menos esforço. Ambos avanços tiveram por finalidade melhorar o desempenho na produção otimizando o esforço físico dos trabalhadores.

Por longo tempo, a QVT foi pensada a partir desse único fator, o desgaste físico do trabalhador. Porém, no século XX, avanços nas pesquisas científicas fizeram emergir estudos sobre o comportamento humano, a satisfação no trabalho, a motivação dos indivíduos no alcance das metas organizacionais e como esses fatores impactam na QVT (VASCONCELOS, 2001).

Desse momento em diante, a QVT passou a ganhar outras dimensões e definições. Ainda que não haja um consenso no estabelecimento do conceito de QVT, assim como não há sobre QV devido ao seu caráter subjetivo e abstrato, os pesquisadores dessa área do conhecimento corroboram a perspectiva de que a QVT também é um processo dinâmico. Essa constatação parte da premissa que tanto as pessoas quanto as organizações e o contexto em que se inserem se transformam ao longo do tempo.

Com base nisso, Marziale e Dantas (2011) correlacionam a QVT à compreensão do trabalho em três diferentes níveis:

a) Primeiro nível: relaciona-se ao contexto externo do trabalho, ou seja, as condições macroeconômicas, tecnológicas, demográficas e regulamentares (leis e normas).

b) Segundo nível: compreende o contexto organizacional do trabalho, logo, os métodos de produção, as práticas, as estruturas de gestão, os recursos humanos e a política organizacional.

c) Terceiro nível: consiste no contexto do trabalho propriamente dito, isto é, o clima e a cultura de trabalho, as características, as tarefas e atribuições do trabalhador, os aspectos sociorrelacionais e a progressão na carreira.

Além desses outros fatores também podem ser identificados, como: as relações interpessoais com supervisores, salários, status, condições de trabalho (ergonomia, limpeza, conforto ambiental,

poluição física e acústica, temperatura e luminosidade) e segurança, entre outros.

Portanto, hoje se entende que a QVT é cercada pelos sentimentos subjetivos de cada trabalhador, mas também pelo interesse das organizações no bem-estar desses indivíduos, pois é possível observar que a QVT tem impacto direto na qualidade dos serviços prestados e/ou na produtividade (SCHMIDT, 2009).

Em resumo, pode-se concluir minimamente que QVT significa “ter condições adequadas de trabalho e respeitar e ser respeitado como profissional” (MARZIALE; DANTAS, 2011, p. 457).

E, assim como na QV, também existem diferentes instrumentos para avaliar a QVT, por exemplo: Instrumento de qualidade de vida no trabalho, índice de satisfação no trabalho, questionário de medida da satisfação no trabalho, *WHOQOL-100* e *WHOQOL-BREF* (estes dois últimos foram desenvolvidos pela OMS como tentativa de unificar vários instrumentos utilizados internacionalmente).



Pesquise mais

Quer saber um pouco mais sobre qualidade de vida no trabalho? Assista ao vídeo “Qualidade de Vida no Trabalho”. Apesar de mostrar um ambiente de industrial, o vídeo apresenta estratégias de gestão da segurança e saúde do trabalhador e o movimento Abril Verde, criado pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 2014. Além disso, o vídeo também discute como o investimento em estratégias de melhoria na qualidade de vida do trabalhador reduzem os índices de acidentes e afastamentos e aumentam a produtividade.

Disponível em: <<https://youtu.be/YJOjVtK551s>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Qualidade de vida no trabalho em enfermagem

A qualidade de vida (QV) e a qualidade de vida no trabalho (QVT) são aspectos fundamentais para todos os trabalhadores, inclusive para os profissionais de saúde. É comum observar os profissionais de enfermagem queixando-se do trabalho e de uma gama de fatores que os desgastam cotidianamente.

A realidade em que o trabalho de enfermagem se insere é pautada

por várias transformações sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas. Em especial, o avanço de políticas neoliberais que têm atingido a América Latina, buscando reduzir o investimento do Estado nas áreas sociais.

Nesse contexto, é possível observar a intensificação do ritmo de trabalho e da competitividade do mercado, o aumento no número de desempregados, a flexibilização dos direitos trabalhistas e a redução na força de trabalho, entre outras mudanças trabalhistas. Ao mesmo tempo, há uma busca constante por qualidade nos serviços devido a maior exigência dos clientes/pacientes. Desse modo, a junção dessas duas realidades tem cobrado seu preço, principalmente na QV dos trabalhadores da saúde (FELLI; TRONCHIN, 2011).



Exemplificando

Suponha a seguinte situação: um setor cirúrgico que antes mantinha uma média de 70 cirurgias por semana (entre eletivas, urgências e emergências), com uma equipe de enfermagem composta por 5 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem, teve uma redução no seu quadro para 4 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem, apesar de manter o mesmo número de cirurgias por semana. Essa decisão foi tomada pelos administradores do hospital visando à redução dos custos hospitalares. A deficiência de profissionais provocou sobrecarga na equipe remanescente no setor. E, ao longo do tempo, a situação piorou, pois alguns colaboradores começaram a faltar e outros solicitaram afastamento. Os colegas que permaneciam trabalhando passaram a demonstrar intenso estresse, principalmente, nos dias em que havia folga de algum colega, o que aumentava ainda mais a carga de trabalho. A instituição aceitou oferecer hora extra para compensar os afastamentos, mas só poderiam aceitar aqueles que já trabalhavam com centro cirúrgico. Os profissionais que aceitaram trabalhar em hora extra o faziam nitidamente cansados. A situação piorou mais ainda quando alguns trabalhadores passaram a cometer erros grosseiros, muitas vezes atrapalhando o andamento do setor. Você acredita que a qualidade do cuidado prestado anteriormente é a mesma após a redução no quadro de funcionários?

Nesses sentido, pensar a QVT se torna cada vez mais imperativo nos dias atuais, pois a busca por maior produtividade e qualidade

também expõe os trabalhadores à sobrecarga e ao estresse, levando-os a desenvolver doenças e afastamentos.

Outros fatores, como baixos salários, falta de autonomia e pequena ou nenhuma expectativa de crescimento profissional na instituição, também podem ser apontados como determinantes para insatisfação dos trabalhadores. Portanto, a organização e a rotina de trabalho, bem como as políticas de gestão de pessoas da instituição, precisam ser constantemente repensadas para garantir qualidade de vida aos profissionais e, ao mesmo tempo, os resultados almejados pela instituição.

Dentro desse domínio de organização do trabalho, reforça-se a atuação do enfermeiro líder e as atribuições gerenciais do enfermeiro que foram apresentadas nas seções anteriores desta unidade. Como explicado anteriormente, fatores essenciais para a QVT são a autonomia e as relações interpessoais no trabalho. Assim, retomam-se as responsabilidades do enfermeiro na liderança, na gestão de equipes e na gestão de conflitos, assim como em outras, que serão discutidas mais adiante, como a educação continuada e a participação nos processos de seleção de colaboradores. Essas responsabilidades têm relação direta com a garantia e promoção da QVT.



Assimile

A correta condução do trabalho de enfermagem com efetividade, eficiência e qualidade e que garanta um cuidado integral e humanizado ao cliente/paciente depende diretamente da capacidade da(o) enfermeira(o) em gerir a equipe, levando em consideração a qualidade de vida do trabalhador, um programa adequado de educação continuada, treinamentos e avaliação do desempenho.

Várias pesquisas recentes apontam importantes achados sobre a QVT dos profissionais de enfermagem. Matos (1999) e Souza (2003) observaram prejuízos à QVT desses trabalhadores em relação à estrutura organizacional burocrática, aos salários inadequados, à falta de perspectiva de crescimento profissional, à escassez de recursos humanos e ao desequilíbrio entre a vida social (de fora da organização) e o trabalho.



Quão motivado e satisfeito você estaria depois de trabalhar 10 anos na mesma posição dentro de um hospital, sem perspectiva de crescimento profissional e recebendo o mesmo salário? Como se sentiria sabendo que profissionais eram contratados de fora da instituição para ocupar cargos que você gostaria de exercer?

Em seu estudo, Gelbecke (2002) concluiu que a organização do trabalho, ou seja, o modo como o trabalho e as relações profissionais ocorriam na instituição, interferia na QVT dos profissionais de enfermagem. O autor demonstrou que um exercício profissional que estimula a autonomia, a criatividade e uma prática crítica e reflexiva possibilita ao profissional desenvolver suas potencialidades e demonstrar satisfação pelo trabalho.

Outras pesquisas (LINO, 2004) apontaram que, em setores de terapia intensiva, as enfermeiras tinham o domínio da saúde comprometido na QVT e que havia ocorrência elevada de sintomas de depressão, estresse, ansiedade e distúrbios osteomusculares entre trabalhadores da enfermagem (LOIOLA; FELLI, 2007; SCHIMDT, 2009).

É evidente que, quando falamos de QVT, há uma associação direta com características negativas, pois essas têm aspectos destrutivos (subordinação e alienação do trabalho, sobrecarga, rotatividade, entre outras) e favorecem a ocorrência de doenças, acidentes e até morte. Contudo, também existem aspectos saudáveis e protetores da QVT. Estes são considerados potencializadores e se relacionam à integração social, ao aprendizado contínuo, à autonomia e ao desenvolvimento profissional (LAURIEL; NORIEGA, 1989; BREILH et al., 1990; SILVA; MASSAROLLO, 1998).

Saúde e segurança no trabalho

Ter uma boa QVT compreende um conjunto de fatores institucionais que possibilitam o completo desenvolvimento das potencialidades intelectuais e físicas do trabalhador e apresentam associação direta com seu bem-estar físico, social, material e mental, respeitando a ergonomia, a saúde, a segurança e a higiene do trabalho e impulsionando o trabalhador à conquista de sua cidadania

(MARTINS, 1999). Dessa forma, pensar em QVT também significa pensar em saúde e segurança do trabalhador, ou seja, aspectos que garantam condições ideais de trabalho.

Felli e Tronchin (2011) afirmam que a saúde do trabalhador de enfermagem é o resultado direto de sua exposição às cargas de trabalho. Nesse sentido, apontam as principais cargas de trabalho relacionadas às atividades laborais dos profissionais de enfermagem no Brasil, são elas:

I. Biológica: carga de trabalho relacionada ao contato direto ou indireto com microrganismos patogênicos causadores de doenças infecciosas, parasitárias e infectocontagiosas durante a assistência ou por contato com materiais contaminados;

II. Física: carga de trabalho relacionada à exposição do trabalhador a ambientes insalubres ou equipamentos defeituosos por falta de manutenção, inadequação de sua previsão e uso ou por manuseio incorreto de materiais e instrumentos (ex.: incêndios; acidentes com choques elétricos; ruídos de ventilador, ar-condicionado e outros equipamentos e instrumentos; umidade; iluminação inadequada; altas ou baixas temperaturas etc.);

III. Química: carga de trabalho relacionada à exposição do profissional às substâncias químicas, tais como: esterilizantes, antissépticos, medicamentos, desinfetantes, quimioterápicos, látex, gases anestésicos etc.;

IV. Mecânica – carga de trabalho relacionada às lesões ocasionadas por manipulação de perfurocortantes, agressões, fraturas, contusões, torções, quedas, preensão de dedos etc. No caso dos perfurocortantes, a gravidade se intensifica se o material estiver contaminado (usado) devido às cargas biológicas, consequentemente, ao risco de transmissão de doenças;

V. Fisiológica: carga de trabalho relacionada à exposição do trabalhador a atividades em posição ortostática, posicionamentos inadequados, manipulação de peso excessivo, trabalho noturno e outras condições que impactam o funcionamento do organismo;

VI. Psíquica: carga de trabalho relacionada à atenção constante; ao ritmo acelerado do trabalho; à supervisão estrita; ao trabalho monótono e repetitivo; às agressões psicológicas, ao assédio moral e ao estresse; à insatisfação, à fadiga e às dificuldades de comunicação, entre outras (FELLI, 2007).

Todo gestor deve ter conhecimento dessas cargas de trabalho para conseguir atuar sobre elas e reduzir o impacto das mesmas sobre a vida e o trabalho dos profissionais. Em especial, o enfermeiro deve manter atenção a essas cargas, orientar a equipe sobre os riscos e como reduzi-los, comunicar os administradores sobre a exposição dos profissionais a sobrecarga de trabalho e cobrar melhores condições de trabalho.

Entre essas seis, a exposição à carga de trabalho psíquica é a mais citada pelos trabalhadores de enfermagem como destrutiva da QVT. Isso está intimamente ligado ao seu objeto de trabalho, o humano e suas dores, seus sofrimentos e mortes, ao trabalho rotinizado e ao ritmo acelerado de trabalho, que ocorre pela escassez de recursos humanos. Há casos comuns de relatos sobre profissionais que sequer têm tempo para pausas de descanso no decorrer da jornada de trabalho (FELLI; TRONCHIN, 2011).

Burnout e depressão

O *burnout* (ou síndrome de *burnout* – SB) e a depressão apresentam características bastante semelhantes em seus sintomas e, por isso, é necessário estabelecer uma diferenciação entre essas duas condições patológicas.

Ao mesmo tempo que o trabalho está ligado à identidade e ao reconhecimento social do sujeito perante a sociedade, ele também pode ser a causa de intenso sofrimento físico e mental e gerar o adoecimento desse sujeito. No caso dos profissionais de saúde, é possível notar que estão expostos continuamente a situações desgastantes, tanto pelo contato cotidiano com o adoecimento e morte de seus pacientes quanto pela sujeição às tensas relações interpessoais e hierárquicas dentro das instituições de saúde. O trabalho em serviços de saúde demanda um alto nível de colaboração entre profissionais de diferentes formações e especialidades num trabalho coletivo e coordenado de assistência, porém, ao invés de promover o trabalho em equipe, a existência de um grande número de profissionais com diferentes especialidades acaba por acentuar a hierarquia de autoridades e o número de regras e normas dentro da instituição. Além disso, os profissionais de enfermagem padecem frente às longas jornadas de trabalho (muitas vezes, com duplos vínculos empregatícios), aos turnos de trabalho noturno, aos conflitos entre profissionais de mesmo nível ou entre níveis hierárquicos,

à organização e precariedade das condições de trabalho. Essas realidades, quando não são bem conduzidas pelos gestores, colocam os profissionais de saúde em risco de desenvolver a SB.

Devido ao alto desgaste emocional nessas atividades, percebe-se uma alta incidência da SB entre enfermeiros que trabalham em setores de terapia intensiva, neonatologia, pediatria e de assistência a pacientes crônicos, terminais ou com prejuízo mental/cognitivo (dependentes químicos, transtornos psiquiátricos, demência etc.) (CIMIOTTI; AIKEN, 2011).

A SB é uma condição patológica psicossocial que se desenvolve como resposta à contínua exposição do trabalhador a fatores estressantes no ambiente do trabalho, por exemplo: baixa remuneração, falta de reconhecimento profissional, competitividade, excesso de trabalho, falta de estabelecimento de prioridades e ausência de solidariedade entre os colegas e de equidade na organização. Ou seja, diferentemente da depressão, a SB é causada por desgastes físicos e emocionais que estão mais ligados às relações de trabalho do que ao próprio indivíduo.

A SB pode se manifestar de três diferentes formas:

I. Exaustão emocional (EE): o indivíduo apresenta forte sensação de esgotamento, ausência de energia e de condições emocionais para o trabalho.

II. Despersonalização (DS): o trabalhador apresenta insensibilidade emocional, o que gera relações frias e impessoais com pacientes e colegas de trabalho.

III. Baixa realização profissional (BRP): o profissional apresenta negatividade sobre o próprio desempenho profissional (sensação de incompetência), insatisfação e desânimo (FERREIRA; LUCCA, 2015).

Devido a essas características de esgotamento, falta de energia, negatividade, insensibilidade e desânimo, a SB é facilmente confundida com depressão. E, de fato, estudos demonstram que a SB pode gerar depressão devido ao impacto que causa na vida pessoal do indivíduo.

Por sua vez, a depressão também é uma síndrome psicossocial que se desenvolve devido ao desgaste emocional, porém, ao contrário da SB, a depressão se relaciona mais ao enfrentamento, aos processos internos e pessoais do indivíduo do que às relações de trabalho. Todavia, mesmo caso o trabalhador desenvolva depressão,

essa condição também irá impactar no seu rendimento no trabalho. Pode-se resumir, de modo simplista, que a SB se desenvolve devido ao trabalho e pode impactar a vida fora do trabalho, gerando depressão. E a depressão se desenvolve fora do trabalho e pode impactar o trabalho.

Dessa forma, ainda que não tenha responsabilidade em diagnosticar, o enfermeiro deverá estar atento a si mesmo e à equipe para distinguir quando uma condição é relacionada à depressão e quando é SB. Assim, ele poderá atuar junto aos gestores e ao setor de recursos humanos para conduzir o profissional até uma ajuda especializada, movimentar o profissional para um outro setor ou turno de trabalho (onde haja menor desgaste emocional) ou buscar melhorar as condições de trabalho, seja reorganizando a assistência, seja solicitando mais recursos humanos. Nesse sentido, é imperativo estabelecer uma comunicação clara com o trabalho para que haja transparência e negociação nesse processo, assim como evitar que ele acredite ser punido por incompetência ou por ter expressado sua condição.



Pesquise mais

Leia o artigo "Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo" e saiba mais sobre o tema. Nele, os autores avaliam a ocorrência desta síndrome em técnicos de enfermagem de um hospital público universitário.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 68-79 jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00068.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

Estresse e ansiedade em profissionais de enfermagem

Como discutimos anteriormente, a saúde do trabalhador é resultado direto da "adaptação" dos processos biológicos e psíquicos do indivíduo às condições (cargas) de trabalho e, se o trabalho é dominado por aspectos destrutivos da QVT, faz surgir desgaste físico e emocional, doenças, acidentes e mortes.

