

José Luís Guedes dos Santos
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Alacoque Lorenzini Erdmann
(ORGANIZADORES)

GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Atena
Editora
Ano 2023

José Luís Guedes dos Santos
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Alacoque Lorenzini Erdmann
(ORGANIZADORES)

GESTÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
 Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
 Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
 Profª Drª Magnólia de Araujo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: José Luís Guedes dos Santos
 Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
 Alacoque Lorenzini Erdmann

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
G393	<p>Gestão em enfermagem e saúde / Organizadores José Luís Guedes dos Santos, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Alacoque Lorenzini Erdmann. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1404-9 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.049230906</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Santos, José Luís Guedes dos (Organizador). II. Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo (Organizadora). III. Erdmann, Alacoque Lorenzini (Organizador). IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil
 Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Este livro é fruto de um trabalho coletivo que vem sendo desenvolvido ao longo dos anos pelo Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES da Universidade Federal de Santa Catarina. O GEPADES foi criado pela Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann em 1988, reformulado em 1993 e 2015. Tem como principais objetos aprofundar a discussão e desenvolver pesquisas, tecnologias e inovação nos seguintes temas: gestão do processo de viver, ser saudável e adoecer com cidadania nas condições naturais/sociais de vida, melhor viver e melhores práticas/qualidade de cuidados/serviços de saúde; Disciplina e profissão da Enfermagem e sua interface com a filosofia e a lógica do conhecimento da Teoria Geral da Administração, complexidade e interdisciplinaridade; planejamento, gerência, gestão e avaliação dos serviços de saúde; vigilância em saúde, políticas públicas, redes e sistemas de cuidados de enfermagem/saúde, Sistema Único de Saúde; gestão da educação no trabalho/ educação permanente, liderança e governança em enfermagem; gestão/gerência do cuidado à saúde à pessoas em diferentes condições e contextos sociais; Gestão e avaliação educacional universitária e formação em enfermagem/saúde; e, Gestão acadêmica universitária.

A organização de uma obra sobre Gestão em Enfermagem e Saúde vinha sendo pensada há alguns anos pelos docentes/pesquisadores do GEPADES. No início de 2020, tornou-se uma das metas anuais do grupo. Uma das principais motivações foi a carência de livros específicos sobre gestão em enfermagem no contexto brasileiro para utilização tanto no ensino deste conteúdo nos cursos de graduação quanto na instrumentalização de enfermeiros dos serviços de saúde. Porém, infelizmente, a pandemia de COVID-19 dificultou o cumprimento do cronograma de produção previsto inicialmente. Nosso foco e nossa atenção foram direcionados a outras demandas de trabalho e pesquisa que se mostraram prioritárias diante das consequências que a pandemia trouxe para os serviços de saúde, o ensino e a prática da enfermagem e para a sociedade de forma geral também.

Em 2022, o projeto foi retomado, atualizado e o livro foi finalizado com 21 capítulos que contemplam as diferentes dimensões da atuação do enfermeiro na gestão dos serviços de saúde, a partir de uma perspectiva teórico-prática. Dessa forma, os cinco primeiros capítulos apresentam referenciais teóricos e conceitos que dão sustentação à prática gerencial em enfermagem e saúde: teorias da administração, complexidade, pensamento lean, gestão participativa e

cogestão e planejamento. O sexto capítulo contextualiza o panorama do sistema de saúde e a força de trabalho da Enfermagem no Brasil. Na sequência, são apresentadas as competências e/ou os instrumentos gerenciais do enfermeiro em oito capítulos: gestão de pessoas, dimensionamento de pessoal, sistemas de classificação de pacientes, liderança, tomada de decisão, empreendedorismo, e educação permanente. Os sete capítulos finais, por sua vez, abordam tópicos relacionados aos resultados e às contribuições da prática gerencial do enfermeiro: continuidade do cuidado, auditoria, avaliação da qualidade, gestão de riscos assistenciais, informática, gestão de recursos materiais e gestão de custos.

Embora o livro tenha essa divisão simbólica, todos os capítulos procuram integrar teoria e prática, tendo as políticas e o sistema de saúde nacionais como contexto. Assim, o objetivo principal é contribuir com o ensino, a pesquisa e a prática gerencial do enfermeiro nos serviços de saúde e no sistema de saúde. A gestão é uma das principais dimensões da prática do enfermeiro nos serviços de saúde. Envolve tanto a gestão do cuidado e da prática da enfermagem, como também o exercício gerencial do enfermeiro que assume um cargo hierárquico na instituição (chefia, coordenação, direção, etc). Embora sua aprendizagem seja consolidada na vivência profissional, do enfrentamento dos desafios organizacionais, é necessária a busca permanente de conhecimentos técnico-científicos para o aperfeiçoamento do exercício profissional. Dessa forma, esperamos que esta obra possa subsidiar reflexões sobre a prática gerencial do enfermeiro, além de viabilizar estratégias e ferramentas para potencializar a formação e o exercício profissional de enfermeiros na busca pela excelência do cuidado de enfermagem e saúde.

Por fim, gostaríamos de registrar dois agradecimentos. Primeiramente, aos 80 autores de mais de 10 instituições diferentes por tornarem possível esta obra. Muito obrigado pela confiança e participação de todos/as! O outro agradecimento é ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo financiamento deste livro, por meio de recursos CAPES/PROEX, que possibilitou a sua disponibilização de forma online com acesso livre ao público interessado.

José Luís Guedes dos Santos – Professor Adjunto do Departamento de
Enfermagem da UFSC e Líder do GEPADES.

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni – Professora Adjunta do Departamento de
Enfermagem da UFSC e Vice-Líder do GEPADES.

Alacoque Lorenzini Erdmann – Professora Titular do Departamento de
Enfermagem da UFSC e Líder Emérita do GEPADES.

CAPÍTULO 1 1**TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO APLICADAS À PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO**

Graciele Fernanda da Costa Linch

Tais Maria Nauderer


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309061>**CAPÍTULO 2 21****A COMPLEXIDADE NA GESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Betina Horner Schlindwein Meirelles

Lucilene Gama Paes

Bruna Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309062>**CAPÍTULO 3 40****PENSAMENTO LEAN APLICADO À GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

Aline Lima Pestana Magalhães

Diovane Ghignatti da Costa

Jaime de Oliveira Campos Junior

Ana Maria Muller de Magalhães

Tarcísio Abreu Saurin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309063>**CAPÍTULO 4 58****GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO**


Elza Berger Salema Coelho

Sheila Rubia Lindner

Carolina Carvalho Bolsoni

Sabrina Blasius Faust

Thays Berger Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309064>**CAPÍTULO 5 71****PLANEJAMENTO EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

Selma Regina de Andrade

Angela Maria Blatt Ortiga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309065>**CAPÍTULO 6 89****PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE, FORÇA DE TRABALHO E ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL**


Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Alisson Fernandes Bolina

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Luciano Garcia Lourenção

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309066>

CAPÍTULO 7 110

GESTÃO DE PESSOAS EM ENFERMAGEM

Meiriele Tavares Araujo

Isabela Silva Cancio Velloso

Carolina da Silva Caram

Márcia dos Santos Pereira

Carla Aparecida Spagnol

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309067>

CAPÍTULO 8 130

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM


João Lucas Campos de Oliveira

Ana Maria Müller de Magalhães

Nery José de Oliveira Júnior

Daniela Silva dos Santos Schneider

Carlise Rigon Dalla Nora

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309068>

CAPÍTULO 9 173

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

Maressa Aguiar de Souza

José Luís Guedes dos Santos


Rigeldo Augusto Lima

Shena Carolina da Silva Aguiar

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Simone Roque Mazoni

Alisson Fernandes Bolina

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0492309069>

CAPÍTULO 10 196

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Alexandre Pazetto Balsanelli

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Fabiane Vieira da Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090610>

CAPÍTULO 11 211


TOMADA DE DECISÃO PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Fernando Henrique Antunes Menegon

Patricia Klock

Bruno de Campos Gobato


José Luís Guedes dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090611>

CAPÍTULO 12.....222

EMPREENDEADORISMO: APROXIMAÇÕES À ENFERMAGEM


Thayza Mirela Oliveira Amaral
Jouhanna do Carmo Menegaz
José Luís Guedes dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090612>

CAPÍTULO 13.....237

COACHING: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS, CONTEXTUAIS E PERSPECTIVAS PARA UTILIZAÇÃO NA GESTÃO E GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Jouhanna do Carmo Menegaz
Thais de Fatima Aleixo Correa
Ana Victoria Antônio José dos Santos
Renata Ewilyn Alves Bemerguy

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090613>

CAPÍTULO 14.....253

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM E SAÚDE


Cintia Koerich
Vania Marli Schubert Backes
Bruna Pedroso Canever
Daniele Farina Zanotto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090614>

CAPÍTULO 15..... 271

CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Maria Fernanda Baeta neves Alonso da Costa
Caroline Cechinel Peiter
Larissa Martins Novaes de Lima
Elizabeth Bernardino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090615>

CAPÍTULO 16.....289

AUDITORIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Veridiana Tavares Costa
Mônica Emanuele Köpsel Fusari
Leonardo Pereira de Sousa
Ianka Cristina Celuppi
Ramon Carlos Pedroso de Moraes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090616>

CAPÍTULO 17.....303**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

Diovane Ghignatti da Costa

Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Francis Ghignatti da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090617>**CAPÍTULO 18.....322****GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**


Diovane Ghignatti da Costa

Elisiane Lorenzini

Shara Bianca De Pin Raduenz

Cassia Pimenta Barufi Martins

Larissa de Siqueira Gutierrez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090618>**CAPÍTULO 19.....340****INFORMÁTICA E A GESTÃO EM ENFERMAGEM**

Luciana Schleder Gonçalves

Lillian Daisy Gonçalves Wolff

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090619>**CAPÍTULO 20358****GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS EM SAÚDE**

Deybson Borba de Almeida

Igor Ferreira Borba de Almeida

Laiane da Silva Santana

Thiago da Silva Santana

Gilberto Tadeu Reis da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090620>**CAPÍTULO 21..... 371****FINANCIAMENTO E GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE**


Rafael Marcelo Soder

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Giovana Dorneles Callegaro Higashi

Edenilson Freitas Rodrigues

Elisiane Bisognin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04923090621>**SOBRE OS AUTORES389****SOBRE OS ORGANIZADORES400**

TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO APLICADAS À PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 21/01/2023

Graciele Fernanda da Costa Linch

Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Tais Maria Nauderer

Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Aos enfermeiros em cargos de gestão ou liderança, independente do espaço ou área de atuação, é requerido um conhecimento funcional de teorias da área da administração que o torne capaz de ajudar a orientar a prática. Mesmo enfermeiros com cargos essencialmente assistenciais certamente contam com responsabilidades de caráter gerencial¹ e usam modelos e estruturas teóricas de gestão em seu repertório de competências.

As teorias administrativas correspondem a um tema clássico na introdução ao estudo de qualquer prática administrativa e gerencial. Assim como a

formação nas ciências sociais aplicadas, o ensino da graduação em Enfermagem tradicionalmente inclui abordagem das teorias administrativas, normalmente no contexto do gerenciamento em enfermagem. Conteúdos relacionados às teorias administrativas historicamente participam dos currículos de formação de enfermeiros no país, inicialmente procurando conciliar princípios de Administração Científica e da Teoria Clássica com a necessária organização hospitalar no Brasil a partir da década de 30 e, com o desenvolver de novas teorias, especialmente a das Relações Humanas, temas como motivação e satisfação com o trabalho em enfermagem passam a ser o centro de interesse na produção do conhecimento e no ensino na área de administração em enfermagem, ainda presente em nossos dias².

Estudar as teorias administrativas fornece subsídios para compreender as organizações em saúde, o funcionamento dos serviços, as dinâmicas das equipes, a

origem de vários processos e práticas já instituídos nos serviços de saúde hoje. E, mais relevante, ao compreender a origem de determinadas práticas nas instituições, se pode compreender pelo menos em parte a razão de ser dessas atividades e se pode atuar para efetivar ou mesmo para mudar uma dada realidade.

No contexto da administração de organizações, pode-se dizer que tudo depende da situação e das circunstâncias. Essa relatividade se baseia na complexidade dessas organizações e, em função disso, existem várias teorias a respeito de sua administração. Cada uma delas ensina a discernir o que é relevante e a guiar ações e o que deve ser feito em cada situação³.

Existem seis variáveis que estão diretamente relacionadas às teorias administrativas: **tarefas, estrutura, pessoas, ambiente, tecnologia e competitividade** e cada teoria administrativa privilegia ou enfatiza uma ou mais dessas seis variáveis. Cada teoria administrativa surgiu como uma resposta aos problemas mais relevantes de sua época e pode-se dizer que todas elas foram bem-sucedidas ao apresentar soluções específicas para problemas específicos³. De diferentes modos, todas as teorias administrativas são aplicáveis às situações atuais, e os enfermeiros precisam conhecê-las bem para ter à sua disposição alternativas adequadas para a situação.