Diferentemente do burnout e assim como a depressão, o estresse não tem relação direta com o trabalho. Ele faz parte do cotidiano, tem se intensificado ainda mais com a adoção do estilo de vida moderno e pode se desenvolver tanto no trabalho quanto na escola/faculdade e em casa.

O estresse, ao contrário do que muitas pessoas pensam, é uma resposta “adaptativa” natural do organismo a uma situação adversa. O ser humano herdou essa condição de seu ancestral primitivo, que caçava sua comida na floresta e lutava por seu território, sendo que o estresse o ajudou a sobreviver e se reproduzir nessas condições.

Diante de uma situação conflituosa ou perigosa, o corpo se transforma para preparar o organismo e torná-lo capaz de enfrentar a condição agressora. Há liberação de adrenalina, noradrenalina e cortisol, os quais aceleram o batimento cardíaco, dilatam as pupilas, aumentam os níveis de hemácias e açúcar no sangue. Dessa forma, o corpo é colocado em estado de alerta, está preparado e tem energia para lutar ou fugir.

Ao mesmo tempo, como o organismo precisa desviar energia para a reação do organismo ao estresse, há diminuição da digestão e imunossupressão, isto é, o rebaixamento das defesas do organismo (BAUER, 2002).

Quando a situação agressora cessa, o corpo entra em um diferente estágio do estresse em que o organismo reverte aquelas modificações, voltando ao seu estado de normalidade (homeostasia). Esse estágio consiste na recuperação do organismo.

No entanto, quando o estresse ocorre com muita frequência, o corpo não consegue se recuperar com qualidade, deixando o indivíduo em permanente alerta.



Assimile

Se você já assistiu a um filme de terror que realmente o deixou assustado, sabe como é esse estado de alerta. O filme de terror causa várias situações estressoras, e, como elas se mantêm durante todo o tempo do filme, mesmo após o término dele e durante alguns dias você irá se sentir nesse estado de alerta e possivelmente se assustará fácil com qualquer tipo de ruído.

Se o estresse se prolonga, o indivíduo pode ter aumento no número de glóbulos brancos no sangue e diminuição do número de eosinófilos (problemas imunológicos); desenvolver úlceras gástricas; apresentar irritabilidade, insônia e mudanças de humor (como a depressão) e diminuição do desejo sexual, da concentração e da atenção; também há maior associação do estresse crônico com a ocorrência de uso abusivo de álcool e outras drogas, hipertensão e diabetes, além de outras diversas manifestações relacionadas ao comportamento e à memória.

Assim como a SB e o estresse, a ansiedade tem relação com a carga de trabalho psíquica enfrentada pelos profissionais de enfermagem e hoje figura entre os principais causadores de afastamentos.

De modo geral, a ansiedade é considerada um processo psíquico no qual o indivíduo projeta cenários e tenta antecipar situações futuras e sentimentos (bons ou ruins). Quando essa ansiedade é extrapolada, o indivíduo tende a frustrar-se facilmente, perder o foco no presente e sofrer intensamente com situações que ainda não ocorreram. Quando o indivíduo projeta cenários futuros ruins, isso age como agente estressor e o coloca em estado de alerta (assim como descrito acima).

A ansiedade pode ser estimulada ou inibida na equipe e conduzida pelo líder de modo que trabalhe a favor dos objetivos pretendidos pela organização. Todavia, quando a organização do trabalho coloca o profissional em constante competitividade e não há uma comunicação clara entre os membros da equipe, o sujeito tende a “suspeitar” dos líderes e dos colegas de trabalho e a acreditar em sua iminente demissão. Essa situação mantém o sujeito em um estado de constante preocupação (principalmente, financeira), não permitindo que se foque em suas atividades e/ou confie na equipe. Ao longo do tempo, a ansiedade favorece a ocorrência de conflitos, desgaste físico e emocional e exaustão. Portanto, pode-se afirmar que “os desgastes referem-se aos processos de adaptação que são destrutivos da integridade biopsíquica” (FELLI; TRONCHIN, 2011, p. 97).

Cabe ao líder identificar esse estado de excitação na equipe e saná-lo, buscando uma comunicação transparente, na qual todos partilham as informações, conhecem a realidade e confiam uns nos outros. É importante que toda equipe esteja alinhada e motivada com os objetivos da organização e participe dos processos de decisão.

Todavia, é necessário ressaltar que a ausência de sintomas não significa que não haja desgaste, uma vez que o indivíduo é capaz de recuperar-se em determinada medida. Logo, o enfermeiro deve estar atento a outros indicadores, como: faltas, atrasos, distrações, erros, queixas de “dor nas costas”, envelhecimento acelerado, sinais e sintomas inespecíficos (enxaqueca, cefaleia, gastrite etc.), aumento do número de doenças (resfriados, gripes etc.) e morte prematura de membro da equipe (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Sem medo de errar

Após se reunir com os profissionais de enfermagem da instituição e ouvir diversas queixas sobre o trabalho, Adélia entendeu que a organização do trabalho na instituição tem favorecido uma qualidade de vida no trabalho. Com isso em mente, ela pediu auxílio da psicóloga do setor de recursos humanos (RH) pois gostaria de saber: quais fatores influenciam na qualidade de vida no trabalho? Quais são as principais causas de sobrecarga no trabalho?

Tânia, a psicóloga do RH do Hospital Rangel Barreto, informou a Adélia que a QVT é um processo dinâmico, que carrega um alto teor abstrato e subjetivo, mas que também tem relação direta com o interesse da organização no bem-estar de seus colaboradores e em sua produtividade. Teóricos e estudiosos apontam que alguns fatores principais que **interferem na qualidade de vida do trabalhador**, ente eles, as condições macroeconômicas, tecnológicas, demográficas e regulamentares (leis e normas); os métodos de produção, as práticas, as estruturas de gestão, os recursos humanos e a política organizacional; e o clima e a cultura de trabalho, as características, as tarefas e atribuições do trabalhador, os aspectos sociorrelacionais e a progressão na carreira. Além desses, as relações interpessoais com supervisores, salários, status, condições de trabalho (ergonomia, limpeza, conforto ambiental, poluição física e acústica, temperatura e luminosidade) e segurança podem ser apontadas como aspectos que influenciam a QVT.

Tânia também afirmou que, entre os profissionais de enfermagem, as principais cargas de trabalho identificadas são: biológica (relacionada ao contato direto ou indireto com microrganismos patogênico); física (exposição do trabalhador a ambientes insalubres ou equipamentos defeituosos por falta de manutenção, inadequação de sua previsão e

uso ou por manuseio incorreto de materiais e instrumentos); química (exposição do profissional às substâncias químicas); mecânica (lesão ocasionada por manipulação de perfurocortantes, agressões, fraturas, contusões, torções, quedas, preensão de dedos etc.); fisiológica (exposição do trabalhador a atividades em posição ortostática, posicionamentos inadequados, manipulação de peso excessivo, trabalho noturno, entre outras); e psíquica (relacionada à atenção constante; ao ritmo acelerado do trabalho; à supervisão estrita; ao trabalho monótono e repetitivo; às agressões psicológicas, ao assédio moral e ao estresse; à insatisfação, à fadiga e às dificuldades de comunicação).

Avançando na prática

Intervindo na qualidade de vida no trabalho

Descrição da situação-problema

Após as explicações de Tânia e pensando nas queixas dos colaboradores de enfermagem do Hospital Rangel Barreto, a gerente de enfermagem Adélia percebeu que seria impossível, neste momento, intervir em todos os domínios para melhorar a qualidade de vida no trabalho (QVT) desses profissionais. Portanto, solicitou que a equipe do RH e os coordenadores de setores assistenciais trabalhassem juntos na aplicação de um questionário para identificar qual era o domínio mais afetado da QVT dos profissionais de enfermagem. Assim, após um longo processo, a equipe de trabalho chegou à conclusão que o domínio mais afetado era o da saúde e que a carga de trabalho que mais se relacionava a esse aspecto era a psíquica. Também foi apresentado um levantamento sobre o número de dias de faltas e afastamentos por doenças relacionadas a estresse, depressão, síndrome de burnout (esgotamento emocional) e queixas que poderiam estar relacionadas (ex.: lombalgias agudas, gastrites, enxaquecas); a rotatividade de profissionais na instituição; e o número de horas extras pagas para cobrir faltas e afastamento. Assim, Adélia convidou Tânia e os coordenadores de setores assistenciais para uma reunião, cujo objetivo era pensar um plano de ações para melhorar a QVT. Quais medidas poderiam ser tomadas a curto, médio e longo prazo para que a carga de trabalho psíquica tivesse menos impacto nos profissionais de enfermagem?

Resolução da situação-problema

A curto prazo, o grupo de coordenadores entendeu que seria interessante uma intervenção junto aos administradores do hospital para apresentar os resultados dos levantamentos realizados com relação à QVT, o número de horas extras pagas, a rotatividade de profissionais e o número de atestados e afastamentos. O intuito é demonstrar a necessidade de aumentar o quadro de profissionais de enfermagem, principalmente nos setores onde há maior desgaste físico e emocional e defasagens por afastamentos. Essas novas contratações reduziram a sobrecarga dos trabalhadores e desacelerariam o ritmo de trabalho, garantindo que todos tivessem momentos de descanso durante a jornada de trabalho, e, além disso, também trariam benefícios para a instituição, pois reduziram o número de afastamentos, atestados e horas extras pagas, bem como melhoraria a assistência, garantindo mais segurança aos pacientes.

A médio prazo, os coordenadores e supervisores dos setores assistenciais ficariam responsáveis por identificar possíveis casos de depressão, síndrome de burnout e estresse crônico em sua equipe e encaminhá-los para avaliação junto à psicóloga Tânia. Após essa avaliação, cada caso seria discutido individualmente entre a psicóloga e os coordenadores de setor para verificar a viabilidade de transferir o trabalhador de turno, equipe ou setor. Casos graves de desgaste emocional deveriam ser também encaminhados para o médico do trabalho. Essa medida visaria prevenir que o desgaste emocional de alguns trabalhadores se intensifique e que novos erros e afastamentos aconteçam.

A longo prazo, a perspectiva é que todos os enfermeiros da instituição adotem um estilo de liderança relacional e um trabalho em equipe pautado na comunicação clara, no compartilhamento de informações e no envolvimento de todos os membros na tomada de decisões, na busca, de resultados e no desenvolvimento profissional. Com isso, ao longo do tempo, espera-se que os profissionais desenvolvam suas atividades de forma mais autônoma, que as equipes estejam mais alinhadas aos objetivos da organização e, assim, haja menos ansiedade e insegurança entre os trabalhadores.

Por fim, o grupo também discutiu que a longo prazo seria interessante buscar junto aos administradores do hospital, formas de reconhecer o esforço dos profissionais de enfermagem no alcance das metas estabelecidas pela organização, seja através de premiações, bonificações ou promoções (tanto pelo desempenho

individual quanto coletivo), seja por aumento salarial ou melhora nas condições de trabalho.

Faça valer a pena

1. Cotidianamente, os profissionais de enfermagem desenvolvem suas atividades frente a diferentes cargas de trabalho. Essa exposição constante do trabalhadores de enfermagem favorece a ocorrência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho que interferem diretamente na qualidade de vida deles, bem como na produtividade da equipe e na qualidade da assistência.

Assinale a alternativa que expõe e explica corretamente uma dessas cargas de trabalho:

- a) A carga de trabalho biológica é aquela que se relaciona à exposição e ao contato direto ou indireto do profissional de saúde com microrganismos patogênicos antes ou após o turno de trabalho.
- b) A carga de trabalho química está relacionada ao inadequado uso ou manuseio de materiais e instrumentos utilizados na assistência à saúde.
- c) A carga de trabalho física compreende a exposição do profissional ao trabalho monótono, ao ritmo acelerado de trabalho, às agressões psicológicas, ao assédio moral e à necessidade de atenção constante; entre outras.
- d) A carga de trabalho mecânica é aquela que se relaciona ao risco de agressões, fraturas, preensão de dedos, contusões, quedas ou à lesão por materiais e instrumentos perfurocortantes durante o turno de trabalho.
- e) A carga de trabalho fisiológica compreende a exposição do profissional às substâncias químicas, tais como: látex, esterilizantes, antissépticos, medicamentos, quimioterápicos, gases anestésicos etc.

2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1998, a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (WHOQOL, 1998).

É possível perceber que o conceito de qualidade de vida apresenta um forte teor abstrato e subjetivo, que envolve vários domínios e fatores multidimensionais. Entre os domínios envolvidos na qualidade de vida, temos:

- a) Físico, químico, espiritual e mecânico.
- b) Físico, psicológico, do nível de dependência e das relações sociais e com o meio ambiente.
- c) Biológico, patológico, mecânico e psíquico.
- d) Da potência, da integração socioeconômica, da consciência espiritual, da aceitabilidade e equidade.

- e) Da eficiência financeira, da eficácia, da efetividade, da otimização social e da análise.

3. Suponha que você é o coordenador de uma unidade de internação clínica. Nessa unidade, trabalham quatro enfermeiros supervisores, seis enfermeiros assistenciais e onze técnicos de enfermagem, distribuídos nos diferentes turnos (matutino, vespertino e noturno). A unidade sempre está com lotação máxima (normalmente, vinte e nove leitos ocupados). Durante a última reunião de equipe, você ouviu muitos relatos dos profissionais sobre sobrecarga de trabalho. Eles relataram não ter tempo de descanso e, às vezes, nem mesmo para se alimentarem ou irem ao banheiro. Além disso, o número de afastamentos por doença, lesões e acidentes se tornaram mais frequentes. As faltas dos colegas que apresentam atestado aumentam ainda mais a sobrecarga e o estresse da equipe, gerando diversos conflitos.

Em seguida, a pedido da administração do hospital, o setor de recursos humanos (RH) fez uma análise do número e da ocorrência de desligamentos e constatou que a rotatividade na sua unidade é maior do que no outros setores da instituição. Geralmente, um profissional abandona a instituição após cerca de dois anos de trabalho. No entanto, na sua unidade a rotatividade ocorre a cada oito meses. Ou seja, a cada oito meses, um colaborador da sua equipe se desliga da instituição. O setor de RH ainda ressaltou que a instituição está sempre realizando processos seletivos e novas contratações devido a essa alta rotatividade, o que gera elevados custos para a instituição.

O texto acima apresenta alguns fatores relacionados às queixas e a alta rotatividade na sua equipe. Além desses fatores, quais outras questões poderiam estar relacionadas?

- a) A maior exposição dos trabalhadores a riscos ocupacionais que agredem o organismo; as condições de trabalho adequadas em relação ao ambiente (ex.: conforto e segurança); e a adoção de um modelo de liderança partilhada.
- b) A insatisfação dos pacientes/clientes em relação à assistência prestada; o medo e a insegurança de sofrer violência por parte de médicos; e a insatisfação com a profissão devido à formação precária no ensino superior.
- c) A insatisfação com a profissão devido à formação precária no ensino superior; a falta de domínio técnico na execução de procedimentos assistenciais; e a ocorrência de uma liderança democrática.
- d) A ocorrência de atrasos no pagamento de salários e benefícios; a existência de problemas pessoais (familiares); e o agravamento de doenças crônicas que os trabalhadores já apresentavam ao ingressar na equipe.
- e) A ausência de oportunidades de crescimento profissional na instituição; a falta de autonomia em detrimento de uma supervisão controladora e autoritária; e a insatisfação dos profissionais com os valores de salários e benefícios pagos.

Referências

- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.
- BAUER, M. E. Estresse – como ele abala as defesas do organismo? **Ciência Hoje**, v. 30, n. 179, p. 20-25, 2002.
- BERGAMINI, C. W. **Psicologia aplicada à administração de empresas**: psicologia do comportamento organizacional. São Paulo: Atlas, 2009.
- BOOG O.; BOOG M. **Com-viver em equipe**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2008.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/377633.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2017.
- BREIHL, J. et al. **Deterioro de la vida**: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: CEAS, 1990.
- CASTRO, L. C.; TAKAHASHI, R. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos num Hospital de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 2008, v. 42, n. 2, p. 305-11.
- CHIAVENATO, S. **Gerenciando pessoas**: o passo decisivo para administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1994.
- CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**., Brasília, v. 53, n. spe, p. 143-147, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.
- CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de Conflitos e Negociação. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 51-62.
- DIAS, M. A. de A. Liderança na Enfermagem. In: HARADA, M. de J. C. S. (Org.). **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011, p. 45-56.
- FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A Qualidade de Vida no Trabalho e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 85-101.
- FELLI, V. E. A. **Monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem**: promovendo a qualidade de vida no trabalho. Relatório de pesquisa, FAPESP, 2007.
- FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100068&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GELBECKE, F. L. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETA, V. K. **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002. p. 199-227.

GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A. G.; TREVIZAN, M. A.; GUIDO, L. A. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_19.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

HAMPTON, D. R. **Administração**: comportamento organizacional. São Paulo: McGraw-Hill, 1991.

KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **O processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LINO, M. M. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva 2004, 238 f. Tese (Pós-graduação em enfermagem na saúde do adulto). **Universidade de São Paulo** - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo

LOIOLA, R. A.; FELLI, V. E. A. Musculoskeletal disorders among nursing workers and quality of life. **Ergonomic: an international Journal of Ergonomics an Human Factors**, 2007, v. 29, p. 251-256.

MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 126-148, 1999

MARZIALE, M. H. P.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho. In: HARADA, M. J. C. (Org.). **Gestão em enfermagem**: ferramentas para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 455-461.

MATOS, E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no hospital universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 1999, v. 8, n. 3, p. 27-43.

MEYER, C. A. Sistema gerencial baseado em competências: considerações a respeito de sua aplicabilidade. **CADERNOS**. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 1998, v. 4, n. 1, p. 69-76.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

NEVES, F. B. S.; BENITO, G. A. V. Refletindo sobre Avaliação de Desempenho do Enfermeiro no Contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 459-463, jul./ago. 2004

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare de Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 640-640, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

_____. Trabalho em Equipe e Processo Grupal. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 105-120.

PEDUZZI, M. E. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERES, H. H. C. P.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 137-153.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico**.

2009, 266 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

SILVA, V. E. F.; MASSAROLLO, M. C. K. B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 283-286, 1998

SOUZA, T. M. O gerenciamento no cotidiano de uma unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal e a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem (Dissertação). Escola de Enfermagem, **Universidade de São Paulo**, 2003.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science of Medicine**, New York, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 8, n. 1, p. 23-35, 2001.

Gestão de pessoas, dimensionamento de pessoal e escala de trabalho em enfermagem

Convite ao estudo

Neste momento, iniciamos a nossa terceira unidade de ensino. Você conhecerá conceitos relacionados à gestão de recursos humanos, que permitirão um entendimento e compreensão sobre como liderar e gerir pessoas, possibilitando o desenvolvimento de uma visão crítica e posicionamento frente às questões que envolvem carreira, remuneração, processo seletivo e outras situações em que, embora façam parte de um processo que é conduzido pela área de RH de uma maneira geral o enfermeiro tem papel importante e participa ativamente, além, da gestão de recursos humanos. Na Seção 3.2, você estudará conceitos de extrema importância para o profissional enfermeiro, que estarão presentes em seu cotidiano, como normas e composição da equipe de enfermagem, cálculo de dimensionamento de pessoal e carga horária da equipe de enfermagem, pois o profissional enfermeiro, como líder, deve participar da elaboração e gerenciar não só a equipe, mas a unidade em que atua como um todo, garantindo a qualidade da assistência prestada e desenvolvimento profissional. Na Seção 3.3, você compreenderá a legislação trabalhista, e também conhecerá os conceitos relacionados a escalas de trabalho da equipe de enfermagem, bem como a elaboração e adequação ao processo e atividades desenvolvidas na unidade em que atua. Então, vamos iniciar?

Seção 3.1

Gestão de recursos humanos

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção de ensino, você irá conhecer conceitos relacionados à gestão de recursos humanos, além de diversos processos inerentes à gestão de pessoas. Em relação à equipe de enfermagem, o enfermeiro é responsável pela avaliação de desempenho, de treinamento e de desenvolvimento, o que muitas vezes é conhecido por educação permanente. É importante que você tenha conhecimento de que o enfermeiro participa inclusive da elaboração dos instrumentos que serão utilizados na avaliação de desempenho do profissional de enfermagem, já que esses tem conhecimento das principais atribuições da equipe de enfermagem, e também em relação ao treinamento e desenvolvimento.

Após identificar e perceber a falta de motivação da equipe e as reclamações recorrentes sobre a atuação dos líderes e das equipes, o que vêm ocasionando queda no desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, da qualidade da assistência, Adélia ampliou o conhecimento sobre acreditação e conseguiu definir as características dos profissionais, bem como motivar e desenvolver um trabalho em equipe através dos conceitos aprendidos, mantendo e promovendo a autonomia de cada profissional. Agora, Adélia foi convocada a participar da elaboração de processo seletivo e recrutamento de pessoal de enfermagem para determinadas vagas em diferentes unidades do hospital, mas, a partir daí, surgem novas indagações e dúvidas. Como levantar as atribuições de categorias profissionais diferentes e descrever os perfis adequados para cada função nas diferentes unidades do hospital? Como desenvolver o roteiro de treinamento e a avaliação de desempenho para esses novos profissionais?

Não pode faltar

Gestão por competências

Caro aluno, para compreender os conceitos a serem apresentados nesta seção, primeiramente, vamos conhecer o conceito de gestão. Gestão – do latim *gestione* – é a ação ou efeito de gerir ou de administrar, empenho na realização de um negócio. No novo *Dicionário Aurélio*, gestão significa: ato de gerir; gerência, administração.

O termo gestão passou a ser utilizado após a Revolução Industrial, pois os profissionais começaram a buscar soluções para problemas que não existiam antes, e, a partir daí, surgiu a ciência da administração, decorrente da necessidade de conhecimento e aplicação de métodos e técnicas administrativas. A gestão é considerada uma ciência da área de humanas, pois trata de pessoas envolvidas em recursos e estrutura organizacional e, além da técnica de administrar, utiliza informações relacionadas à economia, psicologia, contabilidade, estatística, filosofia, entre outras.

Agora que você já conhece o conceito e significado de gestão, vamos iniciar a conceituação sobre a gestão por competências, surgido se refere a um padrão avançado de gerenciamento de pessoas que surgiu na década de 1960. A partir da década de 1970, iniciou-se o desenvolvimento de um novo conceito de remuneração, direcionado ao alinhamento das estratégias da empresa e/ou organização ao desempenho de cada profissional, através de políticas de recompensas. A competência ainda era um conceito em construção, pois era vista como a cooperação, colaboração e entendimento de uma equipe de trabalho e a sinergia entre as competências individuais de cada membro. No Brasil, o conceito foi inserido em discussão somente a partir da década de 1990 e ainda vem se concretizando de forma gradativa. Porém, seu desenvolvimento acontece através de três dimensões: o conhecimento, a habilidade e a atitude, transmitir conhecimento, saber agir com responsabilidade, transferindo recursos e habilidades à empresa e à vida social da pessoa.

A partir desse contexto, surgiram inúmeras discussões acerca das competências organizacionais e profissionais como instrumentos fundamentais no mercado de trabalho atualmente competitivo. Na área da saúde, não é diferente, surgindo um novo modelo de gerir pessoas, com atribuições e tarefas direcionadas a determinadas

competências, o que significa que, para desempenho e realização de uma atividade, é necessário ter conhecimento, habilidade e atitude, colocando em prática a capacidade e potencial sempre que houver necessidade.

A aplicação da gestão por competência na enfermagem deve ser desenvolvida com foco no cuidado ao paciente e na assistência prestada. A competência enfatizada no paciente é uma ferramenta importante na prática da liderança atribuída ao enfermeiro.

O foco no paciente pode ser compreendido como a realização de atividades e processos desempenhados pelas diferentes áreas da equipe de saúde com a finalidade de alcançar os objetivos e os resultados da assistência direcionados às necessidades do indivíduo. Dessa forma, toda a equipe deverá assumir o compromisso com o paciente atendido.

A gestão por competência, no entanto, revela características pessoais e comportamentais dos profissionais, e os enfermeiros, como líderes, devem procurar desenvolver a criatividade, para revelar atitudes éticas, assim como a equipe de enfermagem também deve ter consciência da importância do trabalho integrado para buscar um resultado adequado e satisfatório na assistência prestada.

Plano de cargos e salários

O plano de cargos e salários pode ser compreendido como um conjunto de regras e diretrizes que definem os instrumentos de gestão de pessoas das organizações. Já a gestão está voltada para a remuneração: remunerar adequadamente os profissionais em conformidade com os cargos que esses ocupam dentro da instituição, além das responsabilidades assumidas e resultados apresentados; e remunerar os colaboradores de acordo com o mercado de trabalho, em conformidade com cargos e funções semelhantes em outras empresas do mesmo segmento.

A administração de cargos e salários é realizada de acordo com normas, ficando definido um salário de admissão em conformidade com a faixa salarial correspondente ao cargo que o colaborador irá ocupar; salário para um novo cargo, definido de acordo com as atribuições e responsabilidades do novo cargo a ser assumido pelo colaborador; e as alterações salariais, que ocorrem em determinadas situações como o fim do período de experiência, quando há uma promoção para um cargo maior, alteração salarial por merecimento, transferência para um cargo diferente e reclassificação do cargo executado.



Exemplificando

O plano de cargos e salários é um importante instrumento gerencial para desenvolvimento da carreira profissional e adequação da remuneração em uma organização, pois possibilita ao colaborador visualizar o caminho a percorrer, a perspectiva com sua carreira e melhoria salarial, sendo que a carreira do trabalhador inicia-se com a ingressão no cargo, seguindo com desenvolvimento e atuação dentro da organização, até sua aposentadoria.

Recrutamento e seleção de pessoas

Caro aluno, embora os processos de recrutamento e seleção de pessoas sejam atividades realizadas pela área de recursos humanos, é bastante comum, e, em muitas situações, imprescindível a participação do profissional enfermeiro para recrutar e selecionar os profissionais da equipe de enfermagem. Assim, vamos conhecer os conceitos e objetivos desse processo.

O recrutamento pode ser considerado como a maneira utilizada para encontrar candidatos para vagas abertas na instituição. É importante que o processo de seleção tenha um recrutamento bem elaborado a fim de disponibilizar diferentes opções de candidatos com diferentes qualificações e competências, que, muitas vezes, é denominado como “banco de talentos”. O recrutamento pode ainda variar de acordo com a necessidade e o perfil de cada organização. Assim, a área de RH deve estabelecer quais são as demandas e insuficiência em todos os níveis institucionais, definindo de maneira adequada as características em conformidade com a realidade da empresa.

A organização pode utilizar o recrutamento interno quando surgir uma determinada vaga, que poderá ser preenchida através da promoção de um colaborador, remanejamento ou ainda transferência entre setores e áreas da empresa, sendo que tal conduta pode trazer motivação aos funcionários, já que favorece o autodesenvolvimento, estimulando a busca por excelência e melhoria contínua, além da facilidade de preenchimento imediato da vaga, não sendo necessário aguardar a morosidade e o custo extra (anúncio da vaga, exame médico admissional) do recrutamento externo, além do custo com treinamento, pois, no caso do recrutamento interno, o candidato

já conhece a empresa, e também não será necessário o processo de passar pelo período de experiência. Já o recrutamento externo pode ser realizado de diferentes maneiras, através de anúncios em sites da internet, ou na própria portaria da empresa. Candidatos se apresentaram de forma espontânea, ou até mesmo indicados por colaboradores.

De acordo com Chiavenato (2006), a seleção de pessoas constitui a escolha da pessoa certa para a vaga certa. Dentro desse contexto, o processo de seleção deve ser constantemente armazenado por candidatos em potencial que foram recrutados, para que assim possa ser realizada uma comparação, em que são colocados os perfis dos cargos e as características deles para verificar quais atendem aos requisitos.

Avaliação de desempenho profissional

A avaliação de desempenho é uma ferramenta que pode ser utilizada pela gestão de uma organização para avaliar e acompanhar o trabalho de seus colaboradores, auxiliando e valorizando a tomada de decisões, identificando os pontos onde se fazem necessários aperfeiçoamento e melhoria. Em resumo, essa ferramenta analisa o desempenho individual ou de uma equipe dentro de uma determinada organização, através de um processo que se inicia com o reconhecimento e análise do comportamento de um colaborador em um intervalo de tempo determinado, quando se avalia o relacionamento com a equipe e demais colegas, conhecimento técnico e postura profissional.

Através da avaliação de desempenho, o gestor pode reconhecer “novos talentos”, dentro da própria instituição, possibilitando remanejamentos internos, além de poder oferecer gratificações aos colaboradores que se destacarem. Também é possível fornecer feedback tanto aos colaboradores como aos gestores, o que pode favorecer a motivação e investimento em desenvolvimento que pode melhorar o desempenho e trazer vantagens para a empresa. A importância de se manter a avaliação de desempenho é que essa é uma ferramenta que pode trazer auxílio para mudanças positivas na gestão de pessoas, pois é possível avaliar os colaboradores de maneira adequada e assim beneficiar o clima organizacional, investir em treinamento e desenvolver a eficiência no trabalho.

Treinamento e desenvolvimento de pessoas – educação permanente

Caro aluno, como já visto anteriormente, o enfermeiro tem

papel importante em vários processos relacionados à gestão de pessoas, como a seleção e avaliação de desempenho, e também em treinamento e desenvolvimento, atuando de forma ativa nesses processos junto à equipe de enfermagem.

De maneira geral, o treinamento e o desenvolvimento de pessoas são considerados atualmente como um dos fatores essenciais para o sucesso de uma organização.

O treinamento e o desenvolvimento são compostos por um conjunto de ações que tem por finalidade capacitar e preservar os profissionais que alinham os objetivos da organização com as atividades desempenhadas, ocasionando uma melhoria na qualidade do trabalho. O bom relacionamento em equipe também é uma habilidade que deve ser incentivada, pois estimula a realização de um bom trabalho de forma geral.

Dentro desse contexto, destacam-se os treinamentos comportamentais, que têm por objetivo trabalhar o relacionamento interpessoal dos profissionais, auxiliando no desenvolvimento da capacidade para lidar com as mais diferentes situações. Dessa forma, entende-se que essa capacitação é essencial, pois a formação de bons profissionais não é composta apenas de conhecimento e desenvolvimento técnico. As emoções, sentimentos e pensamentos interferem de forma direta no comportamento das pessoas, refletindo nas atitudes.

Quando falamos em desenvolver pessoas, estamos fazendo uma relação direta com o ser humano e, principalmente, com seu desenvolvimento mental e psicológico. Assim, fazem-se necessários promoção e crescimento do potencial de cada indivíduo. Dessa forma, a finalidade dos treinamentos comportamentais estará em conformidade com as perspectivas da organização, alinhando as competências a serem trabalhadas através de uma análise para identificação das competências a serem trabalhadas, de acordo com o perfil de cada colaborador, buscando estimular e motivar a mudança comportamental desejada.

A educação permanente em saúde

A **educação permanente em saúde** não consiste apenas em uma prática de ensino-aprendizagem, pois, através dessa ação, se produzem conhecimentos aplicados na rotina dos estabelecimentos de saúde, utilizando as vivências e experiências diárias de todos os envolvidos (equipe multidisciplinar), em que as situações enfrentadas

diariamente servem como base para questionamentos e possíveis mudanças. Podemos, desse modo, compreender que se trata de um conceito de problematização e aprendizagem significativa, ou seja, um processo de ensino-aprendizagem baseado na elaboração de conhecimentos que respondam aos questionamentos das experiências vividas, gerando novas perguntas sobre como se posicionar e agir. Assim, esse conceito é uma relação entre a educação e o **trabalho em saúde**, destacando-se a importância social e a relação com a mudança do exercício profissional, associando o conhecimento técnico e científico, a ética do trabalho em saúde e as relações.

Além desse contexto, deve-se considerar a **educação permanente em saúde** como uma ação política que contribui com a construção do **Sistema Único de Saúde** (SUS), com diretrizes para a formação de profissionais em saúde que buscam inovação na conexão entre o ensino, o trabalho e as relações sociais.

Assim, a educação permanente em saúde se faz através da troca de informações, saberes e práticas aplicadas em cada lugar, de maneira crítica e transformadora, questionando a relação entre aquilo que sabemos e realizamos com o que ainda deverá ser conhecido, constituindo, dessa forma, uma preocupação atente entre o que já se sabe e o que há por saber.

Caro aluno, é importante considerar que toda e qualquer instituição é composta por pessoas e que cada um desses profissionais da saúde tem conhecimentos, concepções e percepções diferentes em relação à produção em saúde e o papel que cada indivíduo deve realizar na organização do processo e práticas diárias. Portanto, a fim de motivar mudanças e transformações, são indispensáveis a discussão e o diálogo acerca dessas concepções, trazendo a contextualização das práticas atuais, problematizando o trabalho de cada profissional e cada equipe, de forma concreta, pois as informações devem ser comunicadas com efetividade para assim proporcionar o crescimento e desenvolvimento não só das pessoas, mas da instituição como um todo.

A **educação permanente em saúde** é a forma de se utilizar novas maneiras de se realizar as tarefas cotidianas com resolutividade, e, nesse contexto, a informação essencial não é aquela que está efetivamente no conteúdo, mas é a potencialidade contida nela que deve possibilitar e favorecer a interface entre o ensino/aprendizagem,

as ações profissionais e a gestão em saúde, promovendo a cidadania e a qualidade dos serviços.



Pesquise mais

A educação permanente é um tema amplamente discutido atualmente, sendo que esse processo está relacionado à qualidade da gestão, assistência, capacitação e qualificação dos profissionais.

Acesse os links a seguir para ampliar seus estudos nessa área:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>

<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a15.pdf>

<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/14766/pdf>>. Acessos em: 26 jun. 2017.

Sem medo de errar

Como enfermeiro, você deve ter conhecimento e compreender a importância da participação em processos de seleção relacionados à equipe de enfermagem, assim como treinamento e desenvolvimento desses profissionais, participando também da elaboração dos instrumentos que serão utilizados nesses processos. Agora, Adélia foi convocada a participar da elaboração de processo seletivo e recrutamento de pessoal de enfermagem para determinadas vagas em diferentes unidades do hospital, mas, a partir daí, surgem novas indagações e dúvidas. Como levantar as atribuições de categorias profissionais diferentes e descrever os perfis adequados para cada função nas diferentes unidades do hospital? Como desenvolver o roteiro de treinamento e a avaliação de desempenho para esses novos profissionais?