Neste capítulo as teorias serão apresentadas com alguns tópicos em destaque para facilitar as comparações e para que o leitor tenha uma forma didática de leitura e compreensão. Dessa maneira, seguido do nome da teoria serão apresentados os seguintes tópicos: ano, principais autores, ideias principais, críticas/limitações. E ao final, serão apresentados quadros sinópticos além de um tópico mais específico entre teorias e serviços de saúde e enfermagem.

ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA - INÍCIO DO SÉCULO XX

Principais autores: Frederick Winslow Taylor

A primeira abordagem conhecida da administração como ciência foi chamada de Escola da Administração Científica. O nome Administração Científica deve-se à tentativa de aplicação dos métodos da ciência aos problemas da administração, a fim de aumentar a eficiência, enfatizando, basicamente, as tarefas^{1,3}.

Ideias principais: Taylor (1856-1915) é considerado o fundador da moderna Teoria Geral da Administração e seus pensamentos provocaram uma verdadeira revolução no pensamento administrativo de sua época. Taylor iniciou sua carreira como operário em uma siderúrgica, passando a capataz, contramestre até chegar a engenheiro. Na época, vigorava o sistema de pagamento por peça ou tarefa. Os empregadores procuravam ganhar o máximo na hora de fixar o preço da tarefa, enquanto os operários reduziam o ritmo

de produção para contrabalançar o pagamento por peça determinado pelos patrões. Isso levou Taylor a estudar o problema de produção para tentar uma solução que atendesse tanto aos patrões como aos empregados³.

O primeiro estudo de Taylor corresponde ao seu estudo sobre as técnicas de racionalização do trabalho do operário, por meio do estudo de tempos e movimentos (motion-time study). Taylor verificou que o operário médio produzia muito menos do que era potencialmente capaz e concluiu que, se o operário mais produtivo percebe que obtém a mesma remuneração que o seu colega menos produtivo, acaba se acomodando, perdendo o interesse e não produzindo de acordo com sua capacidade. Daí a necessidade de criar condições de pagar mais ao operário que produz mais. Na segunda fase de seus estudos, Taylor concluiu que a racionalização do trabalho operário deveria ser acompanhada de uma estruturação geral para tornar coerente a aplicação dos seus princípios na empresa como um todo, sem deixar de lado sua preocupação quanto à tarefa do operário³.

Para Taylor, as indústrias de sua época padeciam de três males: 1. vadiagem sistemática dos operários; 2. Desconhecimento, pela gerência, das rotinas de trabalho e do tempo necessário para sua realização; 3. Falta de uniformidade das técnicas e dos métodos de trabalho³.

Para sanar esses três males, Taylor idealizou a administração científica, que é considerada uma evolução, e não uma teoria. Taylor usou como base o método cartesiano para aplicar às tarefas manuais os mesmos princípios que os projetistas aplicavam às operações das máquinas no século XIX: identificar o trabalho a ser feito, o decompor em suas operações individuais, designar a maneira certa de realizar cada operação e, finalmente, reunir as operações na sequência que permitia realizá-lo mais rapidamente e com maior economia de tempo e movimentos³.

A proposta de Taylor para a Organização Racional do Trabalho incluía 8 elementos³:

1. Análise do trabalho e do estudo de tempos e movimentos.
2. Estudo da fadiga humana.
3. Divisão do trabalho e especialização do operário.
4. Desenho de cargos e de tarefas.
5. Incentivos salariais e prêmios de produção.
6. Conceito de homo economicus, que considera que toda pessoa é influenciada exclusivamente por recompensas salariais, econômicas e materiais.
7. Condições ambientais de trabalho correspondem a outro conjunto de fatores que influenciariam a eficiência.

8. Padronização de métodos e processos de trabalho, máquinas e equipamentos.

Críticas: alguns aspectos são criticados como: o fato da teoria supor que o empregado age motivado pelo interesse do ganho financeiro, produzindo o máximo possível, mas sem levar em consideração outros fatores motivacionais; a superespecialização que robotiza o operário; a visão microscópica do homem tomado isoladamente e como um apêndice da maquinaria industrial; a ausência de qualquer comprovação científica de suas afirmações e princípios; a abordagem incompleta envolvendo apenas a organização formal; a limitação do campo de aplicação à fábrica; e, por fim, trata-se de uma abordagem típica de sistema fechado, por visualizar somente aquilo que acontece dentro de uma organização, sem levar em conta o meio ambiente em que está situada³.

Apesar de todas as críticas formuladas à Administração Científica, há uma forte tendência atual no intuito de defender que Taylor teve uma profunda influência na vida do século XX e no forte desenvolvimento industrial que suas ideias proporcionaram^{1,3}. Sua importância decorre do fato de que suas ideias são cada vez mais atuais nas organizações de hoje.

TEORIA CLÁSSICA DA ADMINISTRAÇÃO - INÍCIO DO SÉCULO XX

Principais autores: Henri Fayol

No mesmo momento histórico em que Taylor e outros engenheiros desenvolviam a Administração Científica nos Estados Unidos, em 1916, surgiu na França a Teoria Clássica da Administração, com ênfase na estrutura que a organização deveria possuir para ser eficiente. Na realidade, o objetivo de ambas as teorias científica e clássica era o mesmo: a busca da eficiência das organizações, porém enquanto a primeira buscava essa eficiência por meio da racionalização do trabalho do operário e do somatório das eficiências individuais, a segunda, ao contrário, partia do todo organizacional e da sua estrutura para garantir eficiência a todas as partes envolvidas, fossem elas órgãos ou pessoas³.

Ideias principais: abordagem sintética, global e universal da empresa, inaugurando uma abordagem anatômica e estrutural³.

Para Fayol, toda empresa apresenta seis funções³:

1. **Técnicas:** relacionadas com a produção de bens ou de serviços da empresa.
2. **Comerciais:** relacionadas com compra, venda e permutação.
3. **Financeiras:** relacionadas com procura e gerência de capitais.
4. **De segurança:** relacionadas com proteção e preservação dos bens e das pessoas.

5. **Contábeis:** relacionadas com inventários, registros, balanços, custos e estatísticas.

6. **Administrativas:** relacionadas com a integração de cúpula das outras cinco funções. **As funções administrativas coordenam e sincronizam as demais funções da empresa, pairando sempre acima delas.**

As funções administrativas envolvem os elementos do administrador³:

1. **Prever:** visualizar o futuro e traçar o programa de ação.
2. **Organizar:** constituir o duplo organismo material e social da empresa.
3. **Comandar:** dirigir e orientar o pessoal.
4. **Coordenar:** ligar, unir, harmonizar todos os atos e esforços coletivos.
5. **Controlar:** verificar que tudo ocorra de acordo com as regras estabelecidas.

Esses são os elementos da administração que constituem o chamado processo administrativo – são localizáveis no trabalho do administrador em qualquer nível ou área de atividade da empresa³.

A essência da Teoria Clássica concebe a organização em termos de estrutura, forma e disposição das partes que a constituem, além do inter-relacionamento entre essas partes. A estrutura organizacional é uma cadeia de comando, ou seja, uma linha de autoridade que interliga as posições da organização e define quem se subordina a quem. A cadeia de comando – também denominada cadeia escalar – baseia-se no princípio da unidade de comando, que significa que cada empregado deve se reportar a um só superior³.

Para a Teoria Clássica, a estrutura organizacional é analisada de cima para baixo (da direção para a execução) e do todo para as partes (da síntese para a análise), ao contrário da abordagem da Administração Científica³.

Como toda ciência, a administração deve se basear em leis ou princípios. Fayol definiu os princípios gerais de administração, sistematizando-os sem muita originalidade, porquanto os coletou de diversos autores de sua época. Fayol adota a denominação princípio, afastando dela qualquer ideia de rigidez, pois nada existe de rígido ou absoluto em matéria administrativa. Tudo em administração é questão de medida, ponderação e bom-senso. Os princípios são universais e maleáveis e se adaptam a qualquer tempo, lugar ou circunstância. Os 14 princípios gerais da administração, segundo Fayol, são: divisão do trabalho; autoridade e responsabilidade; disciplina; unidade de comando; unidade de direção; subordinação dos interesses individuais aos gerais; remuneração do pessoal; centralização; cadeia escalar; ordem; equidade; estabilidade do pessoal; iniciativa; espírito de equipe³.

Críticas: As críticas à Teoria Clássica são numerosas. Todas as teorias posteriores da administração se preocuparam em apontar falhas, distorções e omissões nessa abordagem, que representou, durante várias décadas, o figurino que serviu de modelo para as organizações. As principais críticas à teoria são: abordagem simplificada da organização formal; ausência de trabalhos experimentais; extremo racionalismo na concepção da administração; teoria da máquina; abordagem incompleta da organização; abordagem de sistema fechado³.

Apesar das críticas, a maioria dos princípios da Teoria Clássica são utilizados muito utilizada atualmente nas organizações¹, pois permitem uma visão simples e ordenada, útil para a execução de tarefas administrativas rotineiras, à medida que dissecou o trabalho organizacional em categorias compreensíveis e úteis.

TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS - A PARTIR DE 1929

Principais Autores: Elton Mayo

A Teoria das Relações Humanas surgiu nos Estados Unidos como consequência das conclusões da Experiência de Hawthorne, desenvolvida por Elton Mayo e colaboradores. Foi um movimento de reação e oposição à Teoria Clássica da Administração³.

Ideias principais: A Teoria das Relações Humanas tem suas origens na necessidade de humanizar e democratizar a administração, e no desenvolvimento das ciências humanas³.

Mayo defende os seguintes pontos de vista: o trabalho é uma atividade tipicamente grupal; o operário não reage como indivíduo isolado, mas como membro de um grupo social; a tarefa básica da administração é formar uma elite capaz de compreender e comunicar; passou-se de uma sociedade estável para uma sociedade adaptável; o ser humano é motivado pela necessidade de “estar junto”, de “ser reconhecido”, de receber adequada comunicação; a civilização industrializada traz como consequência a desintegração dos grupos primários da sociedade³.

O advento da Teoria das Relações Humanas trouxe uma nova linguagem que passou a dominar o repertório administrativo: motivação, liderança, comunicação, organização informal, dinâmica de grupo, etc. Os conceitos clássicos de autoridade, hierarquia, racionalização do trabalho, departamentalização passaram a ser contestados ou ignorados. Subitamente, o método e a máquina perdem a primazia em favor da dinâmica de grupo e o homo economicus cede o lugar para o homem social. Essa revolução na administração ocorreu nos prenúncios da Segunda Guerra Mundial, ressaltando o caráter democrático da administração. A ênfase nas tarefas e na estrutura é substituída pela ênfase nas pessoas³.

Pessoas são motivadas por necessidades humanas e alcançam suas satisfações

por meio da interação com grupos sociais. Dificuldades em participar e em se relacionar com o grupo provocam elevação da rotatividade de pessoal (turnover), abaixamento do moral, fadiga psicológica, redução dos níveis de desempenho, etc. O comportamento dos grupos sociais é influenciado pelo estilo de supervisão e liderança. O supervisor eficaz é aquele que possui habilidade para influenciar seus subordinados, obtendo lealdade, padrões elevados de desempenho e alto compromisso com os objetivos da organização. Normas sociais do grupo funcionam como mecanismos reguladores do comportamento dos membros. Os níveis de produção são controlados informalmente pelas normas do grupo. Esse controle social adota tanto sanções positivas (estímulos, aceitação social, etc.) como negativas (gozações, esfriamento por parte do grupo, sanções simbólicas, etc.)³.

A motivação humana procura explicar por que as pessoas se comportam e a teoria das relações humanas defende que o ser humano é motivado não por estímulos salariais e econômicos, mas por recompensas sociais e simbólicas³.

Críticas: As principais dizem respeito justamente à oposição aos princípios da Administração Científica; à interpretação inadequada e distorcida dos problemas de relações industriais; o caráter pragmático e orientado para a ação do administrador na Teoria das Relações Humanas visava a implantar medidas capazes de promover relações humanas harmoniosas e evitar e atuar ativamente para solucionar todo tipo de conflito. Além destes aspectos, a Teoria das Relações Humanas foi muito criticada pela concepção ingênua e romântica do operário, pois seus autores imaginavam um trabalhador feliz, produtivo e integrado no ambiente de trabalho, imagem que nem sempre foi confirmada por pesquisas posteriores, que descobriram trabalhadores felizes e improdutos, bem como infelizes e produtivos. Verificou-se também que o supervisor liberal e concentrado no trabalhador nem sempre era o responsável pelos grupos mais produtivos e que a consulta participativa criava mais problemas do que resolvia³.