A princípio, Adélia deverá envolver os profissionais da área de recursos humanos para iniciar o recrutamento e elaborar o roteiro e descrição dos cargos e funções, desenvolvendo, em seguida, o treinamento e a avaliação de desempenho.

Avançando na prática

Treinamento e desenvolvimento de pessoas

Descrição da situação-problema

Após definir o perfil e as atribuições dos cargos a serem preenchidos, Adélia se depara com a elaboração do treinamento desses profissionais, e as respectivas avaliações de desempenho, entretanto os profissionais selecionados serão admitidos em unidades hospitalares distintas. Dessa maneira, surge uma dúvida: Como elaborar o treinamento específico para cada função?

Resolução da situação-problema

Você poderá envolver, nessa situação, o setor de recursos humanos para retomar o recrutamento dos profissionais, porém, já com os requisitos e currículo definidos, assim, ao anunciar a vaga, eles estarão descritos para refinar a oferta e procura. Dessa forma, você participará não só da seleção, mas também estará definindo como será conduzido o processo de recrutamento exclusivo para essa vaga.

Faça valer a pena

1. A gestão por competências se refere a um padrão avançado de gerenciamento de pessoas que surgiu na década de 1960. A partir da década de 1970, iniciou-se o desenvolvimento de um novo conceito de remuneração, direcionado ao alinhamento das estratégias da empresa e/ou organização ao desempenho de cada profissional, através de políticas de recompensas. No Brasil, o conceito foi inserido em discussão somente a partir da década de 1990 e ainda vem se concretizando de forma gradativa, sendo que as competências organizacionais e profissionais se tornaram instrumento fundamental. Na área da saúde, não é diferente, surgindo um novo modelo de gerir pessoas, com atribuições e tarefas direcionadas a determinadas competências, o que, significa que para desempenho e realização de uma atividade, é necessário ter conhecimento, habilidade e atitude, colocando em prática a capacidade e potencial sempre que houver necessidade.

Dentro do contexto apresentado, a gestão por competência na enfermagem deve ser desenvolvida:

- a) com foco na clientela atendida (social e econômica) e na assistência prestada;
- b) com foco no cuidado ao paciente e na competência técnica.

- c) com foco no cuidado ao paciente e na assistência prestada;
- d) com foco no potencial da equipe e na assistência prestada;
- e) com foco no potencial da equipe e na clientela atendida.

2. A gestão em enfermagem deve ter o foco no paciente, sendo que a realização de atividades e processos desempenhados pelas diferentes áreas da equipe de saúde deve ter a finalidade de alcançar os objetivos e os resultados da assistência direcionados às necessidades do indivíduo. Dessa forma, toda a equipe deverá assumir o compromisso com o paciente atendido.

A gestão por competência, no entanto, revela características pessoais e comportamentais dos profissionais. O enfermeiro, como líder, deve desenvolver em sua equipe, habilidade e atitude ética, e a equipe, por sua vez, deve ter consciência _____.

Assinale a alternativa que contém o trecho que completa o texto acima.

- a) do significado de gestão por competência para realizar as atividades e processos adequadamente e com qualidade;
- b) da importância do trabalho integrado para buscar um resultado adequado e satisfatório na assistência prestada;
- c) da importância do trabalho integrado para buscar conhecimento, habilidades e atitudes, no atendimento ao cliente;
- d) da importância do trabalho em equipe em conformidade com as competências individuais para buscar resultado coletivo;
- e) do significado de gestão por competência, pois pode auxiliar o enfermeiro em relação à liderança para buscar a excelência.

3. O treinamento e desenvolvimento de pessoas têm por finalidade capacitar e preservar os profissionais que alinham os objetivos da organização com as atividades desempenhadas. Dentro desse contexto, destacam-se os treinamentos comportamentais, que têm por objetivo trabalhar o _____ dos profissionais, auxiliando no desenvolvimento da _____ para lidar com as mais diferentes situações. Dessa forma, entende-se que essa capacitação é essencial, pois a formação de bons profissionais não é composta apenas de _____ e _____, as emoções, sentimentos e pensamentos interferem de forma direta no comportamento das pessoas, refletindo nas _____.

Assinale a alternativa que contém as palavras e expressões que completam as lacunas do texto:

- a) conhecimento / habilidade / treinamento / desenvolvimento técnico / atitudes;

- b) relacionamento / interpessoal / capacidade / conhecimento, desenvolvimento técnico / atitudes;
- c) relacionamento / interpessoal / capacidade / treinamento, desenvolvimento técnico / habilidades;
- d) conhecimento / habilidade / conhecimento / treinamento específico / atitudes;
- e) relacionamento / capacidade / treinamento / desenvolvimento técnico / habilidades.

Seção 3.2

Dimensionamento de pessoal de enfermagem

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção de ensino, você conhecerá conceitos relacionados ao dimensionamento de pessoas e da equipe de enfermagem e compreenderá o cálculo utilizado para determinar a composição dos profissionais nas diferentes unidades de internação. É importante que você tenha conhecimento de que o enfermeiro é o profissional responsável em realizar o dimensionamento da equipe de enfermagem, de acordo com o Sistema de Classificação de Pacientes.

No hospital Rangel Barreto, a gerente de enfermagem Adélia, que assumiu há pouco tempo o cargo, já teve de agir em algumas situações como a falta de motivação da equipe, e atuação dos líderes e das equipes, além da elaboração de processo seletivo para preenchimento de vagas da equipe de enfermagem, e agora terá de realizar o dimensionamento de pessoal e fazer a distribuição dos profissionais das diferentes categorias, enfermeiros, técnicos e auxiliares para a composição das equipes das diferentes unidades do hospital. Como realizar o cálculo de dimensionamento de todas as equipes para todos os setores? Deverá ser utilizado o cálculo através da fórmula de Fugulin para unidades de internação e unidades especializadas:

$$QP (SF) = Km (SF) \times TSF 12$$

$$QP = \frac{N^{\circ} \text{ Leitos (\%)} \times HS \text{ ENF} \times DS + IST}{JST}$$

Não pode faltar

Dimensionamento de pessoas

Caro aluno, você já ouviu falar no termo “dimensionamento de pessoas”? Pois bem, essa metodologia – pode ser assim definida – é utilizada para determinar e otimizar o pessoal e as equipes de uma organização, através de cálculos que permitem verificar o tempo das

atividades dentro de um processo definido, delimitando se os cargos e funções estão organizados da maneira mais adequada e produtiva possível.

Após o reconhecimento desses dados e informações, pode-se estabelecer ações relacionadas ao quadro de colaboradores, como demissão, contratação, realocação e verificação de profissionais admitidos para funções as quais não desempenham. Determinar funções, cargos e alocar os funcionários de maneira organizada e planejada possibilita o atendimento adequado e aumento da produção.

Dimensionamento da equipe de enfermagem

No dimensionamento do pessoal de enfermagem são considerados aspectos quantitativos dos profissionais de enfermagem, visando à garantia de segurança ao paciente, qualidade da assistência prestada e às especificidades de atuação da equipe de enfermagem, considerando os avanços e a evolução tecnológica, a fiscalização dos Conselhos Regionais e as atualizações constantes, controle e avaliação das atividades assistenciais e do processo de enfermagem. Além disso, deve-se considerar também a indispensável busca pela excelência na assistência em saúde.

Quando falamos em dimensionamento de pessoal de enfermagem, é imprescindível se conhecer a clientela a ser atendida, cultural e economicamente, e para isso se deve utilizar o Sistema de Classificação de Pacientes – SCP, que define as necessidades de cuidados e o grau de dependência.

Dessa forma, os pacientes são classificados como:

- pacientes de cuidados mínimos (PCM) autocuidado: aqueles que se encontram estáveis clínica e fisicamente e autossuficientes em relação às necessidades humanas básicas.
- pacientes de cuidados intermediários (PCI): apresentam-se estáveis, porém necessitam de acompanhamento e avaliação de enfermagem, sendo parcialmente dependentes para a realização das necessidades humanas básicas.
- pacientes de cuidados semi-intensivos (PCSI): quadros clínicos graves, sinais vitais instáveis, porém com possibilidade de recuperação, necessitando de cuidados de enfermagem permanentes e especializadas.

- pacientes de cuidados intensivos (PCIt): estados clínicos graves, com risco iminente de morte, apresentando funções vitais instáveis, portanto necessitam de assistência de enfermagem permanente e especializada.



Pesquise mais

A Resolução nº 543/2017 atualiza e estabelece parâmetro para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

A seguir, o link de acesso:

<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>.

Acesso em: 3 jul. 2017.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é baseado no Sistema de Classificação de Pacientes, sendo que o cálculo considera as horas de assistência prestada. Dessa forma, para auxiliá-lo na compreensão desse processo para dimensionamento da equipe de enfermagem, segue link com orientações do Coren: <<http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2013/08/DPEDirecionamentositefinal.pdf>>.

Acesso em: 10 jul. 2017.

Cálculo de dimensionamento do pessoal de enfermagem

Para aplicação do cálculo, devem-se considerar as horas de enfermagem por leito nas 24 horas de assistência prestada.

- 3,8 horas de enfermagem por paciente, na assistência mínima ou autocuidado (PCM).
- 5,6 horas de enfermagem por paciente, na assistência intermediária (PCI).
- 9,4 horas de enfermagem por paciente, na assistência semi-intensiva (PCSI).
- 17,9 horas de enfermagem por paciente, na assistência intensiva (PCIt).

Quadro 3.1 | Cálculo de horas necessárias para assistência ao paciente nas 24 horas, baseado no sistema de classificação de pacientes

SCP	Total de Horas de Enfermagem por semana (THE/ Sem)	Total de Horas de Enfermagem por Dia (HE/Dia)	Horas de Enfermagem por Paciente (HE/ Pac) S
Cuidados	Fórmula: THES = Total de SFX Período de Tempo	Fórmula: HED = THE/Dias da Semana	Fórmula: HEP = HED/Nº de Pacientes
Mínimos	THES = 89 x 6 = 534 h/semana	HED = 534 / 7 = 76,28 h/dia	HEP = 76,28 / 20 = 3,814 > 3,8 h/pac
Intermediários	THES = 131 x 6 = 786 h/semana	HED = 786 / 7 = 112,28 h/dia	HEP = 112,28 / 20 = 5,614 -> 5,6 h/pac
Semi-intensivos	THES = 221 x 6 = 1326 h/semana	HED = 1326 / 7 = 189,42 h/dia	HEP = 189,42 / 20 = 9,4714 -> 9,4 h/pac
Intensivos	THES = 331 x 6 = 1878 h/semana	HED = 1878 / 7 = 268,28 h/dia	HEP = 268,28 / 15 = 17,885 -> 17,9 h/pac

Fonte: elaborado pelo autor.

Índice de segurança e composição da equipe de enfermagem

O cálculo de dimensionamento da equipe de enfermagem, considerando o Sistema de Classificação de Pacientes, define a composição da equipe de enfermagem com a distribuição percentual dos profissionais:

- cuidados mínimos e intermediários: de 33 a 37% de profissionais enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.
- cuidados semi-intensivos: 42 a 46% de enfermeiros; os demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem:
- cuidados intensivos: de 52 a 56% de enfermeiros, ; os demais são técnicos de enfermagem.

Para efeito de cálculo, deve se considerar ainda:

- índice de segurança técnica – IST – 15 (nunca inferior).
- jornada semanal de trabalho – JST – considerar 20; 24; 30; 32,5; 36 e 40 horas.
- período de tempo: 4, 5 e 6 horas – PT.



Para unidades especializadas, como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o paciente, tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao Sistema de Classificação de Paciente (SCP). O paciente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários. 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.

Cálculo de Quadro de Pessoal (QP) para unidades de internação

$$QP = KM \times THE$$

QP = (quantidade de pessoal)

THE (total de horas de enfermagem)

Km = Constante Marinho (cálculo abaixo)

$$Km = \frac{DS \times IST}{JST}$$

DS = dias da semana = 7

JST = jornada semanal de trabalho (20, 30, 36h)

IST = Índice de segurança técnica = 15% = 1.15

$$THE = \{(PCM \times 3,8) + (PCI \times 5,6) + (PCSI \times 9,4) + (PCIt \times 17,9)\}$$

Fórmulas de Fugulin

$$QP = \frac{N^{\circ} \text{ Leitos (\%)} \times HS \text{ ENF} \times DS + IST}{JST}$$

Cálculo de Quadro de Pessoal (QP) para unidades especializadas

- ambulatório;
- pronto-socorro;
- central de material;
- centro cirúrgico;

Sítios funcionais

- Atividades;
- período de tempo 6 horas (M, T, N1 e N2)

$$QP (SF) = Km (SF) \times TSF 12$$

TSF = total de sítios funcionais

Km = Constante Marinho (cálculo abaixo)

$$Km = \frac{PT \times IST}{JST}$$

PT = período de trabalho

IST = índice de segurança técnica

JST = jornada semanal de trabalho



Reflita

Cabe ao enfermeiro o registro diário da ausência ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de seis anos e de pacientes crônicos, com mais de sessenta anos, sem acompanhantes; classificação dos pacientes segundo o SCP, unidades assistenciais. Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.



Exemplificando

O paciente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para esse fim. O paciente crônico, com idade superior a sessenta anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva, deverá ser acrescido de 0,5 às horas de enfermagem.

Sem medo de errar

O enfermeiro é o profissional responsável em determinar e distribuir os profissionais de enfermagem em número e percentual por categorias adequadas. A enfermeira Adélia, gerente de enfermagem do hospital Rangel Barreto, vem atuando junto à equipe, para buscar a melhoria na qualidade e desempenho das atividades realizadas e assistência prestada ao paciente. Também participou do processo seletivo para preenchimento de vagas da equipe de enfermagem, e agora terá de realizar o dimensionamento de pessoal e fazer a distribuição dos profissionais das diferentes categorias, enfermeiros, técnicos e auxiliares para composição das equipes das diferentes unidades do hospital. Como realizar o cálculo de dimensionamento de todas as equipes para todos os setores?

Para auxiliar nos cálculos de dimensionamento, Adélia poderá envolver os enfermeiros responsáveis pelos setores, aplicando o cálculo a seguir, conforme a complexidade de assistência e dependência dos cuidados de enfermagem de cada unidade.

$$QP (SF) = Km (SF) \times TSF 12$$

$$QP = N^{\circ} \text{ Leitos (\%)} \times HS \text{ ENF} \times DS + IST \\ JST$$

Avançando na prática

Delegando atribuições

Descrição da situação-problema

Os enfermeiros são responsáveis pelo dimensionamento da equipe de enfermagem. Dessa forma, a gerente de enfermagem Adélia envolveu a equipe de enfermeiros do hospital Rangel Barreto para realização do dimensionamento das diferentes unidades, porém alguns enfermeiros apresentam dificuldades de compreensão, pois são recém-formados e não se depararam com essa atribuição antes, assim como orientar esses profissionais a realizar o cálculo e dimensionar toda a equipe.

Resolução da situação-problema

Adélia, como gerente de enfermagem, pode criar grupos com os

enfermeiros para discussão e composição da equipe, que poderão tirar dúvidas, realizar trocas de experiências e, assim, efetuar os cálculos de dimensionamento. Os grupos deverão ser divididos entre as unidades de internação e as unidades especializadas, pois a aplicação do cálculo é diferenciada e, dessa forma, os profissionais poderão definir as equipes em conformidade com a complexidade de assistência em cada unidade.

Faça valer a pena

1. No dimensionamento do pessoal de enfermagem, são considerados aspectos _____ dos profissionais de enfermagem, visando à garantia de _____ ao paciente, _____ da assistência prestada e as _____ de atuação da equipe de enfermagem, considerando os avanços e a evolução tecnológica, a fiscalização dos Conselhos Regionais e as atualizações constantes, controle e avaliação das atividades assistenciais e do processo de enfermagem. Além disso, deve-se considerar, também, a indispensável busca pela excelência na assistência em saúde.

Assinale a alternativa que contém as palavras que completam as lacunas do texto.

- a) quantitativos / segurança / qualidade / especificidades.
- b) pessoais / segurança / qualidade / especificidades.
- c) quantitativos / acessibilidade / qualidade / especificidades.
- d) quantitativos / segurança / qualidade / possibilidades.
- e) pessoais / acessibilidade / qualidade / especificidades.

2. Para a aplicação do cálculo de dimensionamento do pessoal de enfermagem, é considerado o Sistema de Classificação de Pacientes de acordo com a assistência a ser prestada e a dependência de cuidados de enfermagem, porém, além disso, devem-se considerar as horas de enfermagem por leito nas 24 horas de assistência prestada.

Relacione as colunas:

- () 3,8 horas de enfermagem por paciente.
- () 5,6 horas de enfermagem por paciente.
- () 9,4 horas de enfermagem por paciente.
- () 17,9 horas de enfermagem por paciente.
- () na assistência mínima ou autocuidado (PCM).
- () na assistência intensiva (PCIt).
- () na assistência semi-intensiva (PCSI).
- () na assistência intermediária (PCI).

Assinale a alternativa correta:

- a) 2, 3, 4 e 1.
- b) 1, 2, 3 e 4.
- c) 1, 4, 3 e 2.
- d) 4, 3, 2 e 1.
- e) 3, 2, 1 e 4.

3. O enfermeiro é o profissional responsável em determinar e distribuir os profissionais de enfermagem em número e percentual por categorias adequadas. Assim, cabe ao enfermeiro o registro diário da ausência ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de seis anos e de pacientes crônicos, com mais de sessenta anos, sem acompanhantes; classificação dos pacientes segundo o SCP, unidades assistenciais.