Mesmo considerando as críticas, a Escola das Relações Humanas abriu novos horizontes à teoria administrativa em duas orientações bem definidas: a chamada equação humana (o sucesso das organizações depende diretamente das pessoas) e o novo papel do administrador (que deve saber comunicar, liderar, motivar e conduzir as pessoas)³.

TEORIA DA BUROCRACIA - A PARTIR DA DÉCADA DE 1940

Principais Autores: Max Weber

Ideias Principais: As críticas feitas à Teoria Clássica e Teoria das Relações Humanas revelaram a falta de uma teoria da organização sólida e abrangente. Assim, a obra do economista e sociólogo Max Weber, foi a inspiração para essa nova teoria da organização: a Teoria da Burocracia³.

Crítica: A burocracia é uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade, isto é, na adequação dos meios aos objetivos (fins) pretendidos, a fim de garantir a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos³. Muitos dos princípios de Weber são utilizados até hoje nas organizações em saúde¹.

Segundo o conceito popular, a burocracia é entendida como uma organização em que o papelório se multiplica e se avoluma, impedindo soluções rápidas ou eficientes. O termo também é empregado com o sentido de apego dos funcionários aos regulamentos e às rotinas, causando ineficiência à organização. É comum dar o nome de burocracia aos defeitos do sistema (disfunções), e não ao sistema em si mesmo³.

Mas o conceito de burocracia para Max Weber é exatamente o contrário: burocracia é a organização eficiente por excelência. Para conseguir eficiência, a burocracia explica nos mínimos detalhes como as coisas devem ser feitas. Segundo Max Weber, a burocracia tem as características a seguir: 1. Caráter legal das normas e regulamentos 2. Caráter formal das comunicações; 3. Caráter racional e divisão do trabalho; 4. Impessoalidade nas relações; 5. Hierarquia de autoridade 6. Rotinas e procedimentos padronizados; 7. Competência técnica e meritocracia; 8. Especialização da administração; 9. Profissionalização dos participantes; 10. Completa previsibilidade do funcionamento³.

Para Weber, a burocracia é uma organização cujas consequências desejadas resumem-se na previsibilidade do seu funcionamento, no sentido de obter a maior eficiência da organização³.

Críticas: ao estudar as consequências previstas (ou desejadas) da burocracia, os autores relataram também as consequências imprevistas (ou não desejadas) que levam à ineficiência e às imperfeições, chamadas de disfunções da burocracia: internalização das regras e apego aos regulamentos; excesso de formalismo e de papelório; resistência às mudanças; despersonalização do relacionamento; categorização como baseado processo decisório; super conformidade às rotinas e aos procedimentos; exibição de sinais de autoridade; dificuldade no atendimento a clientes e conflitos com o público³.

A maneira racional de organizar pessoas e atividades para alcançar objetivos específicos da burocracia despertou defensores e adversários. Alguns autores alegam que os erros atribuídos à burocracia não são erros do conceito, mas são consequências do fracasso em burocratizar adequadamente. As principais críticas à teoria tratam do excessivo racionalismo da burocracia; do seu mecanicismo; do conservantismo, que pode levar à conformidade e ao conformismo e não considera a organização informal; da abordagem de sistema fechado, que visualiza as organizações como entidades absolutas que existem no vácuo como sistemas fechados e não considera o contexto externo no qual a organização está inserida, as mudanças ambientais e suas repercussões no comportamento da

organização; do combate aos conflitos, que são considerados indesejáveis em um espaço em que as pessoas seguem comportamentos prescritos³.

TEORIA ESTRUTURALISTA - 1947

Principais autores: Amitai Etzioni; Blau e Scott

A teoria estruturalista é bem diferenciada, ela é consequência da burocrática no que tange a organização formal, no entanto, ela absorve características de outras teorias. Dessa maneira, a estruturalista não foca apenas em uma variável, sua ênfase é ampla e engloba a estrutura, as pessoas e o ambiente³.

Ideias principais: O estudo das organizações é o foco central da teoria estruturalista, tanto em relação a estrutura interna como na interação com outras organizações. Há uma concepção que as organizações são como “unidades sociais” (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas a fim de atingir objetivos específicos³.

O conceito de sistema é importante no estruturalismo, pois considera o relacionamento das partes na constituição do todo. Assim, uma das características é de que o todo é maior do que a simples soma das partes⁴.

Amitai Etzioni se dedicou a estudar como as organizações estão estruturadas e organizadas. E descreve uma tipologia para as organizações, sendo elas: *Coercitivas*: que utilizam o controle físico (prisão, campos de concentração, hospitais de internação mental, etc.); *Normativas*: que utilizam o controle por meios materiais (organizações de operários, funcionários, militares em tempo de paz, etc.); *Utilitárias*: que utilizam o controle simbólico (organizações religiosas, político-ideológicas, escolas, associações voluntárias, hospitais terapêuticos, etc.)³.

Foi Etzioni que trouxe as questões de conflitos nas organizações. Sendo que para os estruturalistas são geradores de mudança e inovação, mesmo que não sejam desejáveis³. O que é um conceito atual das questões abordadas inclusive na gestão de conflitos em enfermagem⁵.

Blau e Scott também apresentam uma tipologia, dividindo em quatro tipos de organizações: Associações de benefícios mútuos; organização de interesses comerciais; organizações de serviços; organizações de estado. Nessa tipologia os hospitais são apresentados como organizações de serviço, sendo o beneficiário principal o cliente (paciente). Os autores ainda afirmam que os clientes têm a força e influência sobre a organização a ponto de condicionar a sua estrutura e objetivos³.

Críticas: O estruturalismo não constitui propriamente uma corrente específica ou individualizada das teorias da administração com referências escassas.

TEORIA DOS SISTEMAS - 1937

Principais autores: Karl Ludwig von Bertalanffy, Daniel Katz e Robert Kahn

A teoria dos sistemas tem um olhar sobre a administração de uma forma macro, também podendo ser expressa como um conjunto de elementos interligados que formam um todo³.

Ideias principais: a teoria dos sistemas vê o funcionamento total da estrutura, não apenas o somatório de suas partes, tendo em vista que, o conjunto apresenta características que não são encontradas nos seus elementos de forma isolada. Pode-se denominar esta característica como sendo uma “Sinergia” que nada mais é do que, um esforço simultâneo oriundo de diversas partes que provoca resultados potencializados³.

As principais premissas básicas dessa teoria são:

- Existem diversos sub-sistemas, dentro de cada sistema;
- Os sistemas são abertos e ocorre uma “retroalimentação”;
- Os sistemas dependem de suas estruturas e possuem um objetivo/finalidade.

Por fim, a teoria dos sistemas, existe o conceito chamado “homem funcional”, apresentado em contraste com o conceito do “homo economicus” (teoria clássica), “homem organizacional” (teoria estruturalista) e do “homem administrativo (teoria behaviorista). Basicamente, o homem funcional mantém expectativas acerca do papel dos demais participantes do sistema, além de procurar transmitir essa expectativa³.

Críticas: As principais críticas desta teoria estão baseadas no fato de que ela não soluciona os problemas, apenas apresenta formulações conceituais que poderiam criar condições de aplicação em uma realidade empírica³.

TEORIA NEOCLÁSSICA - 1954

Principais autores: Peter Ferdinand Drucker

Ideias principais: A teoria neoclássica também conhecida como abordagem universalista, tendo em vista que alguns cientistas do ramo não a consideram como uma nova teoria, tendo em vista que é uma “releitura” da teoria clássica (Chiavenato, 2004). No entanto, surgiu a partir de uma necessidade de revisão da teoria clássica, removendo alguns exageros e adicionando ideias de autores contemporâneos, como por exemplo o Peter Drucker.

As principais características³, podem ser divididas em cinco grupos: ênfase na prática da administração; reafirmação relativa dos postulados clássicos; ênfase nos princípios gerais de administração; ênfase nos objetivos e resultados; ecletismo nos conceitos.

A teoria neoclássica considera a administração uma técnica social que visa dois

principais pontos: A eficiência e a eficácia. Drunker, define eficiência e eficácia como sendo: Eficiência: Consiste em fazer certo as coisas: está ligada ao nível operacional, como realizar as operações com menos tempo, menor orçamento, menos pessoas, menos matéria-prima. Eficácia: consiste em fazer as coisas certas: geralmente está relacionada ao nível gerencial³.

Além disso, a teoria neoclássica possui uma posição enfática quanto aos conceitos básicos da administração, que são:

- Divisão do trabalho (divide o trabalho em diversas partes menores);
- Especialização do trabalho (um cargo exerce uma determinada tarefa, e a pessoa que cumpre esse papel é um “especialista” no assunto);
- Hierarquia (a organização segue níveis hierárquicos de autoridade);
- Amplitude administrativa (quantidade de subordinados que um administrador é capaz de coordenar).

Henri Fayol (1954), apresentava a visão de que, a administração é basicamente prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Para a teoria neoclássica, todos esses pontos continuam sendo válidos, porém, o foco muda, sendo o processo administrativo, onde as principais funções do administrador são basicamente, planejar, organizar, dirigir e controlar. Até hoje é uma das vertentes mais utilizadas no mundo de administradores. Por fim, o administrador deveria ter como um dos seus principais focos a inovação³.

Críticas: Uma das principais críticas à teoria neoclássica está relacionada a questão de centralização das decisões. O principal ponto levantado é que os tomadores de decisão centralizada, estão no topo e têm pouco contato com as pessoas e situações envolvidas, causando uma assimetria neste sistema. Outro ponto é a questão hierárquica, hoje em dia, as organizações reduzem seus níveis hierárquicos no intuito de enxugar a organização para torná-la mais simples, aproximando de uma organização horizontal e fazê-la mais ágil e competitiva em um mundo repleto de mudanças e transformações³.

TEORIA COMPORTAMENTAL - 1957

Principais autores: Herbert Alexander Simon, Chester Barnard, Douglas McGregor, Rensis Likert, Chris Argyris

Ideias principais: A chamada Teoria comportamental, ou também Teoria Behaviorista, trouxe novo foco e uma nova direção dentro das teorias administrativas, ela trata da abordagem das ciências do comportamento humano, *behavioral sciences*. A principal ênfase desta escola permanece nas pessoas, porém, dentro de um contexto organizacional mais amplo, além de abandonar as posições normativas e prescritivas das

teorias antecessoras a ela³.

Esta teoria, se fundamenta a partir do comportamento individual das pessoas, para conseguir entender esse comportamento individual, precisamos entender a motivação humana. Os autores supracitados observaram que o administrador precisa conhecer as necessidades humanas para compreender o comportamento humano, a partir disso, utilizar a motivação humana como meio para melhorar a qualidade da organização³.

Um dos principais pilares desta teoria é a chamada pirâmide de Maslow, ou, hierarquia das necessidades de Maslow, que apresenta uma teoria de motivação segunda a qual as necessidades humanas estão organizadas e dispostas em diferentes níveis, sendo esses níveis³:

- Necessidades de autorrealização (trabalho criativo e desafiador);
- Necessidade de estima (orgulho, reconhecimento, promoções);
- Necessidades sociais (interação com clientes, gerente amigável, colegas, amizades);
- Necessidades de segurança (condições de segurança no trabalho, tais como estabilidade);
- Necessidades fisiológicas (conforto físico, horários confortáveis de trabalho, condições razoáveis).

Para essa teoria é apresentada a figura do “homem administrativo”, que poderia ser exemplificado como: Evita as incertezas e segue regras padronizadas da instituição que atua para tomar decisões; Não altera regras e infringe as mesmas somente quando sob pressão ou crise; O “homem administrativo” procura sua satisfação, não o melhor desempenho, não procurando os maiores lucros, preços ótimos ou outros pontos³.

Críticas: É uma das principais teorias administrativas tendo em vista a implementação da ideia de motivação, porém, apresenta algumas “falhas”, foi evidenciado anos após a sua criação a partir de estudos de James Early que, os administradores buscam cada vez mais novos meios de obter lucros e redução de custos. Outro ponto de crítica é que a teoria falhou em padronizar os comportamentos dos seres humanos, ignorando as diferenças individuais de personalidade, o que se demonstrou equivocado³.

TEORIA CONTINGENCIAL - 1972

Principais autores: Lawrence, Lorsch, Woodward, Chandler, Burns e Stalker

Ideias principais: A palavra “contingencial” apresenta como significado algo eventual, ou incerto. A partir de organizações mais complexas, surgiu uma nova teoria que tentasse explicar e compreender essas organizações e sua dinâmica, a Teoria

Contingencial. Para a Teoria contingencial, as condições do meio causam transformações no seu interior³.

Esta teoria pode ser considerada um avanço da teoria dos sistemas, tendo várias características preservadas. Ela possui os seguintes aspectos básicos: a natureza de uma organização é um sistema aberto; existem interações entre a própria organização e com o ambiente; existem dois tipos de variáveis, as independentes (características ambientais) e aquelas dependentes (características organizacionais).

A teoria da Contingência teve origem a partir de uma pesquisa de Lawrence e Lorsch (1967) sobre o confronto entre organização e ambiente, essa pesquisa tinha como o objetivo confirmar se as organizações mais eficientes seguiam os pressupostos estipulados pela Teoria Clássica. A partir dos resultados da pesquisa, ficou evidente que a estrutura da organização e o seu funcionamento são inteiramente dependentes da interface com o ambiente externo, concluindo que não existe um único e melhor jeito de se organizar, que tudo depende³.

Uma das principais conclusões da Teoria da Contingência, além das supracitadas, foi obtida a partir de pesquisas de Joan Woodward, tendo concluído os seguintes pontos³:

- O desenho organizacional é afetado pela tecnologia usada pela instituição;
- Existe uma forte correlação entre a estrutura da organização e a previsibilidade de técnicas produtivas;
- Empresas com tecnologia mutável apresentam estruturas diferentes de estruturas estáveis;
- Sempre há o predomínio de alguma função na empresa.

A partir disso, foi possível observar que as características organizacionais da empresa são dependentes, além do meio (chamado de imperativo ambiental), também da tecnologia (chamado de imperativo tecnológico), o que justifica os estudos referentes à tecnologias.

A Teoria da contingência apresenta um modelo de “homem”, o chamado “Homem Complexo”. Sendo ele, um homem com complexo sistema de valores, percepções, características e necessidades, ele desenvolve e opera um sistema que é capaz de manter um equilíbrio interno diante de demandas externas, não sendo um indivíduo estático³.

Críticas: Uma das principais críticas feitas à teoria da contingência é oriunda do pesquisador Donaldson, que afirma que a mesma não se trata de uma teoria e sim de um conjunto de teorias que formam uma abordagem contingencial⁶.

Abaixo estão descritos dois quadros sinóticos do presente capítulo, são descritos aspectos principais das teorias³ e sua relação com a enfermagem. O quadro 1 apresenta as abordagens prescritivas e normativas.

Aspectos Principais:	Clássicas	Relações Humanas	Burocrática	Neoclássica
Ênfase	Nas tarefas e estrutura organizacional	Nas Pessoas	Na estrutura organizacional	No ecletismo: tarefas, pessoas e estrutura
Concepção de homem	Homem Econômico	Homem Social	Homem Organizacional	Homem Organizacional e Administrativo
Comportamento organizacional do indivíduo	Ser isolado que reage como indivíduo (atomismo tayloriano)	Ser social que reage como membro de grupo social	Ser isolado que reage como ocupante de cargo	Ser racional e social focado no alcance de objetivos individuais e organizacionais
Resultados almejados	Máxima eficiência	Satisfação do operário	Máxima eficiência	Eficiência e eficácia
Saúde e Enfermagem	Padronização de tarefas (protocolos, POPs), divisão de trabalho na equipe de saúde e de enfermagem (fazer x saber)	Enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, valorização da comunicação e do trabalho em equipe	Registros detalhados, exibição de sinais de poder (uniformes e ambientes diferentes para determinadas categorias profissionais), valorização da competência técnica, definição dos limites da atuação de cada profissão	Áreas especializadas e divisão do trabalho; Hierarquia

Quadro 1 - Apresentação das abordagens prescritivas e normativas.

O quadro 2 apresenta as abordagens explicativas e descritivas.

Aspectos Principais:	Estruturalista	Comportamental	Sistemas	Contingencial
Ênfase	Na estrutura e no ambiente	Nas pessoas e no ambiente	No ambiente	No ambiente e na tecnologia
Concepção de homem	Homem Organizacional	Homem Administrativo	Homem Funcional	Homem Complexo
Comportamento organizacional do indivíduo	Ser social que vive dentro de organizações	Ser racional tomador de decisões quanto à participação nas organizações	Desempenho de papéis	Desempenho de papéis
Resultados almejados	Máxima eficiência	Eficiência satisfatória	Máxima eficiência	Eficiência e eficácia
Saúde e Enfermagem	Instituições de saúde como organizações utilitárias	Motivação Humana	Funcionamento total das instituições	Interação ambiente e tecnologia

Quadro 2 - Apresentação das abordagens explicativas e descritivas.

TEORIAS ADMINISTRATIVAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

A administração científica e a teoria clássica da administração têm por foco a análise e estruturação das tarefas e estrutura da organização, respectivamente, para incremento da produtividade. E é justamente por atribuir ênfase a estes elementos, comuns a quase todos os sistemas de saúde, que são os princípios mais comumente observáveis no funcionamento dos serviços de enfermagem.

O foco no como fazer procedimentos e práticas, que culminam na elaboração de protocolos, listas de verificação, formulários de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e outros documentos normatizadores são tentativas de padronizar atividades, características de princípios das teorias administrativas clássicas e burocrática, que foram incorporadas no trabalho em saúde com frequência, uma vez que procuram garantir a aplicabilidade prática das melhores evidências disponíveis e diminuir a variabilidade profissional, que pode advir da formação ou de experiências profissionais anteriores.

O princípio da exceção de Taylor, segundo o qual as decisões mais frequentes devem ser transformadas em rotina e delegadas aos subordinados, deixando os problemas

mais sérios e importantes para os superiores é comumente usado na enfermagem como forma de delegação de tarefas.

A divisão do trabalho na equipe de saúde e dentro da própria equipe de enfermagem - divisão social e técnica do trabalho em saúde - remete à divisão do trabalho entre gerência e execução defendida por Taylor, em que o planejamento e a supervisão ficam a cargo da gerência e a execução do trabalho, a cargo do trabalhador. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um exemplo da organização do trabalho dentro da equipe de enfermagem, em que os processos que são privativos do enfermeiro representam a análise e planejamento da assistência de enfermagem. Ainda a separação entre concepção e execução pode ser exemplificada na divisão em trabalho de característica mais intelectual, representado pelo trabalho médico, e o manual, que fica a cargo da enfermagem.

Já a divisão do trabalho de Fayol se preocupava com a divisão no nível dos órgãos que compõem a organização, isto é, departamentos, divisões, seções, unidades, etc, que são modelos de estrutura muito comuns na rede de serviços de saúde e dentro das instituições em saúde também. Para Fayol, as organizações com maior divisão do trabalho seriam mais eficientes do que aquelas com pouca divisão do trabalho. Contudo, no contexto atual da saúde, em que se discute a organização do trabalho na perspectiva da interprofissionalidade, essa organização em corpo clínico médico, coordenação de enfermagem, serviço de nutrição, etc, não traduz a lógica de integração.

Uma das grandes críticas à teoria de Taylor trata da sua abordagem prescritiva, normativa e com receitas pré determinadas que regem como fazer as coisas dentro das organizações, visualizando a organização como ela deveria funcionar e não na sua realidade. Por vezes essa abordagem acaba por distorcer justamente as iniciativas de tornar a assistência de enfermagem individualizada, como na aplicação da SAE em que prescrições de cuidados prontas e padronizadas, por vezes, são usadas sem a consideração de objetivos individuais do cuidado.

As condições ambientais de trabalho, que para Taylor correspondem a fatores que influenciam a eficiência ao garantirem bem-estar físico do trabalhador e diminuir a fadiga, são traduzidos em alguns princípios da ambiência e têm sido reconhecidamente objeto de atenção de alguns gestores em saúde no planejamento de espaços físicos e normas para serviços de saúde e enfermagem.

O trabalho de Fayol foi o primeiro a classificar o espírito de equipe, traduzido na ideia de que a harmonia e a união entre as pessoas, como uma grande força para a organização. A natureza coletiva do trabalho em saúde requer o uso dos princípios do trabalho em equipe para qualificação de processos para trabalhadores e para pacientes.

Esse princípio geral da teoria clássica que remete ao trabalho em equipe foi

desenvolvido em maior ênfase na teoria das relações humanas, que agregou, ao contexto das organizações, estratégias de liderança como forma de condução de grupos de trabalho. Além da liderança, a motivação para o trabalho tem ênfase da teoria de Mayo e objetos de estudo no contexto da gerência de enfermagem, merecendo atenção em determinados contextos de saúde, como nas instituições que pesquisam regularmente entre seus trabalhadores elementos como clima organizacional.

Outro elemento que merece destaque na teoria das relações humanas é a comunicação. Para o contexto da teoria em questão, a ênfase estava na comunicação entre o superior e os subordinados. Contudo, no contexto atual dos serviços de saúde, a comunicação eficaz tomou amplitude maior que a de assegurar um trabalho produtivo, sendo um elemento central também para assegurar uma assistência de enfermagem segura e livre de danos ao paciente.

Quando se trata de teoria burocrática, frequentemente as críticas destinadas às organizações tem foco nas disfunções da burocracia, e não é diferente nos serviços de saúde. Por vezes os trabalhadores (e também os usuários dos serviços de saúde) precisam lidar com o apego desmedido a regulamentos e excesso de documentos, sendo comum que profissionais precisem registrar várias vezes a mesma informação em sistemas diferentes (e em formulários de papel) pois não há interoperabilidade, o que além de gerar retrabalho e perda de tempo, atrapalha a comunicação em saúde e pode prejudicar as decisões assistenciais.

Outra disfunção da teoria de Weber é a resistência a mudanças, que no caso da saúde pode ser ainda mais crítica: profissionais que atuam nos serviços por muitos anos e demonstram resistência na incorporação de novas evidências e mudança em seus processos de trabalho.

O desenvolvimento de práticas como a CoGestão são iniciativas de minimização dos efeitos negativos de teorias clássicas e também disfunções da burocracia, como o caso da categorização do processo decisório, para a qual quem toma decisões é aquele que possui a mais elevada categoria hierárquica, independentemente do seu conhecimento sobre o assunto, o que leva a categorização (classificar as coisas, estereotipadamente, a fim de lidar com elas sem considerar sua complexidade).

O uso de uniformes pelos trabalhadores em saúde pode ser considerado uma necessidade intrínseca ao trabalho com diversos riscos, como o da saúde, contudo a exibição de sinais de autoridade a partir da distinção de cores e símbolos entre os uniformes das diferentes categorias caracteriza a necessidade de indicar visivelmente aqueles que detêm o poder, típico da exibição de sinais de autoridade, outra disfunção da teoria de Weber.

A teoria burocrática influencia a organização dos serviços de saúde não só a partir de suas disfunções, mas seus princípios prestam importantes contribuições para o contexto: o caráter formal das comunicações, que exige que as ações e procedimentos sejam feitos para proporcionar comprovação adequada, bem como para assegurar a interpretação unívoca, proporciona segurança na assistência; o caráter racional da divisão do trabalho, em que cada trabalhador sabe qual sua tarefa e quais são os limites de sua tarefa, contribui para a organização da assistência e o respeito ao exercício das diversas profissões; a importância da competência técnica, que prevê que processos como transferência e promoção dos trabalhadores sejam baseados em critérios de avaliação e classificação válidos para toda a organização traz profissionalismo a gestão de pessoal e enfermagem, que já se caracterizou por relações pessoais entre os membros; por fim, a completa previsibilidade do funcionamento, que mesmo não podendo ser totalmente aplicada no cuidado em saúde, por sua complexidade, atribui ao trabalho dos indivíduos uma segurança de respaldo institucional para o modelo de cuidado prestado, uma vez que, de acordo com o princípio, todos funcionários devem comportar-se de acordo com as normas e regulamentos da organização.

Por outro lado, a teoria estruturalista aborda as questões do relacionamento nas e das organizações, apresenta uma análise das estruturas tanto internas quanto externas. Os hospitais são considerados organizações utilitárias, sendo parte de um todo dentre diferentes tipos de organizações em uma sociedade. Sendo esses conceitos muito próximos da teoria dos sistemas que vê o funcionamento total da estrutura. Por fim, ambas as teorias auxiliam a organização dos serviços de saúde e de enfermagem, e apresentam conceitos para que possa compreender que as organizações de saúde como hospitais são subsistemas do sistema maior. Por exemplo, pode-se pensar no sistema único de saúde que é todo que interfere diretamente nas partes. Também pode-se pensar, atualmente, na própria organização dos serviços em redes de atenção à saúde.

E com o passar dos anos a teoria neoclássica se consolidou a partir da necessidade de revisão da teoria clássica. Ela reforça questões que estão presentes até os dias atuais, como divisão do trabalho (já discutida acima), especialização do trabalho e níveis hierárquicos. A especialização do trabalho vem ganhando destaque na profissão, sendo que o enfermeiro a cada dia se torna especialista em áreas cada vez mais específicas. Já em relação a hierarquia, vem sendo bem questionada já que hoje em dia as organizações tendem a ter níveis mais horizontais como é possível perceber com o achatamento de organogramas de grandes instituições de saúde.