Dentro do contexto apresentado no texto, assinale a alternativa correta:

- a) Deve ser delegado ao enfermeiro coordenador das unidades assistenciais o dimensionamento de todas as equipes de profissionais de enfermagem.
- b) Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.
- c) O enfermeiro gerente de enfermagem deve delegar ao enfermeiro das unidades assistenciais o gerenciamento do absenteísmo do quadro de profissionais de enfermagem.
- d) Deve ser garantida a possibilidade de alteração do dimensionamento de pessoal pelos enfermeiros das unidades assistenciais, de acordo com a avaliação deles.
- e) O enfermeiro da unidade assistencial deve definir o número de profissionais necessários para compor o quadro de cada unidade, através da avaliação de desempenho.

Seção 3.3

Escala de trabalho

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção de ensino, você conhecerá conceitos relacionados às escalas de trabalho da equipe de enfermagem, bem como conceitos de legislação trabalhista que serão utilizados para conduzir a elaboração das diferentes escalas, além de verificar cada uma das escalas utilizadas no cotidiano da atuação em enfermagem. É fundamental que você, como enfermeiro, tenha conhecimento desses aspectos relacionados à elaboração das escalas, pois essa atribuição pode tratar de um processo dispendioso e que causa conflitos entre a equipe. Dessa forma, o profissional deverá atuar não só na coordenação desse processo, mas também no gerenciamento desses possíveis conflitos, é o enfermeiro.

No hospital Rangel Barreto, a gerente de enfermagem Adélia, embora tenha assumido a função há pouco tempo, já se deparou com diferentes situações, entre elas a necessidade de dimensionamento de pessoal e a distribuição dos profissionais das diferentes categorias, enfermeiros, técnicos e auxiliares para composição das equipes das diferentes unidades do hospital. Agora que as equipes estão definidas e devidamente distribuídas entre as unidades, será necessário realizar as escalas de trabalho de cada uma delas. Como organizar o processo de elaboração desse grande número de funcionários de maneira adequada? Como elaborar as escalas de maneira a permitir que o atendimento e assistência continuem sendo prestados com a qualidade almejada? Vamos ajudá-la na elaboração dessas escalas!

Não pode faltar

Escalas de trabalho

Caro aluno, entre as diversas atribuições do profissional enfermeiro, a escala de trabalho está além de uma responsabilidade, sendo uma ferramenta que contribui para o gerenciamento da equipe de enfermagem. Assim, é importante que você tenha conhecimento de alguns aspectos que devem ser observados na elaboração e

gerenciamento das escalas da equipe de enfermagem.

A escala de trabalho deve considerar todos os plantões nas 24 horas, as atividades desenvolvidas de acordo com a complexidade, as diferentes funções dos profissionais, a dinâmica de cada unidade, as necessidades da clientela a ser atendida e o conhecimento de legislação trabalhista. Todos esses aspectos devem ser considerados para assegurar uma assistência de qualidade.



Assimile

A elaboração da escala de trabalho da equipe de enfermagem consiste em uma função dispendiosa e complexa, a qual exige conhecimentos, para que seja desenvolvida de maneira adequada, assegurando a assistência prestada aos pacientes nas 24 horas de um contexto hospitalar, ou durante os períodos de atendimentos de outros estabelecimentos de saúde, sendo necessário distribuir os profissionais entre os turnos de trabalho, proporcionando a cobertura adequada para o desenvolvimento dos cuidados a serem prestados aos pacientes. Além disso, a escala também é um documento em que se registram informações referentes a férias, licenças de saúde, folgas e o horário de trabalho realizado.

Legislação trabalhista

Como já foi apresentado, para a elaboração das escalas da equipe de enfermagem é importante ter conhecimento de legislação trabalhista. Dessa forma, algumas considerações, como situações em que a ausência do profissional não deve ser considerada falta em serviço, não havendo assim prejuízo em relação à remuneração/salário:

- Alistamento eleitoral, nos termos da lei.
- doação de sangue comprovada por meio de atestado (1 dia a cada 12 meses);
- até 15 dias, em caso de doença validada mediante apresentação de atestado médico;
- dois dias consecutivos em caso de falecimento do cônjuge, avós, irmão ou dependentes;
- cinco dias para homem quando do nascimento do filho;
- três dias consecutivos em virtude de casamento (licença gala);
- período de prestação de serviço militar;

- durante suspensão preventiva para responder a inquérito administrativo, ou de prisão preventiva quando for absolvido;
- licença maternidade de 120 dias, podendo ser de até 180 dias a critério da empresa e prorrogada até 15 dias mediante atestado médico quando a mãe amamenta e não tem creche na instituição;
- quinze dias em casos de abortamento não criminoso;
- a carga horária semanal de trabalho do pessoal de enfermagem pode variar de acordo com a instituição: 30 horas, 36 horas, 40 horas, 44 horas 12x36 e 12x60, não podendo exceder 44 horas semanais, sendo que o total de folgas deve estar em conformidade, acrescentando as folgas correspondentes aos feriados do mês.

Escala mensal da equipe de enfermagem

Essa escala de trabalho da equipe de enfermagem é comumente chamada de escala de folgas, cuja finalidade é a distribuição dos profissionais de uma determinada unidade, durante todos os dias do mês, em todos os plantões. Para a elaboração dela, alguns aspectos devem ser considerados, por exemplo, as folgas que devem garantir um número de profissionais suficientes de cada categoria para a assistência nas 24 horas. A elaboração dessa escala é de competência do enfermeiro, que deve ter conhecimento das leis trabalhistas:

- a carga horária semanal é de até 8 horas diárias e 44 horas semanais, podendo chegar a 12 horas diárias.
- o profissional tem direito a uma folga aos domingos a cada 7 semanas.
- inclusão na escala das folgas os feriados civis e religiosos;
- entre uma jornada de trabalho e outra, deve haver no mínimo 11 horas consecutivas de descanso.
- o horário de trabalho noturno vai das 22h às 5h, ou seja, a hora noturna equivale a 52' e 30"; assim, 7 horas de trabalho noturno equivalem a 8 horas de trabalho diurno.
- a mulher que está amamentando tem direito a dois intervalos de descanso, de 30 minutos cada um, até o sexto mês de vida do filho.
- deve ser concedido um intervalo para repouso e alimentação de 15 minutos para períodos de trabalho de 4 a 6 horas contínuas, e de no mínimo 1 hora e no máximo 2 horas para

períodos de trabalho superiores a 6 horas contínuas. Esses intervalos não são computados na jornada de trabalho.

Considerações para elaboração da escala mensal

- Características da clientela atendida, necessidades de assistência e da dinâmica da unidade para compor a equipe em conformidade e, desse modo, equilibrar férias e folgas, considerando ausências de licenças e afastamentos.
- conhecer as características pessoais dos profissionais, para proporcionar clima de colaboração e desenvolvimento de um plantão produtivo.
- procurar distribuir os membros da equipe de enfermagem de maneira planejada, a fim de atender às necessidades de cada um, da melhor maneira possível;
- no caso de “exceções”, essas devem ser decididas e assumidas pela equipe;
- alterações na escala após a sua elaboração e finalização devem seguir o estabelecido pela instituição.

Composição da escala mensal:

A escala mensal de folgas deve permanecer em local visível a todos e deve:

- nome completo, cargo/função de cada membro da equipe;
- identificação do turno de trabalho e folgas: M, T, N, F;
- destacar domingos e feriados;
- se houver folgas em haver ou dias a ligação entre as ideias deste trecho não é clara; sugerimos rever;
- evitar prorrogar folgas de um mês para o outro, pois isso pode comprometer a elaboração de escalas subsequentes;
- observar o dia da última folga no mês anterior, para que não ocorra um período maior de 7 dias consecutivos trabalhados;
- verificar para que o retorno do profissional em período de férias ocorra em dia útil;
- distribuir as folgas em domingos e feriados de forma mais igualitária possível entre os membros da equipe;
- determinar um cronograma para elaboração da escala, em que deve estar estabelecido até que dia do mês os profissionais podem solicitar folgas; o período para que o enfermeiro realize elaboração da escala; e a data de entrega

da escala para a chefia de enfermagem.

Escala de atividades ou escala diária

Caro aluno, a escala de atividades diárias é uma atribuição do enfermeiro assistencial responsável pela unidade em que atua, bem como em outra instituição de saúde, sendo importante e necessária para a condução da assistência e serviços. A finalidade dessa escala é distribuir as tarefas entre os profissionais da equipe de forma igualitária e adequada às necessidades do atendimento a ser prestado, evitando a sobrecarga de trabalho.

Essa escala poderá ser elaborada diariamente, semanalmente e até mensalmente, conforme critério do enfermeiro e processo de trabalho realizado. Assim, a distribuição das atividades pode ser feita de três formas:

- funcional: distribuição de acordo com as tarefas/atividades a serem realizadas no plantão;
- integral: de acordo com assistência prestada aos pacientes;
- trabalho em equipe: indicação de um determinado grupo para assistência durante o turno de trabalho.



Refleta

A enfermagem é a equipe que atua 24 horas junto ao paciente. Assim, o trabalho noturno, em feriados e em todos os finais de semana fazem parte do cotidiano desse profissional, além de ser uma necessidade nas instituições de saúde, podendo ser estafante, exaustivo e, muitas vezes, estressante. Dentro desse contexto, pode-se concluir que uma escala de trabalho rígida e inflexível seja um dos aspectos que mais contribuem para o descontentamento e desmotivação dos profissionais no exercício de suas atividades diárias.

Escala de férias

Essa escala também pode ser conhecida como escala de trabalho anual. Para a elaboração dela, é sugerido que seja oferecida aos profissionais a possibilidade de indicação do mês de sua preferência. Também deverá ser informado o último período de férias, para evitar a concentração de férias na mesma época e também alternar os períodos entre os profissionais.

Na elaboração de uma escala de férias, devem-se considerar os

meses de maior atividade na instituição, evitando que muitos membros da equipe gozem férias nesse período. Assim, as férias devem ser distribuídas de forma a permitir a continuidade do atendimento do serviço e qualidade na assistência prestada, sem deixar de lado a satisfação do pessoal da equipe.

Noções de legislação trabalhista para elaboração da escala de férias:

- Todo profissional tem direito a férias após cada 12 meses de contrato de trabalho;
- deverão ser concedidos 30 dias corridos de férias ao profissional que não tiver mais de 5 faltas; 24 dias para aquele que apresentou de 6 a 14 faltas; 18 dias corridos, quando houver 15 a 23 faltas e 12 dias para aquele que apresentou de 24 a 32 faltas durante o ano;
- a concessão do período de férias será comunicada ao funcionário com antecedência de 30 dias.
- o profissional poderá trabalhar 1/3 das férias e ser remunerado por isso.

Sem medo de errar

Adélia, enfermeira gerente do hospital Rangel Barreto, se depara mais uma vez com uma situação de gestão para ser tratada. Dessa vez, após a realização do dimensionamento do pessoal, será necessário realizar a distribuição desses profissionais nos diferentes setores. Com isso, surge a dúvida de como organizar o processo de elaboração desse grande número de funcionários de maneira adequada. Como elaborar as escalas de maneira a permitir que o atendimento e assistência continuem sendo prestados com a qualidade almejada? Adélia resolve, então, convocar os enfermeiros coordenadores para uma reunião, onde serão discutidas as premissas para a elaboração das escalas mensais e de atividades diárias, envolvendo os enfermeiros responsáveis por cada plantão. Assim, definidas as regras de cronograma e critérios a serem seguidos, o trabalho de elaboração das escalas ficará facilitado.

Avançando na prática

Sanando as dúvidas

Descrição da situação-problema

Mesmo após a reunião realizada com os enfermeiros coordenadores das unidades e os enfermeiros assistenciais para a discussão e organização do processo de elaboração das escalas da equipe de enfermagem, a gerente Adélia enfrentou a dificuldade de se fazer entender e que as orientações fossem assimiladas por todos. Diante disso, como fazer com que todos os enfermeiros tenham conhecimento para conduzir a elaboração das escalas de trabalho da equipe?

Resolução da situação-problema

Os enfermeiros deverão buscar a compreensão do processo de elaboração das escalas, bem como as noções básicas de legislação trabalhista. Depois, realizarão a confecção de uma escala baseada no número de profissionais do seu setor e, de acordo com a complexidade, deverão suprir a necessidade de pessoas nos 30 dias do mês, além de elaborar as escalas de atividades diárias. Essas escalas deverão ser apresentadas inicialmente ao coordenador da unidade para verificação e validação.

Faça valer a pena

1. Entre as diversas atribuições do enfermeiro, estão a elaboração e acompanhamento das escalas de trabalho da equipe de enfermagem, que, além de uma responsabilidade, consiste numa ferramenta que contribui para o gerenciamento da equipe de enfermagem. Dessa forma, alguns aspectos devem ser observados e considerados na elaboração e gerenciamento das escalas da equipe de enfermagem:

Assinale a alternativa que completa o texto acima:

- a) todos os funcionários da instituição nas unidades de serviço, as atividades desenvolvidas de acordo com a formação profissional, as diferentes funções dos profissionais, a dinâmica de cada equipe, as necessidades da clientela a ser atendida e o conhecimento de legislação trabalhista;
- b) todos os plantões nas 24 horas, as atividades desenvolvidas de acordo com a competência técnica de cada profissional, as diferentes funções dos profissionais, a dinâmica da legislação trabalhista, as necessidades

- personais da equipe e a clientela a ser atendida;
- c) todos os plantões nas 24 horas, as atividades desenvolvidas de acordo com a complexidade, as diferentes funções dos profissionais, a dinâmica de cada unidade, as necessidades da clientela a ser atendida e o conhecimento de legislação trabalhista;
 - d) todos os funcionários da instituição nas unidades de serviço, as atividades desenvolvidas de acordo com a competência técnica e as diferentes funções dos profissionais, a dinâmica de cada unidade, necessidades da clientela a ser atendida e o conhecimento de ética e legislação;
 - e) todos os plantões nas 24 horas, as atividades desenvolvidas de acordo com a complexidade, as necessidades pessoais dos profissionais, a dinâmica de cada unidade, as necessidades da clientela a ser atendida e o conhecimento de legislação trabalhista.

2. A elaboração de uma escala de trabalho em enfermagem pode ser dispendiosa e até gerar conflitos entre a equipe, o que pode acabar se tornando um problema para a gestão. Portanto, a escala de trabalho mensal ou escala de folgas da equipe de enfermagem deve ser elaborada e gerenciada pelo enfermeiro de acordo com cronograma e critérios da instituição, e esse profissional deve ter conhecimento de legislação trabalhista para desempenho dessa atribuição.

Dentro do contexto apresentado, coloque V para verdadeiro e F para falso nas afirmações a seguir:

- () A carga horária semanal é de até 8 horas diárias e 44 horas semanais, podendo chegar a 12 horas diárias.
- () O profissional tem direito a uma folga aos domingos a cada 7 dias.
- () Entre uma jornada de trabalho e outra deve haver no mínimo 6 horas consecutivas.
- () A mulher que está amamentando tem direito a 2 intervalos de descanso, de 30 minutos cada um, até o sexto mês de vida do filho.
- () Deve ser concedido um intervalo para repouso e alimentação de 15 minutos para períodos de trabalho de 4 a 6 horas contínuas, e de no mínimo 1 hora e no máximo 2 horas para períodos de trabalho superiores a 8 horas contínuas.

Análise as afirmativas acima com V de verdadeiro e F de falso e assinale alternativa que corresponde a sequência correta:

- a) V, F, F, V, F.
- b) V, V, F, V, F.
- c) F, F, F, V, F.
- d) F, F, V, V, F.
- e) V, V, F, V, V.

3. A escala de atividades diárias é uma atribuição do enfermeiro assistencial responsável pela unidade em que atua, bem como em outra instituição de saúde, sendo importante e necessária para a condução da assistência e serviços. A finalidade dessa escala é distribuir as tarefas entre os profissionais da equipe de forma igualitária e adequada às necessidades do atendimento a ser prestado, evitando a sobrecarga de trabalho.

Essa escala poderá ser elaborada diária, semanal e até mensalmente, conforme critério do enfermeiro e processo de trabalho realizado. Assim, a distribuição das atividades pode ser feita de três formas:

Relacione as colunas:

1. Funcional

2. Integral

3. Trabalho em equipe

() Indicação de um determinado grupo para assistência durante o turno de trabalho.

() Distribuição de acordo com as tarefas/atividades a serem realizadas no plantão.

() De acordo com assistência prestada aos pacientes.

Assinale a alternativa que contém a relação correta entre as colunas do texto:

a) 1, 2 e 3.

b) 3, 2 e 1.

c) 2, 1 e 3.

d) 1, 3 e 2.

e) 3, 1 e 2.

Referências

ARAÚJO, Luis César G de; GARCIA, Adriana Amadeu. **Gestão de pessoas: estratégias e integração organizacional**. São Paulo: Atlas, 2009.

26. BARBOZA, D. B.; SOLER, Zsag. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 75-81, 1997.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; Takeda E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 75-81, 1997.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda: poólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B.; Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.

CECCIM, R. B.; Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, out./dez., 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-5, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro et al. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, USP, v. 45, n. 3, p. 575-80, 2011.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro et al. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares**: análise da Resolução Cofen nº 293/04. 2010. 170 f (Tese para título de professor Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo 2010.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes

das unidades de internação do HU — USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 72-8, 2005.