Outras teorias que se fazem valer a partir de teorias anteriores, são a Comportamental e a Contingencial. A comportamental foca no comportamento do indivíduo, e é nesse

momento que entram os estudos voltados a motivação humana, e com isso apresenta diferentes níveis de necessidades humanas e de como estão organizadas, dentre essas necessidades a enfermagem apresenta fortemente a necessidade de estima, que está diretamente ligada ao orgulho de ser enfermeira, ao reconhecimento e suas promoções. Já a contingencial, considerada um avanço da teoria dos sistemas, torna-se uma abordagem geral de várias outras teorias, destaca-se apenas por apresentar que o funcionamento das instituições são dependentes do ambiente externo.

Dessa forma, fatores inerentes às sociedades que abrigam as organizações e os grupos interferem e determinam as propostas e práticas de grupos e organizações. Assim, o sistema econômico, as propostas sociais, o regime político, os planos e programas educacionais e de saúde interferem diretamente no desempenho das instituições de saúde, moldando sua filosofia, estabelecendo suas políticas, diretrizes e estrutura administrativa.

A adoção de elementos de uma ou de outra teoria administrativa depende deste contexto, mas sem dúvida depende também dos valores implícitos nas diferentes teorias que são aceitos pelos elementos detentores do poder dentro das organizações.

As teorias administrativas não contribuem decisivamente para a democratização das relações em saúde nem investem declaradamente na produção de trabalhadores dotados de autonomia e de capacidade para estabelecer compromissos com outros, necessários à efetivação dos princípios propostos no sistema de saúde brasileiro³. O modo de produção do trabalho ainda presente no cotidiano dos hospitais, caracterizado pela divisão do trabalho, hierarquia, alienação dos trabalhadores e controles de produtividade como qualidade, contraria o modelo assistencial proposto pelo SUS, alicerçado na integralidade e na equidade da assistência, no exercício da subjetividade e na participação social de cidadãos³.

Considerar a trajetória histórica das teorias administrativas deve ser fonte para compreensão da atualidade da organização dos serviços e dos trabalhos em saúde no país. Cada momento histórico, cada princípio proposto, cada crítica fundamentada aos pensamentos que fundamentam determinada teoria agrega elementos para compreensão de contexto de uma realidade complexa e dinâmica, com crescentes demandas por qualidade e ampliação da abrangência dos serviços de saúde. Assim, entende-se que o estudo das teorias administrativas pode contribuir para transformação da realidade das organizações de saúde e para o gerenciamento em enfermagem, pois permite fundamentar as críticas a partir da compreensão de sua gênese, além de adicionar historicidade e experiência à proposição de novas formas de gestão, mais alinhadas às necessidades de saúde da população e realidades do país.

REFERÊNCIAS

1. McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas de Enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
2. Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. Rev Bras Enferm 2005 mar-abr; 58(2):222-6.
3. Chiavenato I. Introdução a teoria Geral da Administração. 9. ed. Barueri: Manole; 2014.
4. Motta FCP, Vasconcelos IFGd. Teoria geral da administração. 2. ed. Massachusetts: Cengage Learning; 2006.
5. Kurgant P et al. Gerenciamento em Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Gen; 2010.
6. Donaldson L. Handbook de estudos organizacionais: ação e análise organizacionais. Rio de Janeiro: Atlas; 2004
7. Campos GWS. An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998; 14(4):863-870.
8. Paiva SMA, Silveira CA, Gomes ELR, Tessuto, Sartori, NR. Teorias administrativas na saúde. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2010; 18(2):311-6.

A COMPLEXIDADE NA GESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Betina Horner Schlindwein Meirelles

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Lucilene Gama Paes

Universidade Federal de Santa Catarina e
Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC,
Brasil

Bruna Coelho

Universidade Federal de Santa Catarina e
Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC,
Brasil

maduras de conhecimento científico, edificadas sobre as bases fundamentais da razão humana por meio da utilização de juízos, conceitos e categorias, e tem como objetivo interpretar e explicar os fenômenos da vida cotidiana em bases ditas científicas. Uma teoria, por mais contemporânea, nunca será absoluta.¹

O uso de uma teoria ou referencial teórico é importante no sentido de aproximar a teoria à prática, trazendo o saber produzido na academia para melhorar esta prática. No caso da pesquisa e do trabalho em saúde e enfermagem, um pensar mais contextualizado, que considere o ser humano em todas as suas dimensões, se mostra importante para dar conta da visão ampliada do conceito de saúde e assim, trazer melhores respostas individuais e coletivas às necessidades das pessoas/sociedade.

Buscar uma teoria ou referencial teórico que auxilie na busca por essas respostas, um pensar que contemple

1 | INTRODUÇÃO

O pensamento humano reflete a realidade a qual consegue capturar. As ferramentas mentais que possibilitam essa ação são os juízos, os conceitos e as teorias, que cumprem diversas funções na trajetória do pensamento. É necessário, portanto, entender o que são esses movimentos. Especificamente, as teorias são formas

a integralidade, contextualizado, com uma nova forma de significar o ser humano e os problemas/necessidades de saúde e que, ainda, proporcionem as mudanças esperadas nos indicadores de saúde, torna-se um desafio diante das complexas interações e dimensões do viver humano.

O homem age em busca do conhecimento e precisa do conhecimento para agir. O pensamento e o universo fenomenal são complexos. Não é somente o reconhecimento de que o pensamento dialoga com o universo por meio de uma lógica adequada ao real, mas também que esse diálogo se efetiva numa incompletude lógica, de maneira metalógica. Assim, é necessário ultrapassar, englobar, revitalizar, a lógica identitária, não só numa lógica mais fraca, mas num método de pensamento complexo, que seria dialógico, não constituindo uma nova lógica, mas um modo de utilizar a lógica devido a um paradigma da complexidade.²

No cuidado humano encontra-se o desejo de perpetuar a vida. O descuidado, por sua vez, constitui ameaça à vida. Cuidado e descuidado convivem e marcam a trajetória da humanidade. Os avanços e recuos das civilizações associam-se ao cuidado e ao descuidado, ambos compondo um mesmo cenário, contraditórios. Entender o cuidado, expressar seu significado, articular as práticas que lhe são subjacentes, requerem pensamento compreensivo, aberto, capaz de recolher a complexidade, a não-linearidade, que lhe dá caráter.

Os contornos não definidos do cuidado, a plausibilidade no lugar da certeza, a instabilidade de sua produção no seio das organizações da saúde, a repetição regular de modos irregulares, as descontinuidades, estende-se também para a forma como ele é desenvolvido no âmbito das organizações de saúde. Compreender o cuidado em saúde exige visualizá-lo em sua complexidade, entendê-lo como sistema complexo nas suas estruturas e propriedades, sistema formado por elementos em redes com suas interconexões e dotado de movimentos inter-retroativos nos espaços das denominadas organizações complexas, onde ele é serviço-resultado.³

A tarefa do pensamento complexo é saber tratar, questionar, eliminar, salvaguardar as contradições, considerando que a contradição vem do fato de que o raciocínio pede que desapareçamos com ela e por outro lado pede que a salvaguardemos para fugir do pensamento estéril. O pensamento complexo permite incluir/excluir, pois não se fecha na disjunção e necessita muitas vezes da dialógica: duas proposições contrárias estão necessariamente ligadas, ao mesmo tempo em que se opõem. É realmente essa dialógica que funciona por toda parte onde há complexidade, como na análise da gestão do cuidado em saúde e enfermagem.⁴

O tecido daquilo que se concebe como real comporta camadas, buracos, emergências,

que não se sabe se são sublógicas, alógicas, supralógicas ou extralógicas. Isso permite reconhecer a incompletude do pensamento e da realidade. O ser não tem existência lógica e a existência não tem um ser lógico. Na verdade, a lógica não é/tem um fundamento absoluto: ela é uma ferramenta a serviço do componente analítico do pensamento e não uma máquina infalível para guiar o pensamento. Nenhum sistema logicamente organizado pode abarcar o universo na sua totalidade, nem explicar exaustivamente sua realidade. A subordinação do pensamento à lógica conduz à racionalização, que é uma forma lógica de irracionalidade, pois constitui um pensamento separado do real. O pensamento ao mesmo tempo contém e ultrapassa a lógica, assim, a complexidade do pensamento é metalógica: ao mesmo tempo engloba e transgredir a lógica. O pensamento deve ser translógico, significa que deve ir através, atravessar, transgredir.⁴

Nesse sentido, a gestão do cuidado se apresenta com o desafio de reconhecer processos auto-eco-organizadores no seu interior, portanto, ver mais que um sistema funcionalista, mais que um sistema organicista, enxergar um verdadeiro sistema organizacionista. A gestão do cuidado há que ser vista como um processo de relações, interações, associações, retroações entre os seres, em vários planos, sendo tanto auto-organizador por meio das práticas e atitudes como organizador do sistema de saúde a que pertence, ademais de co-organizar-se em simbiose com outros sistemas sociais.³

À gestão dos serviços e do cuidado são incorporados novos saberes e práticas no âmbito das instituições para dar conta dos desafios do cuidado em saúde de qualidade. As novas perspectivas, mas também as dificuldades frente à gestão, são apontadas, sugerindo melhoria da comunicação, enfrentamento da fragmentação das políticas públicas, implantação de novos processos de trabalho voltados a gestão do cuidado, e a necessidade de capacitação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional para gestão do cuidado de pessoas. Isto nos leva a pensar como estas diretrizes de cuidado, na sua dinamicidade e complexidade, têm sido enfrentadas na gestão deste cuidado, em todas as suas dimensões.

A partir dessa contextualização, espera-se que, ao finalizar a leitura deste capítulo, o leitor esteja atualizado com relação a utilização do referencial da complexidade nas ações de gestão do cuidado em saúde e enfermagem, ampliando a compreensão sobre o tema. Objetiva-se, especificamente, relacionar o conceito de complexidade na gestão do cuidado em saúde e enfermagem e contribuir para a construção do conhecimento sobre a complexidade na gestão do cuidado saúde e enfermagem no âmbito da Atenção primária em saúde e no nível hospitalar.

2 | COMPLEXIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

A saúde é fundamental para o ser humano, multidimensional e o conhecimento dos problemas globais e fundamentais exige a reconexão dos conhecimentos separados, divididos, compartimentados e dispersos, um conhecimento que saiba unir. Assim, a complexidade surge como um desafio, uma possibilidade de reflexão e uma alternativa para escapar do pensamento redutor (que só vê os elementos) e do global (que vê apenas o todo), reconhecendo que a simplificação é necessária, mas que precisa ser relativizada. Ele comporta as imperfeições, as incertezas, as contradições e o reconhecimento do irreduzível, propondo uma relação dialógica entre ordem/desordem/organização.² Esse olhar complexo e dinâmico oferece a oportunidade de uma ação integrada que inclui as diferentes dimensões da experiência humana: a subjetiva, a social, a política, a econômica, a cultural, colocando os saberes produzidos nos diversos campos do conhecimento a serviço da saúde: é saber lidar com o diverso, com os opostos, com as formas de viver emergentes das sociedades modernas que se colocam frente ao cuidado humano.⁵

O ato de cuidar é influenciado por uma multiplicidade de associações, contatos e afetos. Trata-se de uma ação complexa capaz de envolver diferentes atores e instituições, tornando-se essencial a vivência de relações e conexões intensas entre os sujeitos envolvidos. Dessa forma, o trabalho em saúde, como meio social, e a saúde, propriamente dita, caracterizam-se como um processo contínuo, imaterial e criativo, que integra o social, o cultural, a história das pessoas e das sociedades.⁶⁻⁸

O cuidado designa uma atitude de desvelo, de solicitude e atenção, instiga preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade para com o outro.⁹ É quando o outro passa a ter significado.¹⁰ Trata-se de uma forma de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida, tais como: o nascimento, a promoção, a recuperação da saúde e a própria morte.¹¹ Como prática de saúde, no Brasil, o cuidado tem sido pauta constante de debate entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Nessa linha de pensamento, reflete-se sobre o cuidar, trazendo instrumentos para pensá-lo a partir de uma concepção mais ampla e integral, aproximando corpo e mente, matéria e espírito. Reforça-se a integralidade, salientando que a não se deve confundir a atitude de cuidar com o parcelamento das práticas de saúde. Esta necessita se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.¹²

Para que o cuidado possa ser oferecido com qualidade é imprescindível combinar a intencionalidade de viabilizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.¹³ É nesse contexto de mudança do modelo assistencial que os trabalhadores em saúde estão inseridos. Busca-se

superar as práticas curativistas, para se trabalhar sob uma nova perspectiva e concepção de ser humano, vida, saúde, sociedade e cuidado de saúde, remetendo-nos à construção e implementação de novas tecnologias de gestão que integrem o ser, o pensar, o fazer, o estar mobilizando ações de cuidado humano.³

O processo de cuidar se apresenta nas organizações de saúde, com destaque para a interação entre os envolvidos no processo. Visa fortalecer a organização dos serviços de saúde para melhorar o cuidado ao indivíduo doente, compartilhamento de responsabilidades, integração efetiva, garantindo acesso e continuidade do tratamento.¹⁴ A gestão do cuidado em saúde obedece a racionalidades teórico- metodológicas produzidas a partir de um processo sócio histórico, em uma determinada época, que estabelece, para gestores, profissionais e usuários, formas de entender e intervir na saúde e na doença.¹⁵

As práticas de gestão do cuidado podem ser estruturadas em ações de apoio social, na qual o trabalhador da saúde colabora no processo de articulação da rede¹⁶⁻¹⁸ com ações clínico-terapêuticas construir relações de cuidado confiáveis ^{16,18-20}, desenvolvidas no encontro entre pacientes e profissionais e ações de responsabilidade da macro, meso e microgestão no âmbito organizacional, político-institucional e pessoal.²¹⁻²²

No âmbito organizacional destacam-se as atividades operativas numa lógica de gestão e produção de serviço na rede de saúde (com incentivo financeiro, trabalho multiprofissional, regulação dos encaminhamentos para especialistas, organização da Atenção Primária como porta de entrada, organização da longitudinalidade do cuidado,...). No âmbito político-institucional, emergem atividades que respondem pelo arcabouço legal para implementação de redes regionais (cobertura, estrutura física, ampliação do escopo do serviço de saúde, garantia de acesso aos demais níveis de atenção e garantia de acompanhamento do usuário em todos os níveis). No âmbito pessoal estão incluídas as interações dos profissionais entre si e destes com os usuários.²¹⁻²²

A gestão do cuidado constitui-se de elementos importantes, que quando associados garantem-na enquanto prática. Ainda, a gestão do cuidado pressupõe a realização de atividades administrativas incluindo gestão de recursos humanos, gestão da qualidade, gestão das informações.^{17-18,21,23} Para tanto, há colaboração e compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes profissionais, bem como a interação entre os mesmos.¹⁴ A organização do trabalho na gestão do cuidado é dependente de comunicação efetiva entre os profissionais e destes com os pacientes.^{14,19} Exige também competência profissional, que se relaciona com a experiência de trabalho, mas também à garantia de acesso, acolhimento e vínculo, e com a capacidade de incorporar um olhar mais integral do paciente. Adiciona-se ainda elementos como ética, eficiência e eficácia, no sentido de individualizar o cuidado no paciente, sua família e coletividades, com melhor uso de

recursos disponíveis, seguindo princípios como a autonomia, beneficência e justiça.²³

A gestão do cuidado é compreendida como uma relação dialética entre o processo de trabalho, o cuidar e o administrar. Ocorre na e pela articulação entre os saberes da gerência e do cuidado, viabilizando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional, cuja finalidade é proporcionar um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços.²⁴ Assim, num cenário de novas práticas e de transformação nos processos de trabalho em saúde, revela-se a gestão do cuidado, a partir de um trabalho individual em direção a um trabalho transdisciplinar, com autonomia, vinculação e corresponsabilização das equipe de saúde.¹¹

O conceito de gestão do cuidado não se aplica apenas à relação assistencial estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário, mas pode ser compreendido como uma interação com as tecnologias existentes. Deve relacionar-se ao conhecimento técnico e ao modo como as pessoas andam na vida, o que faz emergir a necessidade de superar a racionalidade instrumental, criando espaços para interações intersubjetivas que valorizem a pluralidade dialógica e outras racionalidades terapêuticas.²⁵

A gestão do cuidado como a utilização de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia.²⁶ Ela integra cinco dimensões, que se conectam de variadas formas produzindo uma complexa rede de cuidados, quais sejam: *dimensão individual*, entendida como a possibilidade de que cada um pode ou tem potencial para produzir uma forma singular de cuidar de si próprio e fazer escolhas; *dimensão familiar*, focalizada na figura das pessoas da família, os amigos, os vizinhos; *dimensão profissional*, que ocorre no encontro entre trabalhadores e os usuários; *dimensão organizacional*, compreendida como aquela que se dá nos serviços de saúde, dependente da ação cooperativa de vários atores; *dimensão sistêmica*, aquela que se envolve na construção formal de conexões entre os serviços de saúde, compromete-se com a rede de cuidado, na perspectiva da integralidade.²⁶

No caminho da dimensão organizacional, depreende-se uma gestão de cuidado em que os trabalhadores adotem uma abordagem que integre e acolha as necessidades dos usuários, coloque-os perante a necessidade de imersão nos aspectos subjetivos das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia. Também evoca a desconstrução e construção de novas práticas de saúde, no intuito de beneficiar os usuários, com ações éticas, flexíveis, humanas, políticas e eficientes.^{24,27}

A gestão do cuidado também pode ser compreendida no processo de trabalho em saúde como a forma com que o cuidar se manifesta e se organiza na interação entre sujeitos.²⁸ Nessa direção, Rossi e Lima (2005)^{27: 467} fazem referência ao desafio por parte

de quem gerencia o cuidado:

O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado hoje é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários como potentes para intervirem no trabalho vivo em ato – espaço de concretização do cuidado.

Para atuar como profissional do cuidado, sob uma perspectiva diferenciada, o trabalhador de saúde necessita assumir e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, tornando-se capaz de atuar com as tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações e promovendo ganhos de autonomia dos usuários, em compromisso com a defesa da vida individual e coletiva.²⁹

Nessa linha, Feuerweker (2011)³⁰ apresenta o conceito de “cadeia do cuidado em saúde”, caracterizado como o arranjo para articular o acesso aos serviços de saúde, com a manutenção do vínculo e da continuidade da assistência. Destaca nesse processo a necessidade de gestão, tanto do modo como se organizam os serviços, quanto dos encontros entre trabalhadores e usuários no âmago da produção e gestão do cuidado. A autora propõe uma agenda e dispositivos para a gestão do cuidado a partir de diferentes contextos, tendo por base a atenção primária: *dentro das unidades*, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas, principalmente, no que se refere ao trabalho médico-centrado, ao olhar epidemiológico local, às políticas previamente definidas e à demanda espontânea; e *no território*, no intuito de produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações, entre outros aspectos comunitários relevantes. Assim, a gestão do cuidado coloca os trabalhadores diante da necessidade do planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho,...), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas.¹³

O cotidiano dos serviços de saúde é organizado pelas relações e conexões estabelecidas entre si e os vários atores, que operam em diversas direções e sentidos.⁸ Essa micropolítica das organizações de saúde constrói uma rede complexa, móvel, mutante, capaz de gerir as práticas de cuidado.²⁶ Dessa forma, a gestão do cuidado revela-se nas “ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno”.^{31:56} Considerando que a integração dos serviços, a coordenação e continuidade do cuidado são desafios a serem

enfrentados pelo SUS, entende-se que para a consolidação da gestão do cuidado, os envolvidos apresentem plasticidade nos seus processos de trabalho, viabilizando acesso dos usuários aos serviços necessários e em tempo-espaço oportuno.

3 | A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA COMPLEXA: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) exerce a função estratégica de centro de comunicação da RAS. Ela tem sido o lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para o cuidado que precisam, por esta razão acreditam que ela deve ser defendida como importante conquista a ser consolidada e aperfeiçoada. Entretanto, ainda encontra um grande desafio pela frente, reunir subsídios, condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos da rede complexa.³²

A APS como campo de práticas de cuidado e cenário de manifestações subjetivas, destaca-se no contexto dos sistemas de saúde como estrutura fundamental para a sustentação de uma atenção continuada, articulada, integral e de qualidade. Vivencia-se um movimento de resgate das bases e objetivos da concepção da APS, no intuito de propor novos caminhos para (re)organização dos sistemas de saúde.³³ Afirma-se e renova-se seu compromisso político, no caminho de uma cobertura universal de saúde e desenvolvimento sustentável.³⁴

No Brasil, a APS define-se como estrutura fundamental para o ordenamento do cuidado e coordenação da rede de atenção. Aproxima-se de uma concepção abrangente e reestrutura-se numa perspectiva de integração de rede, com estabelecimento de vínculos, com a intersetorialidade e participação popular. Além de apontar o caminho do usuário no sistema de saúde, busca identificar as demandas individuais e coletivas e proporcionar um cuidado integral, conectando serviços, saberes e práticas.^{7,33}

Nesse contexto, o cuidado destaca-se como um dispositivo basilar para a construção da integralidade da atenção à saúde, buscando ofertar atendimento de qualidade, capaz de articular os avanços tecnológicos com o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho. Sua organização torna-se condição *sine quo non* para a gestão em saúde. Nesse sentido, entende-se que as atitudes cuidadoras devem caminhar para a ampliação de intervenções de saúde, não devendo restringir-se à pequena tarefa parcelar das práticas de saúde.¹²

Nas últimas décadas, a gestão em saúde tem se sensibilizado para o cuidado em saúde, passando a investir na interação entre gestão e cuidado.³⁵ Assume-se a premissa de que a gestão do cuidado se corporifica nas ações dos sujeitos, gestores, trabalhadores da saúde e usuários, que habitam e frequentam os serviços de saúde, edificando uma

rede colaborativa e coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno.¹¹ As práticas de gestão do cuidado em saúde inserem-se em um novo paradigma para a organização da rede de atenção à saúde, com capacidade de mediação das complexas necessidades demandadas pelos usuários do sistema de saúde.³⁶

A gestão do cuidado em saúde é indicada como uma das competências necessárias para enfermeiros no contexto da APS, destacando os seguintes domínios: administração de recursos, gestão do ambiente de saúde, gestão do serviço, gestão da qualidade e gestão da informação.¹⁷ Nesse âmbito, é possível elencar alguns fatores que dificultam a gestão do cuidado, tanto os relacionados aos trabalhadores como os relacionados ao serviço de saúde. Constatou-se que a prática profissional com foco curativista ainda persiste, havendo resistência às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde.²⁴ Há falta de treinamento e experiência de trabalho^{19,23}, bem como falta de aceitação do papel do gestor de cuidados e comunicação e compartilhamento de informações.²¹

Em relação aos serviços, conflitos ocorrem quando há diferentes entendimentos sobre a demanda apresentada pelo profissional gestor do cuidado e os trabalhadores do serviço¹⁹, uma vez que nem sempre o trabalhador do serviço de saúde é o mesmo que assume a função de gerir o cuidado. Há demanda excessiva de usuários para atendimento e estrutura organizacional do serviço desfavorável; falta de reembolso, falta de tempo e pressões de ordem financeira.^{21,24}

Destaca-se a relevância e necessidade do aprofundamento no tema, visto que muito tem se falado sobre a gestão do cuidado no contexto da APS, mas pouco tem sido apresentado como análise teórico-científica. Acredita-se, portanto, que compreender o processo estrutural, significados e concepções da gestão do cuidado possa colaborar na sensibilização para o desenvolvimento de atos de cuidado mais comprometidos e assim fortalecer a APS no âmbito do sistema de saúde. O modelo “Gerenciando o cuidado na APS”, aqui apresentado, trata do fenômeno emergente na região central da espiral, circundado pelas suas quatro dimensões interdependentes: organizacional, assistencial, sócio-política e relacional; e, respectivas subdimensões.³⁷

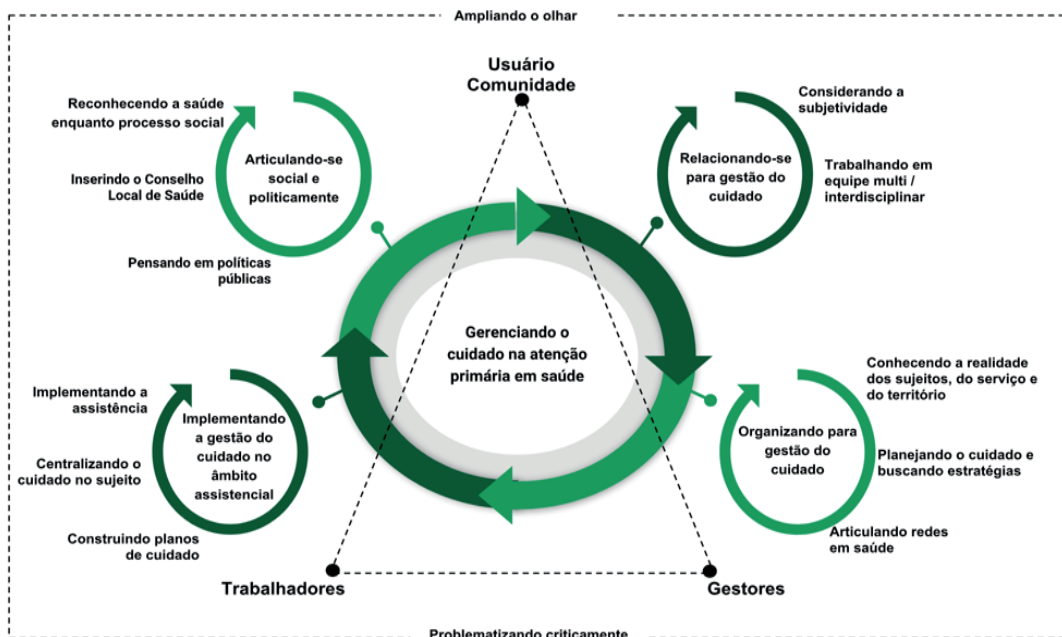


Figura 1 - Modelo Teórico-Explicativo sobre Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde. Adaptado de Paes, 2019.