FUGULIN, M. F. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de S. Paulo. **Rev. Med. HU – USP**, São Paulo, v. 4, n. 1/2, p. 63-8, 1994.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA Namie Okino; CASTRO, Adélia Paula de; CORNIANI, Fabiana. Liderança e comunicação: estratégias para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, out. 2000.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, 2004, set-out.

MARQUIS, Bessie. L., HUSTON, Carol. J. **Administração e liderança em enfermagem – teoria e prática**. Tradução de Regina Garcez, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PAGNOL, Carla Aparecida. (Re)pensando a gerência em enfermagem partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005.

PERROCA, Márcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p. 153-68, 1998.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal**. São Paulo: LTR, 2010.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Técnicas de recrutamento e seleção**. São Paulo: LTR, 2009.

RIBEIRO, Mirtes; SANTOS, Sheila Lopes dos; MEIRA, Taziane Graciet Balieira Martins. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, 2006.

SANCHES, Viviane Francisco; CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; SILVINO, Zenith Rosa. Processo de trabalho do gerente de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm.**, 2008

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SOARES, Alda Valéria Neves. **Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto**. 2009. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Gestão do espaço físico, dos recursos materiais e dos custos em saúde

Convite ao estudo

Caro aluno, seja bem-vindo à quarta unidade de estudos da disciplina de Gestão em Saúde. Nesta unidade, estudaremos sobre a estrutura física e recursos materiais, gestão de resíduos em serviços de saúde e gestão de custos.

A competência técnica a ser desenvolvida pelo aluno durante a unidade é de conhecer e compreender a gestão do espaço físico, dos recursos materiais e dos custos propondo soluções para a resolução dos problemas.

Para que isso ocorra de maneira mais efetiva, apresentaremos um contexto de aprendizagem, facilitando, assim, o entendimento deste conteúdo tão importante em sua formação.

Um hospital público de uma cidade do interior atende aproximadamente 240.000 pessoas ao ano, abrangendo vários municípios da região. São 200 leitos e cerca de 20 mil pacientes atendidos por mês. O hospital é constituído de Unidade de Internação Médico e Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Pronto Socorro Adulto e Ortopédico, Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado. O hospital está em ampliação dos seus serviços como de hemodinâmica e nefrologia. Devido a essa ampliação, a gerente de enfermagem, juntamente com a administração do hospital, vem desenvolvendo vários projetos. Vamos ajudá-los nos desafios que iremos propor no decorrer desta unidade!

Seção 4.1

Estrutura física e recursos materiais

Diálogo aberto

Caríssimo aluno, vamos estudar, a partir de agora, a estrutura física das instituições de saúde e recursos materiais. Para tanto, vamos relembrar o contexto de aprendizagem destacada no “Convite ao Estudo” sobre um hospital privado de uma cidade do interior que atende a aproximadamente 240.000 pessoas ao ano, abrangendo vários municípios da região. O hospital está em ampliação dos seus serviços como de hemodinâmica e nefrologia. Devido a essa ampliação, a gerente de enfermagem, juntamente com a administração do hospital, vem desenvolvendo vários projetos.

A gerente de enfermagem, Maysa, está elaborando um projeto para a abertura do Serviço de Nefrologia (hemodiálise). A coordenadora de enfermagem, enfermeira Marisa, responde pelos setores de alta complexidade e ajudará na elaboração desse projeto. O projeto deve conter estrutura física e recursos materiais utilizados na hemodiálise. Quais são as normas que a coordenadora deverá seguir para construção da área física da hemodiálise? Qual deve ser a atuação do enfermeiro frente à gestão dos recursos materiais?

Não pode faltar

Para o desenvolvimento das atividades assistenciais de saúde, é preciso garantir condições adequadas de trabalho, tanto no que se refere ao atendimento das necessidades dos usuários como das necessidades dos profissionais da área, sendo responsabilidade de todos os integrantes da instituição assegurar essas condições. O objetivo do gerenciamento de recursos físicos, ambientais e materiais é de garantir a segurança dos profissionais e da clientela, diminuindo o risco ocupacional e voltando-se para os aspectos relacionados à saúde e ao meio ambiente. A gestão desses recursos não constitui atividade simples, pois pressupõe, além de conhecimento específico, um compromisso com o meio ambiente e com a qualidade de vida das pessoas e do trabalhador.



Você consegue identificar a importância do enfermeiro na gestão de recursos materiais e estrutura física?

Gerenciamento de recursos físicos e ambientais

O estabelecimento de assistência à saúde (EAS) é qualquer edificação destinada à prestação de assistência de saúde da população, em qualquer nível de complexidade de atenção à saúde, em regime de internação ou não.

O conceito de recursos físicos compreende as áreas internas e externas que compõem um serviço de saúde. Assim como as dimensões, as instalações fazem parte dos recursos de acordo com a população que será atendida e as atividades que serão realizadas. Além dos aspectos legais, é de fundamental importância a participação do enfermeiro na proposição e planejamento da área física.

O papel do enfermeiro está voltado para o planejamento do espaço físico, dimensionando os recursos das unidades assistenciais, considerando a inserção e o impacto desse espaço no ambiente social.

Para a construção e ambientação de EAS, é indispensável atender aos requisitos estabelecidos pelas leis municipais e estaduais, pelo Ministério da saúde e por outros órgãos governamentais, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Resolução Diretoria Colegiado – 50 (RDC 50) é uma das principais diretrizes, a qual dispõe do regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS.

O Ministério da Saúde considera seis etapas para a viabilização do processo de desenvolvimento de recursos físicos em saúde: planejamento, organização, projeto, execução, operacionalização e avaliação do processo como um todo. Essa Resolução visa propiciar ao usuário e à equipe de saúde um ambiente adequado às atividades assistenciais programadas, sem riscos ou prejuízos à assistência (ANVISA, 2012).



Exemplificando

A RDC 50 dimensiona sua quantificação, dimensão mínima e instalações obrigatórias, de acordo com o ambiente e as atividades.

Recomenda-se para uma unidade de internação um posto de enfermagem de seis metros quadrados, providos de instalações para água fria e sistema elétrico de emergência. Para quartos de adultos, um quarto deve ser de isolamento. O quarto para um leito deve medir dez metros quadrados, com dois leitos, sete metros quadrados por leito. E seis metros quadrados por leito em enfermeiras de três a seis leitos.

Além do espaço físico deve-se atentar à iluminação, instalação elétrica, ventilação, temperatura, extintores, placa e símbolos, entre outros.

Administração de recursos materiais

Os recursos materiais, bem como os recursos humanos e financeiros, são essenciais para o funcionamento de qualquer tipo de organização, pública ou privada, de serviço ou de fabricação, com finalidade lucrativa ou não, e constituem fator que possibilita o alcance dos objetivos propostos por essas organizações.

Cabe ressaltar que os recursos materiais representam cerca de 75% do capital das organizações; portanto, a forma de administrar reflete-se nos custos advindos das atividades da empresa. A administração de materiais é um ramo especializado da Ciência da Administração, pois trata especificamente de um conjunto de normas relacionados com a gerência de artigos essenciais à produção de um determinado bem ou serviço (KURCGANT et al., 2015).

Os recursos materiais vêm sendo administrados por serviços especializados e destacados nas estruturas organizacionais, subordinado diretamente a divisão das organizações, cabendo-lhe a responsabilidade e a centralização das atividades relacionadas aos materiais. Essas atividades compreendem um ciclo contínuo de operações correlatas e interdependentes, válidas para qualquer instituição independentemente do seu tamanho, sendo elas: previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento conservação, distribuição e controle (KURCGANT et al., 2015).

As instituições de saúde, como organização de prestação de serviços, também têm valorizado, em sua estrutura, a administração

dos recursos materiais, pois esses contribuem para a infraestrutura indispensável ao desempenho de suas funções junto à clientela (KURCGANT et al., 2015).

É importante lembrar que a administração de material será dividida em seções especializadas em função do porte e da complexidade das instituições de saúde e dos próprios serviços. Para compreender os objetivos e a importância da administração dos recursos materiais nas organizações de saúde, devem-se destacar alguns aspectos, tais como: os materiais representam geralmente o custo da ordem de 30 a 40% das despesas das instituições de saúde; há grande variedade de materiais de que os hospitais necessitam para o seu funcionamento, que vão desde equipamentos sofisticados, como um tomógrafo computadorizado, até medicamentos, roupas de cama, produtos de limpeza, peças de reposição e outros; os custos hospitalares têm aumentado consideravelmente devido à complexidade de tratamentos e procedimentos realizados pelos técnicos da área de saúde em suas especialidades, exigindo materiais modernos para sua execução junto ao cliente; o produto final das instituições de saúde é a prestação de serviço aos clientes que recebem ações terapêuticas que não devem sofrer qualquer interrupção (KURCGANT et al., 2015).

Considerando-se esses fatores, pode-se dizer que a administração dos recursos materiais nas instituições de saúde tem como objetivo coordenar todas as atividades necessárias para garantir o suprimento de todas as áreas da organização, ao menor custo possível e de maneira que a prestação de seus serviços não sofra interrupções prejudiciais aos clientes (KURCGANT et al., 2015).

As funções do serviço de materiais nas instituições de saúde são compra, armazenamento, distribuição e controle.

O serviço de compra faz aquisição do material mediante as solicitações de reposição de estoque emitidas pelo almoxarifado ou por um outro serviço interessado em adquirir um equipamento um material que ainda não faça parte do estoque do almoxarifado (KURCGANT et al., 2015).

Cabe, ainda, ao serviço de compras proceder à negociação com os fornecedores segundo as normas de compra da instituição, consultando os serviços interessados em relação às especificações e à qualidade do material e encaminhando, após a compra, as notas ao serviço de tesouraria para que se efetue o pagamento dos fornecedores.

O recebimento, o armazenamento, a distribuição e o controle dos materiais são efetuados pelo serviço de almoxarifado. O controle do material de consumo é feito pelo almoxarifado, a fim de manter os estoques em níveis ideais. O controle do material permanente (equipamentos, mobiliários) é efetuado pela seção de patrimônio, que pode estar ou não ligado ao serviço de almoxarifado ou ao de compras.

O serviço de patrimônio controla os extravios, a saída de equipamentos da instituição para consertos, empréstimos ou transferências internas de materiais entre os serviços, além de dar baixa no número de controle de patrimônio dos materiais sem condições de uso. Estabelece ainda formas e períodos para o levantamento patrimonial da instituição, que é a contagem de todo o material existente.

Os serviços que mais utilizam a área de recursos materiais nas instituições hospitalares são nutrição e dietética, lavanderia, farmácia e manutenção. A enfermagem vem se tornando um grande usuário dos serviços de materiais nas instituições de saúde, devido ao número crescente de procedimentos que exigem uso de materiais específicos (KURCGANT et al., 2015).

A importância da administração de recursos materiais para a enfermagem

A enfermagem, ao longo da história da sua prática profissional, tem sido responsável pela administração do ambiente físico das unidades nas instituições onde a clientela recebe assistência à saúde.

Os enfermeiros preocupam-se com a adequação do ambiente físico, em relação à iluminação, ventilação, limpeza, conservação e com a dotação de materiais e equipamentos necessários à execução dos procedimentos e tratamentos de enfermagem e médicos, portanto os enfermeiros têm exercido atividades referentes à administração de materiais em suas unidades de trabalho, sendo responsáveis pela: previsão, provisão, organização e controle desses materiais. Na verdade, tais funções são desempenhadas pelos enfermeiros devido a terem conhecimentos para administrar esses recursos e por serem coordenadores da maioria das atividades exercidas nas unidades hospitalares.

É importante ressaltar que as funções relativas à administração de recursos materiais devem ser executadas pelo enfermeiro com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal de enfermagem e demais membros da equipe

de saúde, e não com o fim de se tornarem uma atividade puramente burocrática, cuja única meta é a de preservar os interesses financeiros da instituição.

O enfermeiro deve, portanto, estar atento à qualidade do material utilizado e à quantidade satisfatória, com o objetivo de minimizar o risco para o paciente e evitar a descontinuidade da assistência. Deve, também, considerar o uso adequado dos materiais por todos os funcionários, evitando o desperdício. Outra função do enfermeiro na administração de materiais é a participação no processo de seleção e compra. Esse fato ocorre devido ao seu preparo técnico no assunto e por esse processo constituir a atividade inerente às atividades profissionais, pois é ele que requisita, recebe, prepara, guarda, utiliza e controla os materiais. Para que essas funções sejam exercidas de forma efetiva, é necessário que o enfermeiro tenha claros alguns aspectos relacionados à administração dos recursos materiais.



Assimile

A limitação dos materiais sob o controle do enfermeiro parece uma coisa óbvia; porém, não é o que ocorre na prática. Unidades de enfermagem se tornam verdadeiros depósitos de equipamentos e instrumentos de outras equipes de saúde, sem nenhum controle, e somente quando ocorrem problemas como extravios, roubos e quebras é que o enfermeiro é responsabilizado. Por isso, há necessidade de se deixar bem definidos, junto à administração da instituição de saúde, quais são os materiais pelos quais o enfermeiro será responsável.

Classificação dos materiais

Para efeito de compra, previsão, provisão, preparo, armazenamento, utilização e controle, os materiais podem ser classificados e agrupados em categorias de acordo com a conveniência do serviço. Para administração dos materiais das unidades de enfermagem, o enfermeiro pode classificá-los quanto à finalidade, à duração, ao porte, ao custo e à matéria-prima.

Finalidade

Como o próprio termo diz, os materiais podem ser agrupados quanto ao uso a que se destinam. São exemplos materiais para oxigenoterapia cateterismo vesical e outros.

Duração

Quanto à duração, os materiais podem ser agrupados como permanentes ou de consumo. Permanente são materiais cuja duração é superior a dois anos, sendo inconsumíveis pelo simples uso; são geralmente os materiais que constituem o patrimônio da instituição, tais como os imobiliários, instrumental, suporte de soro, macas e outros. Os materiais de consumo são aqueles com duração prevista para 2 anos no máximo, sendo consumíveis pelo uso, tais como esparadrapo, seringa, inalador, extensão para oxigênio e ar comprimido.

É importante verificar, junto aos serviços de materiais, quais os materiais que são considerados permanentes. Pode haver algumas variações de uma instituição para outra.

Porte

Os materiais podem ser de pequeno, médio e grande porte. Essa classificação é estabelecida de acordo com as necessidades de instalação e guarda-pó relacionadas com as dimensões do material. Materiais de grande porte, por exemplo, são as autoclaves de vapor ou de óxido de etileno; de médio porte, os respiradores, aspiradores; e de pequeno porte, os inaladores, pacotes de curativos e outros.

Custo

Essa classificação pode auxiliar na seleção e compra e na prioridade de controle dos materiais. Os de consumo regular geralmente possuem um custo unitário menor que o de consumo ocasional, porém, devido à quantidade e a frequência de uso, poderão representar custo elevado para instituição, como é o caso dos termômetros, esparadrapos, seringas, agulhas.

Matéria-prima

Essa classificação é muito complexa, pela variedade de produtos hospitalares e, conseqüentemente, as matérias-primas utilizadas na sua classificação.

Esse conhecimento oferece ainda subsídios quanto aos prováveis riscos na utilização dos materiais para equipe de saúde e a clientela. O conhecimento da matéria-prima é muito importante na administração dos materiais, pois determina as formas de utilização, limpeza, esterilização, acondicionamento, guarda e manutenção. As matérias-primas mais utilizadas têm sido tecidos, plásticos, silicone, metais, cerâmicas e vidro (KURCGANT, 1991).

Processo de compras de materiais

A participação dos enfermeiros no processo de compras de materiais nas instituições de saúde é cada vez mais requisitada. Informalmente, o enfermeiro sempre participou desse processo, opinando quanto ao tipo, à quantidade e à qualidade dos materiais utilizados nas unidades de enfermagem. Atualmente, o enfermeiro tem atuado oficialmente em comissões de licitação, integrantes dos grupos de assessoria de compras e emitindo pareceres técnicos no processo de compra.

Instituições de grande porte têm criado, dentro de sua estrutura, assessoria, seções ou setores de enfermagem para executarem funções relacionadas com controle de qualidade, seleção e compra de materiais utilizados pela enfermagem.

É importante destacar as modalidades de compra adotadas pelas instituições públicas e privadas.

Nas instituições públicas, é necessário seguir rigorosamente, os procedimentos legais que regulamentam as licitações. A licitação é o procedimento administrativo mediante o qual a administração pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse, visando proporcionar oportunidades iguais aos fornecedores. As modalidades de licitação geralmente utilizadas para compra de material nas instituições públicas são a concorrência, a tomada de preços e convite.

Nas instituições de saúde privada, a compra é direta, isto é, o serviço de compra negocia livremente com o fornecedor, seguindo apenas diretrizes financeiras da instituição. É um sistema desburocratizado e por isso ágil (KURCGANT et al., 1991).

Manutenção dos serviços

Os avanços tecnológicos aplicados à área da saúde, para tratamento e cuidados aos pacientes, propiciaram o surgimento de novas matérias-primas para confecção de produtos hospitalares ou ainda a criação de novos produtos. O serviço de manutenção e engenharia clínica tem por objetivo realizar a manutenção preventiva e ou de reparação. Todo atendimento deve ser realizado através de chamado e após a manutenção a elaboração de relatórios. Os relatórios são de extrema importância para respaldo legal da instituição.