Compreende-se a gestão do cuidado concretizada no cotidiano do trabalho, e permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores, usuários e comunidade – principais atores da cena. Na base da pirâmide, encontram-se os trabalhadores e os gestores, cujo olhar, no que se refere a gestão do cuidado, deve estar voltado ao usuário e a comunidade, foco principal de todas as ações. Ainda é possível vislumbrar toda a ação sendo problematizada criticamente pelos trabalhadores e gestores, que se utilizam de um olhar ampliado para o entendimento e efetivação dessa realidade.

Assim, pensar a gestão do cuidado na atenção primária à saúde requer refletir acerca de uma variabilidade de práticas, condições e situações que integram o entrelaçado mundo do trabalho e da vida dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. O cotidiano é repleto de desafios, em consequência da complexidade que é simplesmente existir neste mundo. Neste cenário profundo, emergem demandas, ora dos usuários, ora dos próprios trabalhadores, ora da comunidade e nesse ambiente de adversidades que as práticas de cuidado e em saúde se inserem.³⁷

Com relação à dimensão organizacional, destaca-se o papel que a compreensão da realidade, o planejamento e a articulação da rede de serviços assumem para a gestão do cuidado. Em consonância, recorda-se que a realização do diagnóstico e análise da situação de saúde podem ser consideradas atividades primordiais para a consolidação

das ações em saúde.³⁸ Além disso, destacam que problemas enfrentados no âmbito do acesso e da integralidade da atenção e integração da APS à rede de atenção precisam ser superados, uma vez que são imprescindíveis para o avanço da APS brasileira.

O processo de reconhecimento da realidade social e de saúde permite aos trabalhadores a identificação de necessidades e demandas, numa perspectiva da integralidade. A partir disso, os trabalhadores, de forma multiprofissional, podem atuar no território, buscando um enfoque familiar e comunitário, desenvolvendo ações no âmbito psicossocial e socio sanitário, em parceria com outros usuários, trabalhadores e setores da rede de serviços, no sentido de fortalecer a intersetorialidade.³⁹ Assim, reconhece-se que as demandas trazidas no cotidiano devem ser constantemente verificadas, medidas e avaliadas para que novas estratégias possam ser planejadas e colocadas em prática, quando se constatarem gargalos que limitem o acesso ou aumentem significativamente a busca pelos serviços de saúde. Nesse sentido, o acesso, vincula-se ao acolhimento, na medida em que propõe uma inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Parte-se da premissa de que é preciso atender todas as pessoas que buscam pelo atendimento no serviço de saúde, no intuito de garantir o acesso tanto na APS, quanto nos demais níveis de atenção.

Para dar conta desse processo, os trabalhadores necessitam desempenhar competências e habilidades que ultrapassem sua capacidade técnica, ou seja, serão necessários o desenvolvimento de habilidades relacionadas à escuta atenta e comunicação entre a equipe e destes com os usuários, postura transparente sobre as reais possibilidades do serviço para o cuidado, no âmbito da APS e em outros níveis de atenção, tomada de decisão compartilhada, inclusiva e com foco no empoderamento do binômio usuário-trabalhador/cuidador, construção de vínculos de confiança e afetos, respeitando as possibilidades dos trabalhadores como equipes de saúde, mas centrados no usuário.

A articulação da rede efetiva a continuidade do cuidado, permitindo a organização dos fluxos do usuário entre os seus diversos pontos. Nesse sentido, a literatura tem demonstrado algumas fragilidades vivenciadas pelos serviços de saúde. Constata-se, dessa forma, desafios como a debilidade da descentralização das ações entre os serviços de diferentes níveis,⁴⁰ permeado por problemas de comunicação, estes ocasionados pela subutilização de mecanismos de comunicação entre os níveis de atenção, ou em alguns casos a inexistência dos mesmos,⁴¹ ou ainda fragilidades relacionadas à conformação, postura, envolvimento, comprometimento e entendimento do significado de longitudinalidade e coordenação do cuidado por parte dos trabalhadores.⁴¹⁻⁴²

É nos encontros e nas redes de relacionamento que a produção do trabalho em saúde acontece. O agenciamento de dispositivos que tende à busca de inovações no modo

de gerir o cuidado coloca o usuário no centro da atenção e da gestão. É quando se efetua os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do Sistema Único de Saúde.⁴³⁻⁴⁴

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado e do trabalho em saúde obedece a racionalidades teórico-metodológicas produzidas a partir de um processo sócio-histórico, em uma determinada época, que estabelece para gestores, trabalhadores e usuários formas de entender e intervir na saúde e na doença.⁴⁵

Dessa forma, verifica-se que para “pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares”^{7:14}. Nesse sentido, o modelo assistencial brasileiro pautado na Estratégia Saúde da Família tem sido apontado na literatura como propulsor de mudança das práticas, no caminho de uma clínica ampliada e centrada nas demandas do usuário. Entretanto, ressalta-se a necessidade de cumprimento desse papel, a fim de garantir, na prática, as mudanças desejadas.⁴⁶

No que se refere ao trabalho em equipe, os encontros entre os trabalhadores e destes com os usuários são acontecimentos que expressam a produção do cuidado. A atuação das equipes caracteriza-se como de alta complexidade em virtude da dinâmica social dos territórios, nos quais estão inseridos.⁴⁷ Os atravessamentos subjetivos que operam no cotidiano de trabalho da APS podem, em muitos casos, não ser percebidos pelo trabalhador, mas é a partir deles que o trabalhador faz opções sobre suas práticas, tecnologias de trabalho e o modo como vai se relacionar com o usuário.⁸

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentam notório esforço para atos de cuidado baseados nas necessidades de saúde dos usuários de seu território, distanciando-se em alguns momentos dos protocolos organizacionais, sendo tudo agenciado pelas diversas dificuldades e complexidades que interferem no processo de cuidar.⁴⁷ A preocupação que os trabalhadores apresentam e a sensação de incapacidade que vivenciam diante de situações de vida repletas de vulnerabilidades é determinada pelas diversas condições de vida que experienciam.

Pensar a gestão do cuidado sob uma perspectiva social e política requer uma aproximação da noção de saúde como um fenômeno social, resultante de um processo histórico e determinada pelas condições de vida e de trabalho das pessoas e de suas famílias. Requer a compreensão de que adoecimento nesta perspectiva também é demarcado por uma construção social, influenciado pelos comportamentos e estilos de vida.⁴⁸⁻⁴⁹ Diante do exposto, acredita-se que as políticas públicas necessitam evitar insistir na separação entre o social e a saúde, com riscos de se contrapor a integralidade, reforçando a fragmentação

da vida.

4 | A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA COMPLEXA NO NÍVEL HOSPITALAR

Ampliar a capacidade de resposta do setor diante da magnitude e da complexidade dos problemas de saúde da população é o desafio para a gestão em saúde. O conjunto de necessidades expressas e vividas pelos usuários correspondem a práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos trabalhadores de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e a escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.¹³

Assim, o pensar a gestão do cuidado perpassa pela busca da integralidade da atenção à saúde das pessoas, na relação e interação desta complexa rede de encontros e de estruturas. Estas dimensões, colocadas para além dos compromissos individuais e coletivos com a promoção da saúde, apontam para a discussão quanto aos limites e possibilidades de agir diante de diferentes realidades e perspectivas. Afinal, as perspectivas singulares ou toda a diversidade da realidade ainda estão incompletas, suscitam incertezas, diante das múltiplas facetas e da diversidade que envolve as questões relacionadas à saúde e sua gestão.⁵⁰

Abordamos aqui o tema em nível hospitalar, que como organizações sociais são sistemas complexos, dinâmicos, que envolvem várias relações e interações, comportando uma multiplicidade de tecnologias e trabalhadores, adotam várias estratégias e uma grande complexidade organizacional nas suas decisões e ações.⁵¹

A organização é entendida como a combinação das relações entre componentes ou indivíduos que produzem uma unidade complexa organizada ou sistema, dotada de uma relativa autonomia.² A organização constitui, mantém, alimenta sistemas autônomos, isto é, a autonomia destes sistemas. A autonomia sistêmica/organizacional é concebida a partir da ideia sistêmica de emergência e a ideia cibernética de retroação que são as ideias básicas do pensamento complexo. As emergências são as qualidades/propriedades novas (em relação às propriedades/qualidades das partes constitutivas tomadas isoladamente), cujas qualidades/propriedades emanam da organização. As emergências retroagem sobre as condições e instrumentos de sua formação, e por isso mantém a perenidade do sistema. A retroação diz respeito ao retorno de um efeito sobre as condições que o produziram. É a recursão que é a própria auto-organização, causa/produz os efeitos/produtos necessários à sua regeneração. A autoprodução produz ser e existência ao mesmo tempo que produz

os constituintes necessários a esse ser e a essa existência.

Os sistemas complexos são caracterizados como sistemas com múltiplos componentes em interação cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes. Estes sistemas desenvolvem uma capacidade de auto-organização, resultado de uma interação que produz padrões emergentes de comportamento entre as partes, de forma coerente com o todo e mesmo na ausência de um esquema ou plano estabelecido.⁵² Toda esta dinâmica e imprevisibilidade, a não linearidade, a criatividade e a autonomia dos agentes organizacionais, faz com que as práticas de gestão desenvolvidas em hospitais, possivelmente serão diferenciadas para que as condições e o cuidado de qualidade prevaleçam e que atendam às necessidades dos usuários.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente na busca do atendimento a suas necessidades. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.¹³

Mesmo que a gestão do cuidado, ou o cuidado gerencial, seja muito focado pelos enfermeiros como atividades eminentemente administrativas na área de recursos humanos (como elaboração de escalas de trabalho e remanejamentos) e dos recursos materiais (como reposição de materiais/ equipamentos e conferências), cabe salientar as ações educativas, a mediação e gestão de conflitos, a articulação das relações/interações na equipe e com o cliente, além das relações institucionais são relevantes para que a gestão do cuidado assuma a sua amplitude e complexidade.⁵⁰

Estas articulações das relações convergem para as dimensões de gestão do cuidado sugeridas por Cecílio²⁶, que se interpenetram, se complementam e se condicionam mutuamente. Assim, a nova organização dos serviços de saúde necessita contemplar o trabalho gerencial que deverá se ocupar dessas dimensões, com suas especificidades e, ao mesmo tempo, notável interdependência.

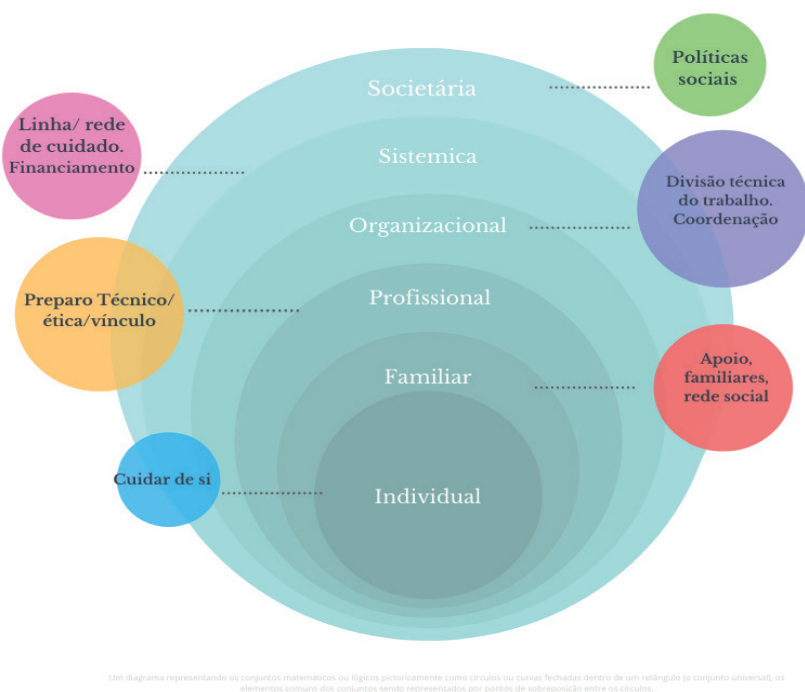


Figura 2: Macroconceito de gestão do cuidado. Adaptado de Cecílio (2011).