Pesquise mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre estrutura física leia as especificações da RDC 50. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

Sem medo de errar

Vamos relemburar a situação baseada na realidade destacada no *Convite ao estudo* sobre um hospital privado de uma cidade do interior que atende aproximadamente a 240.000 pessoas ao ano, abrangendo vários municípios da região. O hospital está em ampliação dos seus serviços como de hemodinâmica e nefrologia. Devido a essa ampliação, a gerente de enfermagem, juntamente com a administração do hospital, vem desenvolvendo vários projetos. Quais são as normas que a coordenadora deverá seguir para construção da área física da hemodiálise? Qual é a atuação do enfermeiro frente à gestão dos recursos materiais?

Para a construção e ambientação de ESA, é indispensável atender aos requisitos estabelecidos pelas leis municipais e estaduais, pelo Ministério da saúde e por outros órgãos governamentais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Resolução Diretoria Colegiado – 50 (RDC 50) é uma das principais diretrizes, a qual dispõe do regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS.

A coordenadora deverá fazer um levantamento da RDC 50 para inserir no seu projeto a normatização do serviço de nefrologia. O papel do enfermeiro está voltado para o planejamento do espaço físico, dimensionando os recursos das unidades assistenciais, considerando a inserção e o impacto desse espaço no ambiente social.

Com relação à gestão de recursos materiais, o enfermeiro deve se preocupar com a adequação do ambiente físico, em relação à iluminação, ventilação, limpeza, conservação e com a dotação de materiais e equipamentos necessários à execução dos procedimentos e tratamentos de enfermagem e médicos. Portanto, os enfermeiros têm exercido atividades referentes à administração de materiais e suas

unidades de trabalho, sendo responsáveis pela: previsão, provisão, organização e controle desses materiais. Na verdade, tais funções são desempenhadas pelos enfermeiros por terem conhecimentos para administrar esses recursos e por serem coordenadores de todas as atividades exercidas nas unidades hospitalares.

É importante ressaltar que as funções relativas à administração de recursos materiais devem ser executadas pelo enfermeiro com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal de enfermagem e demais membros da equipe de saúde, e não com o fim de se tornarem uma atividade puramente burocrática cuja única meta é a de preservar os interesses financeiros da instituição.

Avançando na prática

Centro cirúrgico

Descrição da situação-problema

A enfermeira Luciane foi contratada para dar uma assessoria na expansão do centro cirúrgico de um hospital privado. A administração do hospital solicitou que, juntamente ao engenheiro e arquiteto, elaborassem um projeto da estrutura física. Como a enfermeira Luciane deve se embasar para elaborar o projeto? Como devem ser realizadas as compras deste setor?

Resolução da situação-problema

A enfermeira Luciane deverá fazer uma pesquisa na RDC 50 sobre a infraestrutura do centro cirúrgico. Para a construção e ambientação de EAS, é indispensável atender aos requisitos estabelecidos pelas leis municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos governamentais, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Resolução Diretoria Colegiado – 50 (RDC 50) é uma das principais diretrizes, a qual dispõe do regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS.

A participação dos enfermeiros no processo de compras de materiais nas instituições de saúde é cada vez mais requisitada. Informalmente, o enfermeiro, sempre participou desse processo, opinando quanto ao tipo, à quantidade e à qualidade dos materiais

utilizados nas unidades de enfermagem. Atualmente, o enfermeiro tem atuado oficialmente em comissões de licitação, integrantes dos grupos de assessoria de compras e emitindo pareceres técnicos no processo de compra. Instituições de grande porte têm criado, dentro de sua estrutura, assessoria, seções ou setores de enfermagem para executarem funções relacionadas com controle de qualidade, seleção e compra de materiais utilizados pela enfermagem.

Nas instituições de saúde privada, a compra direta, isto é, o serviço de compra negocia livremente com o fornecedor seguindo apenas diretrizes financeiras da instituição. É um sistema desburocratizado e por isso ágil.

Faça valer a pena

1. Sobre gestão de materiais, analise as afirmativas:

- I. Os enfermeiros têm exercido atividades referentes à administração de materiais e suas unidades de trabalho.
- II. Os enfermeiros são responsáveis apenas pelo controle desses materiais.
- III. Tais funções são desempenhadas pelos enfermeiros por terem conhecimentos para administrar esses recursos e por serem coordenadores de todas as atividades exercidas nas unidades hospitalares.

Após analisar as afirmativas descritas acima, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) As afirmativas I e II estão corretas.
- b) Apenas a afirmativa II está correta.
- c) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- d) Apenas a afirmativa III está correta.
- e) As afirmativas I e III estão corretas.

2. Para efeito de compra, previsão, provisão, preparo, armazenamento, utilização e controle, os materiais podem ser classificados e agrupados em categorias de acordo com a conveniência do serviço.

Para administração dos materiais das unidades de enfermagem, o enfermeiro pode classificar os materiais. Os materiais agrupados como permanentes ou de consumo são relacionados à(ao):

- a) Finalidade.
- b) Duração.
- c) Porte.
- d) Custo.
- e) Matéria-prima.

3. _____ é o procedimento administrativo mediante o qual administração pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse, visando proporcionar oportunidades iguais aos fornecedores.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA do termo para preencher a lacuna da sentença:

- a) Licitação.
- b) Compra.
- c) Empréstimo.
- d) Concorrência.
- e) Negociação.

Seção 4.2

Gestão de resíduos em serviços de saúde

Diálogo aberto

Caríssimo aluno, vamos estudar a partir de agora a estrutura física das instituições de saúde e recursos materiais. Para tanto, iremos relembrar o contexto de aprendizagem destacada no *Convite ao estudo* sobre um hospital privado de uma cidade do interior que atende aproximadamente a 240.000 pessoas ao ano, abrangendo vários municípios da região. O hospital está em ampliação dos seus serviços, como os de hemodinâmica e nefrologia. Devido a essa ampliação, a gerente de enfermagem e a administração do hospital vêm desenvolvendo vários projetos.

Enfermeira Luiza, coordenadora desses dois setores, deverá fazer um treinamento para os funcionários das unidades sobre cuidados com resíduos. Quais são os principais itens que deverá abordar?

Não pode faltar

Os resíduos produzidos pelos serviços de saúde, apesar de representarem uma pequena parcela do total dos dejetos sólidos produzidos em uma comunidade, são particularmente importantes tanto para segurança ocupacional dos funcionários que os manuseiam como para a saúde pública e para a qualidade do meio ambiente, por isso não podem ser mal gerenciados. (COUTO, 2009).

A adoção de condutas seguras no manuseio, no acondicionamento, no armazenamento, no transporte, no tratamento e na forma de disposição final dos resíduos evita, em muito, os riscos de acidente e os impactos ambientais. Para isso, é necessária a implantação de estratégias planejadas através do programa de gerenciamento de resíduos (COUTO, 2009).

Embora os resíduos dos serviços de saúde sejam cada vez mais diferenciados dos resíduos domiciliares, tanto no espaço legal como gerencial, é muito difícil para unidades localizadas em cidades de

pequeno porte equacionarem seu sistema de gestão desvinculado da gestão dos resíduos municipais.

Os resíduos de serviços de saúde são gerados em todos os locais em que é prestado atendimento à saúde humana ou animal, utilizado em seu atendimento, inclusive no programa de assistência domiciliar e, também, os produzidos em pesquisa médica, farmacêutica e produção de medicamentos.

O principal objetivo da classificação dos resíduos é conhecer melhor as suas especialidades, isto é, o tipo de resíduo a ser descartado. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), pela sua norma NBR nº 12.808/93, classifica os resíduos em três grupos, as Resoluções 5/93 e 283/01, Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), classificam-nos em quatro grupos. Há ainda as classificações segundo o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, aprovada recentemente pela RDC 33/2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Falaremos, nesta seção, sobre a Classificação da ANVISA:

Grupo A (potencialmente infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

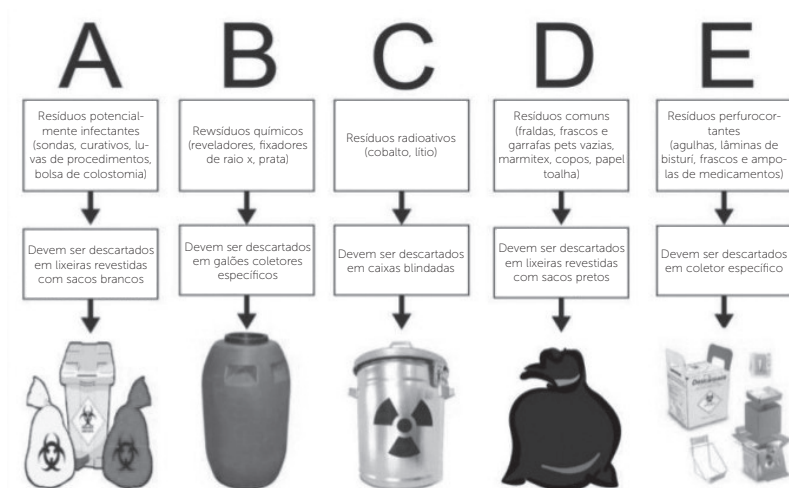
Grupo B (químicos): resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independentemente de suas características de inflamabilidade, considerados resíduos urbanos.

Grupo C (rejeitos radioativos): são considerados rejeitos radioativos quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites.

Grupo D (resíduos comuns): são todos os resíduos gerados nos serviços abrangidos por essa resolução que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerado resíduo urbano.

Grupo E (perfurocortantes): são objetos e instrumentos que contêm cantos, bordas, protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar.

Figura 4.1 | Classificação de resíduos de serviços de saúde



Fonte: <<http://licenciadorambiental.com.br/wp-content/uploads/2017/06/Tipo-e-forma-de-descarte-dos-res%C3%ADduos-de-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.jpg>>. Acesso em: 14 set. 2017.



Assimile

É de extrema importância que todos os colaboradores que trabalham em instituições de saúde conheçam os processos relacionados aos resíduos de saúde.

Gerência de resíduos

É um conjunto de atividades técnicas administrativas aplicáveis à minimização da geração de resíduos, segregação, coleta, manuseio, tratamento, acondicionamento, transporte, armazenamento, bem como eliminação e disposição final dos resíduos. A gerência de resíduos de serviços de saúde tem como objetivos assegurar a proteção da saúde humana e a qualidade do meio ambiente contra possíveis riscos associados à natureza diversa desse resíduo, como também reduzir os custos que possam advir de sua geração, principalmente nas operações de tratamento e disposição final (COUTO, 2009).



Material descartado em local incorreto pode acarretar riscos à saúde e ao meio ambiente.

Figura 4.2 | Descarte de seringas em local inadequado



Fonte: <<http://residuoall.com.br/2017/05/04/residuos-de-servicos-de-saude-e-biosseguranca/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

Um sistema de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde engloba duas fases distintas assim denominadas:

- fase intraestabelecimento de saúde: relativa às etapas ocorridas desde o ponto de geração até a colocação dos resíduos para a coleta externa.
- fase extraestabelecimento de saúde relativa aos procedimentos de coletas externas e disposição final.

Ambas as fases e todos os envolvidos, incluindo o funcionário responsável pela limpeza interna e a coleta externa, devem estar usando os equipamentos de proteção individual exigidos por lei, e outros que se mostrarem necessários.

Legalmente, cabe aos proprietários ou responsáveis pelo estabelecimento a responsabilidade de gerenciar seus resíduos desde a produção até a disposição final. Vale ressaltar que essa responsabilidade mesmo quando o serviço de coleta, tratamento e disposição final dos resíduos seja executado pela administração pública ou por empresas privadas, ou seja, a figura jurídica da corresponsabilidade estará sempre presente.

Ainda sob o ponto de vista legal, exige-se da administração do

estabelecimento, no plano de gerenciamento de ações de manejo, aprovação desse plano pelos órgãos de saúde e meio ambiente, esfera de competência e leis vigentes, assim como a indicação de um responsável técnico registrado em conselho profissional para coordenação e supervisão das ações de gerenciamento dos resíduos, por exemplo, um engenheiro.

Diversas etapas compõem o sistema de gerenciamento de resíduos: geração, minimização, manuseio, segregação na origem, acondicionamento, coleta e transporte, e armazenamento externo, transbordo, tratamento e disposição final.

Programa de manejo de resíduos

O estabelecimento prestador de serviços de saúde deve inicialmente estruturar seu **Programa de Manejo de Resíduos (PMR)** a fim de facilitar a elaboração e implantação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (**PGRSS**).

O PMR deve estar de acordo com os aspectos legais e normativos estabelecidos pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente (federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal).

Inicia-se o programa de manejo com a formulação dos objetivos do planejamento das ações, sendo interessante que haja programa de segurança e de controle de qualidade do sistema de gestão e que estejam de acordo com o programa de gestão de resíduos.

O PMR deve envolver três fases: o desenvolvimento de políticas e procedimentos, a implantação e a verificação com vistas à melhoria constante.

Os delineamentos técnicos de políticas deverão ser de aplicação prática e direta, com fundamentos e objetivos claros e etapas-chave para alcançar as metas propostas. Em resumo, um programa de manejo de resíduos deverá considerar os seguintes aspectos:

- Objetivos.
- Responsabilidades.
- Identificação dos problemas na gestão de resíduos.
- Avaliação da direção composição dos resíduos.
- Definição de estrutura do manejo.
- Elaboração do plano de contingência para enfrentar situações de emergência e acidente envolvendo resíduos.

– elaboração e desenvolvimento do plano de gerência de resíduos de serviços de saúde, que deve instituir as responsabilidades, ser aprovado pela administradora da organização, ser implementado e ser verificado quanto ao cumprimento do estabelecimento.

Em função das necessidades levantadas, a instituição deve ser provida de todas as instalações e equipamentos para que as atividades sejam realizadas de forma segura e eficaz. Para planejar o sistema de gestão de resíduos é necessário caracterizar os resíduos, no aspecto qualitativo e quantitativo, gerados em estabelecimento de saúde. (COUTO, 2009).

A gestão dos resíduos dos serviços de saúde pode ser muito dificultada pelas instituições localizadas em municípios onde a limpeza urbana não seja bem estruturada e, principalmente, onde não exista um sistema de destino final adequado para os resíduos urbanos. Cabe ao gestor de unidade procurar atender ao estabelecido na legislação da melhor forma possível.

Uma instituição voltada para a preservação da saúde tem obrigação de cuidar para que seus resíduos não sejam promotores de impactos no meio ambiente e na saúde pública, gerando novos usuários dos seus serviços e estabelecendo um perverso círculo vicioso.



Reflita

Como enfermeiro, qual seria a sua contribuição no gerenciamento de resíduos em saúde?

Os serviços geradores de saúde devem manter um programa de educação continuada aos colaboradores, independentemente do vínculo empregatício existente, que deve contemplar: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária, definições, tipos e classificações de resíduos e seus potenciais riscos, sistema de gerenciamento adotado internamente na instituição, identificação das classes dos resíduos, providências no caso de acidentes, entre outros.



Pesquise mais

Para poder ampliar seus conhecimentos, leia: Gerenciamento de resíduos de saúde.

Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

Sem medo de errar

Relembrando a situação-problema. A enfermeira Luíza, coordenadora dos setores de nefrologia e hemodinâmica, deverá fazer um treinamento para os funcionários das unidades sobre cuidados com resíduos. Quais serão os principais itens que deverá abordar?

Luíza deverá definir o que é resíduo de saúde: os resíduos de serviços de saúde são gerados em todos os locais em que são prestados atendimento à saúde humana ou animal, durante o cuidados, o diagnóstico e o tratamento de pacientes, inclusive no programa de assistência domiciliar e, também, os produzidos em pesquisa médica, farmacêutica e produção de medicamentos.

– Classificação dos resíduos conforme ANVISA:

Grupo A (potencialmente infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Grupo B (químicos): resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independentemente de suas características de inflamabilidade, corrosividade e toxicidade.

Grupo C (rejeitos radioativos): são considerados rejeitos radioativos quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites.

Grupo D (resíduos comuns): são todos os resíduos gerados nos serviços abrangidos por essa resolução que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos urbanos.

Grupo E (perfuro cortantes): são objetos e instrumentos que contêm cantos, bordas, protuberância rígidas e agudas capazes de

cortar ou perfurar.

– O que seria **gerência de resíduos**: é um conjunto de atividades técnicas administrativas aplicáveis à minimização da geração de resíduos, segregação, coleta, manuseio, tratamento, acondicionamento, transporte, armazenamento, bem como eliminação e disposição final dos resíduos. A gerência de resíduos de serviços de saúde tem como objetivos assegurar a proteção da saúde humana e a qualidade do meio ambiente contra possíveis riscos associados à natureza diversa desse resíduo, como também reduzir os custos que possam advir de sua geração, principalmente nas operações de tratamento e disposição final;

– orientar quanto à importância do uso de EPI e o descarte de resíduos em seus locais devidos.

Avançando na prática

Programa de manejo de resíduos

Descrição da situação-problema

Além do treinamento, a enfermeira Luíza deverá elaborar um programa de manejo de resíduos para o hospital. Antes de iniciar a elaboração do projeto, Luíza realizou uma pesquisa sobre o programa. Quais os itens que devem conter no projeto sobre o programa de manejo de resíduos de saúde?

Resolução da situação-problema

Luíza terá de avaliar os aspectos legais e normativos estabelecidos pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente (federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal) sobre o PMR.

O PMR deve envolver três fases, sendo elas: o desenvolvimento de políticas e procedimentos, a implantação e a verificação com vistas à melhoria constante.

Os delineamentos técnicos de políticas deverão ser de aplicação prática e direta, com fundamentos e objetivos claros e etapas-chave para alcançar as metas propostas. Em resumo, um programa de manejo de resíduos deverá considerar os seguintes aspectos:

- Objetivos.
- Responsabilidades.
- Identificação dos problemas na gestão de resíduos;

- Avaliação da direção composição dos resíduos;
- Definição de estrutura do manejo;
- Elaboração do plano de contingência para enfrentar situações de emergência e acidente envolvendo resíduos;
- elaboração e desenvolvimento do plano de gerência de resíduos de serviços de saúde, que deve instituir as responsabilidades, ser aprovado pela administradora da organização, ser implementado e ser verificado quanto ao cumprimento do estabelecimento.

Faça valer a pena

1. Os resíduos de serviços de saúde são gerados em todos os locais em que é prestado atendimento à saúde humana ou animal, utilizado em seu atendimento, inclusive no programa de assistência domiciliar e, também, os produzidos em pesquisa médica, farmacêutica e produção de medicamentos. O principal objetivo da classificação dos resíduos é conhecer melhor as especialidades. A ANVISA classifica os resíduos em cinco grupos.

De acordo com texto acima, qual grupo caracteriza a definição: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção? Assinale a alternativa correta:

- a) Grupo A
- b) Grupo B
- c) Grupo C
- d) Grupo D
- e) Grupo E

2. O gerenciamento de resíduos compreende manejo, segregação, acondicionamento, identificação, armazenamento temporário e externo, coleta e transporte externos, disposição final, responsabilidades dos serviços geradores e do plano de gerenciamento.

Qual grupo de resíduo deve ser descartado em coletor específico com agulhas, lâminas de bisturi? Assinale a alternativa correta:

- a) Grupo A
- b) Grupo B
- c) Grupo C
- d) Grupo D
- e) Grupo E

3. No que se refere ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) para descarte apropriado, os materiais que contenham sangue, curativos, sondas são considerados potencialmente infectantes.

De acordo com o texto, qual é o tipo de lixo em que pode ser descartado o resíduo mencionado?

- a) Preto.
- b) Branco ou vermelho.
- c) Caixas blindadas.
- d) Galões coletores.
- e) Coletor específico Descarpak.

Seção 4.3

Gestão de custos

Diálogo aberto

Caríssimo aluno, vamos estudar, a partir de agora, custos, auditoria e glosas. Para tanto, vamos lembrar o contexto de aprendizagem destacado no *Convite ao estudo* sobre um hospital privado de uma cidade do interior que atende aproximadamente a 240.000 pessoas ao ano, abrangendo vários municípios da região. O hospital está em ampliação dos seus serviços, como os de hemodinâmica e nefrologia. A enfermeira Gabriela do serviço de hemodiálise recebeu um relatório de gastos do setor, em que foi observado um aumento de gastos neste mês.

Como Gabriela poderá reduzir esses gastos da unidade?

Não pode faltar

No gerenciamento de enfermagem dos serviços de saúde, os enfermeiros necessitam tomar contínuas decisões em relação à estrutura, processos e resultados institucionais, dominando vários conhecimentos e habilidades de diferentes áreas.

Uma das tendências para o gerenciamento de serviços de enfermagem é a inclusão de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades sobre custos, como ferramenta a ser utilizada nos processos decisórios.

A produção de serviços de saúde, em instituições públicas ou privadas, consome inúmeros insumos cujo produto final são os próprios serviços de saúde. Esses insumos incluem recursos humanos, materiais hospitalares, instalações, equipamentos e, ainda, diferentes tecnologias para operá-los. Esses recursos têm custos que são cobertos pelo próprio cliente, por seguradoras ou pelo financiamento público (SUS).

A prestação de serviço é descontínua, ocorrendo variações no consumo e insumos. No entanto, os recursos necessários, principalmente humanos, estão sempre disponibilizados. Assim, as ações gerenciais devem ser pautadas no conhecimento da dinâmica

das unidades prestadoras de serviços, com a finalidade de melhorar a eficiência.

Os enfermeiros que administram unidades de saúde são responsáveis pelo gerenciamento dos recursos humanos, materiais e físicos que consomem grande volume de recursos financeiros.

A aferição e o controle de custos são essenciais para que os enfermeiros gerentes de unidades de saúde possam acompanhar sua evolução e implantar medidas que melhorem o desempenho do seu serviço, redefinindo prioridades, racionalizando recursos e acompanhando a produtividade.

Por gerenciamento de custos em enfermagem, entende-se o processo administrativo que visa ao controle de custos e à tomada de decisão dos enfermeiros para uma eficiente racionalização de recursos disponíveis e limitados, com o objetivo de alcançar resultados coerentes com necessidades de saúde da clientela e com finalidades institucionais.

Conceitos e aplicação de contabilidade de custos e sistemas de custeio

Gerenciar custos, dentro de orçamentos restritos, é manter o equilíbrio entre despesas, custos e receitas, garantindo a sobrevivência da organização.

Os gestores da área da saúde devem prover um sistema eficaz de gerenciamento de custos sem prejuízo de qualidade, buscando maior eficiência na distribuição dos recursos e oferecendo serviços qualificados à população, compatibilizando os custos com orçamento (KURGANT et al., 2005).

Contabilidade de custos

Atualmente, a contabilidade de custos assumiu uma nova dimensão que é a contabilidade gerencial, transformando-se num importante instrumento administrativo. Esse novo papel tem duas funções relevantes: auxiliar no controle dos custos e subsidiar o processo de tomada de decisão. Em relação ao controle, tem a função de fornecer dados para o estabelecimento de padrões, orçamentos e outras formas de previsão financeira, permitindo acompanhar e comparar os valores.

Custos e despesas

Custos e despesas são gastos, isto é, um dispêndio monetário. O

termo custo refere-se aos gastos (despesas) realizados na produção de bens ou serviços fins da organização. São os gastos com insumos utilizados na produção.

Os custos podem ser classificados em diretos e indiretos, variáveis e fixos.

- custos diretos: são gastos que se aplicam diretamente na produção de um produto ou de um serviço;

- custos indiretos: são comuns a diversos procedimentos ou serviços, não podendo ser atribuídos a um setor ou produto. Exemplo: gastos com luz, água, limpeza, entre outros;

- custos fixos: são os custos operacionais vinculados à infraestrutura instalada e que se mantém. Exemplo: custos com salários, aluguel, entre outros;

- custos variáveis: são aqueles relacionados ao volume de produção. Exemplo: materiais, medicamentos, lavanderia, entre outros.

Sistemas de custeio

Sistema de custeio é um conjunto de procedimentos adotados numa empresa para calcular algo, ou seja, bens ou serviços nela processados. O principal objetivo de um método de custos é mensurar os custos dos recursos consumidos quando são realizadas atividades significativas para a empresa.

Os sistemas de custeio utilizados nas organizações de saúde são de absorção, por serviço ou procedimento e por custo-padrão.

O esquema básico para absorção de serviços é a separação dos serviços da organização em centros de custos produtivos ou finais e centros auxiliares e administrativos. Centros de custos referem-se a uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem, em cada período, nas unidades da organização (KURGANT et al., 2005).



Exemplificando

Um exemplo de centro de custo seriam os departamentos ou serviços.

Em um hospital, cada setor deve ter seu centro de custo, como clínica médica, cirúrgica, maternidade, entre outras.

As planilhas de custos são elaboradas pelos serviços de contabilidade de custos, que encaminham relatórios mensais, discriminando os diferentes custos. O acompanhamento mensal para análise dos resultados permite ao gerente de enfermagem conhecer o comportamento dos custos controláveis de sua unidade, verificando se estão dentro dos valores e limites usuais, bem como identificar as razões que justifiquem possíveis desvios, corrigindo-os se houver desperdícios.



Reflita

Como o enfermeiro pode intervir nos custos de uma unidade?

Através de controle (ficha de gastos e planilhas) e treinamento dos colaboradores, além do uso de protocolos para otimizar os gastos.

Contratos

Administrar contratos significa verificar, fiscalizar, avaliar e aprovar os serviços executados por terceiros, pactuados e regulamentados com base em um contrato composto de cláusulas específicas. Como exemplo, contrato de serviço de lavanderia, limpeza, nutrição, entre outros.



Assimile

Contrato é o documento legal decorrente de uma licitação. Essa contratação é efetuada entre pessoas, empresas ou instituições e o hospital, e diz respeito a serviços de apoio administrativo (terceirização) e/ou a serviços específicos, temporários e esporádicos.

Hoje, temos muitos serviços terceirizados na atenção à saúde. O contrato deve conter a descrição completa do serviço prestado e o processo de pagamento.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 determina as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. De acordo com a legislação, o financiamento do Sistema Único de Saúde

é responsabilidade da União, dos Estados e dos municípios. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os percentuais de investimento financeiro de cada um no SUS. Municípios e o Distrito Federal devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de imposto em ações e serviços públicos de saúde por ano, já o Estado, 12%. Para o governo federal, o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Auditoria

Conforme Santa e Silva (2009), a palavra auditoria origina-se do latim *audire*, que significa ouvir. No entanto, o termo pode ser melhor explicado pela palavra da língua inglesa *audit*, que tem o sentido de examinar, corrigir e certificar. Assim, a auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos. Trata-se de um ramo da contabilidade que tem sido utilizada por várias profissões, inclusive pela enfermagem, devido à necessidade de as empresas de somarem o trabalho do auditor de enfermagem ao auditor médico, considerando sua função generalista.

Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho, que estão buscando se reestruturar para manterem a qualidade do cuidado prestado e, ao mesmo tempo, garantirem uma posição competitiva no mercado de trabalho. Nesse contexto, a auditoria em enfermagem pode ser definida como “a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste” (KURGANT, 1991, p. 98).

A auditoria de enfermagem vem atender às necessidades das instituições de saúde no controle dos fatores geradores de processos de alto custo. No âmbito hospitalar, por exemplo, a enfermagem é usuária da maior parte dos materiais de consumo, devendo dispor atenção aos custos envolvidos no processo de cuidar, no intuito de garantir a provisão e adequação dos materiais de uso e, principalmente, da qualidade da assistência de enfermagem (KURGANT, 1991).

As principais finalidades da auditoria de enfermagem são identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem,

fornecendo dados concretos para que decisões sejam tomadas em relação ao remanejamento e aumento de pessoal, possibilitando, conseqüentemente, melhoria do cuidado de enfermagem (KURGANT, 1991).

Os tipos de auditoria são:

- Auditoria interna: realizada por elementos da própria instituição, tem como vantagem maior profundidade no trabalho, tanto pelo conhecimento da estrutura administrativa como das inovações e expectativas dos serviços, sendo que a sua vinculação funcional permite sugerir soluções apropriadas. Como desvantagem, pode-se citar a dependência administrativa limitando a amplitude das conclusões e das recomendações finais do trabalho.

- Auditoria externa: é realizada por elemento não pertencente à instituição, contratado especificamente para a auditoria. Tem vantagem de gozar de independência administrativa e afetiva, e como desvantagem o auditor não vivenciar a realidade da instituição, podendo realizar um trabalho superficial, que apresente sugestões pouco adequadas à solução dos problemas existentes.

- Auditoria retrospectiva: é uma auditoria feita após a alta do paciente, em que se utiliza o prontuário para avaliação; portanto, os dados obtidos não reverterão em benefício desse paciente diretamente, mas sim para a assistência de maneira global. Também tem a desvantagem de não permitir saber-se o que foi feito e não foi anotado.

- Auditoria operacional ou concorrente: é uma auditoria feita enquanto o paciente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial, podendo ser realizada através de exames de pacientes, entrevistas com próprio funcionário e paciente, família, ou através de pesquisa junto à equipe multiprofissional.

Após as avaliações através da auditoria externa, podem ocorrer as glosas, termo que se refere ao não pagamento de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelas empresas prestadoras (hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) e profissional liberal da área de saúde. A instituição terá de justificar o relatório da auditoria para recebimento da conta, serviço prestado, podendo ou não receber.



Pesquise mais

Amplie seus conhecimentos lendo: *Auditoria em enfermagem: uma proposta metodológica*. Disponível em: <http://www.uesc.br/editora/livrosdigitais2/auditoria_em_enfermagem.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

Sem medo de errar

O hospital está em ampliação dos seus serviços, como os de hemodinâmica e nefrologia. A enfermeira Gabriela, do serviço de hemodiálise, recebeu um relatório de gastos do setor, em que foi observado que teve um aumento de gastos neste mês. Como Gabriela poderá reduzir esses gastos da unidade?

Os enfermeiros que administram as unidades de saúde são responsáveis pelo gerenciamento dos recursos humanos, materiais e físicos, que consomem grande volume de recursos financeiros.

Aferição e controle de custos são essenciais para que os enfermeiros e gerentes de unidades de saúde possam acompanhar sua evolução e implantar medidas que melhorem o desempenho do seu serviço, redefinindo prioridades, racionalizando recursos e acompanhando a produtividade.

Por gerenciamento de custos em enfermagem, entende-se o processo administrativo que visa ao controle de custos e a tomada de decisão dos enfermeiros para uma eficiente racionalização de recursos disponíveis e limitados, com o objetivo de alcançar resultados coerentes com necessidades de saúde da clientela e com finalidades institucionais.

Para a redução dos gastos, Gabriela terá de conhecer o sistema de custeio que é um conjunto de procedimentos adotados numa empresa para calcular algo, ou seja, bens ou serviços nela processados. Através disso, poderá verificar onde está ocorrendo a elevação de gastos. Após esse levantamento, Gabriela deverá fazer um treinamento com os colaboradores, enfatizando o controle de materiais e o desperdício. O controle de material pode ser realizado através de fichas de gastos e também através de elaboração de protocolos.

Auditoria

Descrição da situação-problema

Enfermeira Andreza, coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva, recebeu um relatório do setor de faturamento, solicitando uma justificativa para as glosas que ocorreram na internação do paciente A.M., após a alta. O relatório descrevia que os materiais utilizados para aspirações da traqueostomia do paciente foram maiores do que o número que estava checado e anotado no relatório de enfermagem. Como definimos auditoria? Qual tipo de auditoria foi realizada? Qual definição de glosa?

Resolução da situação-problema

Auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos. Trata-se de um ramo da contabilidade que tem sido utilizado por várias profissões, inclusive pela enfermagem, devido à necessidade das empresas de somarem o trabalho do auditor de enfermagem ao auditor médico, considerando sua função generalista. As principais finalidades da auditoria de enfermagem são identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem e fornecer dados concretos para que decisões sejam tomadas em relação ao remanejamento e aumento de pessoal, possibilitando, consequentemente, melhoria do cuidado de enfermagem.

A auditoria utilizada foi a externa, que é realizada por elemento não pertencente à instituição, contratado especificamente para a auditoria. Tem vantagem de gozar de independência administrativa e afetiva, e como desvantagem o auditor não vivenciar a realidade da instituição, podendo realizar um trabalho superficial, que apresente sugestões pouco adequadas à solução dos problemas existentes.

Após a alta do paciente, foi realizado o faturamento do prontuário. Dessa forma, a auditoria foi retrospectiva, que é uma auditoria feita após a alta do paciente, em que se utiliza o prontuário para avaliação; portanto, os dados obtidos não reverterão em benefício desse paciente diretamente, mas sim para a assistência de maneira global. Também tem a desvantagem de não permitir saber-se o que foi feito e não foi anotado.

Glosas é o termo que se refere ao não pagamento, de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelas empresas prestadoras (hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) e profissional liberal da área de saúde.

Faça valer a pena

1. O Hospital Mantiqueira implantou uma Comissão de Auditoria, composta por enfermeiros e médico de vários setores do hospital. Essa comissão realiza avaliações de prontuários de paciente internados e de alta.

Nesse caso, a qual o tipo de auditoria o texto se refere?

- a) Interna
- b) Contínua
- c) Externa
- d) Local
- e) Operacional

2. As principais finalidades da auditoria de enfermagem são identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem, fornecendo dados concretos para que decisões sejam tomadas em relação ao remanejamento e aumento de pessoal, possibilitando, consequentemente, melhoria do cuidado de enfermagem.

De acordo com texto acima, auditoria retrospectiva utiliza qual recurso para sua avaliação?

- a) Fornecedores.
- b) Atas de reuniões.
- c) Permanência.
- d) Prontuário de paciente.
- e) Famílias.

3. Custos e despesas são gastos, isto é, um dispêndio monetário. O termo custo refere-se aos gastos (despesas) realizados na produção de bens ou serviços fins da organização. São os gastos com insumos utilizados na produção. Analise as afirmativas:

I. Custos indiretos: são gastos que se aplicam diretamente na produção de um produto ou de um serviço.

II. Custos diretos: são comuns a diversos procedimentos ou serviços, não podendo ser atribuídos a um setor ou produto. Exemplo: gastos com luz, água, limpeza, entre outros.

III. Custos fixos: são os custos operacionais vinculados à infraestrutura

instalada e que se mantêm. Exemplo: custos com salários, aluguel, entre outros.

Analise as afirmativas acima sobre custos e assinale a alternativa correta:

- a) Apenas I está correta.
- b) Apenas II está correta.
- c) Apenas III está correta.
- d) I e II estão corretas.
- e) II e III estão corretas.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **RDC 50**. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento do sistema único de saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5976-financiamento-do-sus>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

COUTO, R. C.; CUNHA, T. M. G. **Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

_____. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARQUIS, Bessie. L.; HUSTON, Carol. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Tradução de Regina Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. Auditoria em enfermagem: uma proposta metodológica. Editora da UESC, Bahia- 2009. Disponível em: <http://www.uesc.br/editora/livrosdigitais2/auditoria_em_enfermagem.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

Anotações

[illegible]

Anotações

[illegible]