Ao analisar a gestão do cuidado no contexto hospitalar, conclui-se que o processo de produção em saúde nas áreas assistenciais é ruidoso e permeado por dificuldades, e também que muitos dos problemas identificados são possíveis de serem trabalhados.⁵³ Muitas vezes estes ruídos são conhecidos, mas continuam se reproduzindo, e aponta algumas respostas como explicação: a baixa governabilidade dos fornecedores para dar respostas às demandas das unidades assistenciais, especialmente àquelas relacionadas a amarras burocráticas do sistema de provisionamento e gestão de materiais; à complexidade das relações estabelecidas no interior da instituição, com relevância para a universitária, que é permeada por relações de poder muito cristalizadas e de uma autonomia muito grande dos trabalhadores que, por vezes, sobrepõem-se à missão institucional, destacando a autonomia do poder/saber médico; a falta de dispositivos institucionais para a efetivação de um processo de trabalho em equipe mais participativo e compartilhado, no qual as relações internas e externas possam ser mais bem equacionadas, dentre outros.

Assim, para a gestão dos serviços e do cuidado são incorporados novos saberes e práticas no âmbito das instituições para dar conta dos desafios nas múltiplas dimensões do cuidado em saúde. As novas perspectivas, mas também as dificuldades frente à gestão do

cuidado na perspectiva complexa sugerem a melhoria da comunicação, enfrentamento da fragmentação das políticas públicas, implantação de novos processos de trabalho voltados a gestão do cuidado, e a necessidade de capacitação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional para gestão do cuidado das pessoas.⁵⁰ Nessa dinamicidade e complexidade se consolida a gestão do cuidado, em todas as suas dimensões.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fundamentos do pensamento complexo têm se mostrado adequados para subsidiar a gestão do cuidado em saúde. Com possibilidade de religação dos pensamentos e disciplinas, eles contribuem para a formação do tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos e múltiplas interconexões que constituem nosso mundo fenomênico. A complexidade traz os traços inquietantes do emaranhado, do inexplicável, da desordem, da ambiguidade, das incertezas que estão presentes no cotidiano e realidade social e de saúde.

Todas as interações pessoais e institucionais presentes na gestão do cuidado, na perspectiva complexa, favorecem o acesso aos serviços e ao cuidado, na sua integralidade. O alcance do resultado organizacional ocorre na medida em que todas as partes que a compõem se reúnem, comunicam e compartilham recursos e informações entre si, permitindo o surgimento de novas ideias e soluções para os problemas de saúde e para a garantia da qualidade do cuidado, nos diferentes espaços e tempos do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gortari E. La ciencia de la lógica. Ciudad de México: Grijalbo; 1979.
2. Morin E. Introdução ao Pensamento Complexo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
3. Erdmann AL, et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. Rev. bras. enferm. 2004; 57(4): 467-71.
4. Morin E. O método IV: as idéias... Mira-Sintra: Publ. Europa América; 1992.
5. Spagnuolo RS, Guerrini IA. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. Interface (Botucatu, Online). 2005; 9(16):191-94.
6. Mori VD, Rey FG. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicol. teor. prat. 2012; 14(3):140-152.
7. Assis MMA. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária à saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. (Org.) Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. EDUFBA. 2015; 45-64.

8. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde e Soc.* (Online). 2015; 21 Suppl 1:102-14.
9. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*. 2005; 1(1).
10. Oliveira FSN. Micropolítica do trabalho na estratégia de saúde da família: quem cuida também precisa de cuidados? *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2011; 6(21): 239-48.
11. Souza ML, et al. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto contexto Enferm*. 2005; 14(2): 266-70.
12. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). CEPESC-IMC/UERJ – ABRASCO. 2009. 282
13. Graboys V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Mendes Junior WV, (Org.) *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. 153-90 p.
14. Coelho APC, et al. Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(2):1-7.
15. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, Silva CRC. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate*. 2015; 39(105):337-49.
16. Hussain T, et al. Provider perspectives on essential functions for care management in the collaborative treatment of hypertension: the P.A.R.T.N.E.R. framework. *J. gen. intern. med*. 2014; 30(4):454-61.
17. Nontapet O, et al. Conceptual Structure of Primary Care Competency for Thai Primary Care Unit (PCU) Nurses. *Thai J Nurs Res*, 2008; 12(3):195-206.
18. Parsons M, et al. Should Care Managers for Older Adults Be Located in Primary Care? A Randomized Controlled Trial. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2012; 60(1):86-92.
19. Nutting PA, et al. Care Management for Depression in Primary Care Practice: Findings From the RESPECT-Depression Trial. *Ann. Fam. med*. 2008; 6(1):30-7.
20. Malouin JM, et al. Physician and Staff Acceptance of Care Managers in Primary Care Offices. *J. am. board fam. med*. 2017; 30(2):140-49.
21. Stewart A, Macintyre G. Care management in the twenty-first century: Persistent challenges in implementation in the context of the emergence of self-care. *Journal of Integrated Care*. 2013; 21: 91-104.
22. Santos AM, Giovanella, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(3):1-15.
23. Acuna FA, Moraga RM. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc. enferm. Concepción*. 2015; 21(3):73-85.
24. Fernandes MC, Silva LMS. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Rene (Online)*. 2013; 14(2):438-47.

25. Paiva TCR, Martins MIC. As atividades do cuidado na área da gestão em saúde. In: Martins MIC, et al. (Org.) Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas. Portugal - Brasil: Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho, Escola Acional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo da Cruz (Fiocruz). 2014; 293-303.
26. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu, Online). 2011; 15(37):589-99.
27. Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(4):460-68.
28. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. Rev. bras. enferm. 2009; 62(2):294- 99.
29. Matumoto S, et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface (Botucatu, Online). 2005; 9(16):9- 24.
30. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em Saúde. In: Marins JJ, et al. (Org.). Educação, Saúde e Gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: Abem- Hucitec; 2011.
31. Dombrowski JG, Pontes JÁ, Assis WALM. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. Rev. bras. enferm. 2013; 66(6):827-32.
32. Cecilio LCO, et al . A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(11):2893-902.
33. Pereira AMM, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. Saúde debate. 2012; 36(94):482-99.
34. OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
35. Melo E, Mattos R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: Mendonça MHM, et al. Atenção Primária à saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. 95-116p.
36. Soder R, et al. Desafios da Gestão do Cuidado na Atenção Básica: Perspectiva da Equipe de Enfermagem. Enferm. foco (Brasília). 2018; 9(3):76-80.
37. Paes LG. Gestão do cuidado na atenção primária em saúde [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2019. 194 p.
38. Ritter F, Rosa RS, Flores R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(12):2523-34.
39. Tesser CD, et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(11):4295-306.

40. Alves RS, et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3):650-57.
41. Brito ESV, Oliveira RC, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Rev. bras. saúde mater. infant.* 2012; 12(4):413-23.
42. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2005; 39(105):363-74.
43. Baduy RS, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2):295-304.
44. Ferreira VSC, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(4):898-06.
45. Tesser CD, Luz MT. Racionalidade médicas e integralidade. *Ciê. Saúde Colet.* 2008; 13(1):195-206.
46. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Curso de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP; 2013. 332 f.
47. Agonigi RC, et al. A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71 Suppl 6: 2659-65.
48. Geib LTS. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciê. Saúde Colet.* 2012; 17(1):123-33.
49. Mori VD, Rey FG. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicol. teor. prat.* 2012; 14(3):140-52.
50. Meirelles BHS. A gestão do cuidado em saúde e enfermagem na perspectiva complexa e integral à pessoa com HIV/AIDS [relatório]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq/ Bolsa de Produtividade em Pesquisa 2015-2018; 2018. 151 p.
51. Coelho B. Gestão do cuidado dos adultos jovens com HIV/AIDS e sua interface com a adesão à terapia antirretroviral em um município do sul do Brasil [tese]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
52. Stacey RD. Complexity and Creativity in Organizations. San Francisco: Berett-Koehler Publishers; 1996. 312 p.
53. Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo [doctor's thesis]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2002. 202 p.

PENSAMENTO LEAN APLICADO À GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Aline Lima Pestana Magalhães

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Diovane Ghignatti da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Jaime de Oliveira Campos Junior

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/EBSERH, Belo Horizonte, MG, Brasil

Ana Maria Muller de Magalhães

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

Tarcísio Abreu Saurin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

caso da Metodologia Lean, proveniente da indústria. Originalmente reconhecido como Modelo Toyota de Gestão, ou Gestão Enxuta dos processos, o Lean aplicado à saúde objetiva reconhecer os diversos tipos de desperdícios existentes no processo de trabalho em saúde, bem como indicar ferramentas específicas para a eliminação desses desperdícios. Neste capítulo, a Metodologia Lean é apresentada, desde o contexto histórico e conceitual, até a sua aplicação nos serviços de saúde, por meio de exemplos práticos.

ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

O pensamento Lean (*Lean Thinking*, em inglês) é um método que busca entender os processos, a fim de identificar e analisar os problemas e os desperdícios existentes. Permite que a organização seja mais eficiente, o que facilita a detecção de erros existentes e possibilita gerenciar a mudança e a resolução de problemas com

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com o propósito de oferecer aos pacientes serviços de qualidade, melhor fluxo de atendimento, com redução de custos e eliminação de desperdícios, as instituições de saúde vêm buscando metodologias em outras áreas, como é o

uma abordagem científica¹⁻².

E como esse método surgiu? Após a Segunda Guerra Mundial, com o Japão destruído, mercado reduzido, escassez de recursos e com a necessidade de redução de custos diante da alta concorrência, o Sistema Toyota de Produção precisou reinventar a forma como as empresas de manufatura coordenava a sua produção³⁻⁴. Assim, o processo de revolução iniciou a partir da visita de Taiichi Ohno, um executivo da Toyota, à indústria automobilística da Ford, nos Estados Unidos⁵. Tal mudança se deu mediante a implantação de uma metodologia que propiciava melhores resultados com menos esforço, espaço, dinheiro e tempo, quando comparado ao sistema tradicional de produção em massa⁵⁻⁶.

Para representar fielmente o sistema usado pela empresa japonesa, o de utilizar menos de tudo para criar mais valor ao cliente, surgiu o termo “*lean*” (enxuto, em português) sugerido por John Krafcik e popularizado por Womack, Jones e Roos, em 1992, com a publicação do livro “A Máquina que mudou o mundo”⁷. A sugestão desse termo veio para descrever o Sistema Toyota de Produção e os passos para melhorar continuamente a eficiência e eficácia de um sistema por meio da eliminação de desperdícios.

Como pode-se verificar, inicialmente os conceitos do Pensamento Lean estavam relacionados com as atividades de manufatura. No entanto, empresas de outros ramos a incluir o de saúde, estão adotando práticas *Lean* para melhorar sua competitividade, reduzir custos e melhorar a qualidade dos serviços⁸. Essa metodologia é benéfica para qualquer setor, desde que seja cuidadosamente adaptada ao ambiente, cadeia de fornecimento, características de mercado e outros fatores de contingência^{2,9}.

LEAN HEALTHCARE

Diante dos desafios inerentes aos serviços de saúde e de Enfermagem, os gestores vêm encontrando dificuldades no que diz respeito à eficácia e eficiência nos processos e, bem como, fornecer aos pacientes o que eles realmente querem, no momento e na quantidade que precisam, ou seja, o que eles valorizam. Isso se deve prioritariamente à complexidade desse setor, que envolve as atividades executadas, a diversidade de mão de obra e os recursos escassos¹⁰.

A esse respeito, há um reconhecimento tácito de que ineficiências internas, como o fluxo de paciente ineficaz e a má utilização de recursos possam contribuir para atrasos no atendimento e superlotação dos serviços, afetando assim a segurança e a satisfação do paciente / equipe e a qualidade geral do atendimento, além de aumentar os custos. Nesse sentido vem aumentando a busca por métodos e estratégias para acompanhar resultados com o propósito de melhoria contínua. Para isso, os gestores integram cada vez mais o conhecimento de outras áreas à saúde, o que proporciona resultados positivos

relacionados à assistência aos pacientes, e às estruturas organizacionais¹¹.

O *Lean Healthcare* é a denominação do *Lean* na saúde. Profissionais e gestores de saúde de muitos países estão experimentando esse método juntamente com suas ferramentas para melhorar a eficiência, os resultados clínicos, a satisfação e a segurança tanto para funcionários quanto para pacientes. Com isso, esperam otimizar o desempenho financeiro e a sustentabilidade das organizações¹²⁻¹³.

Embora os avanços na gestão de serviços de saúde sejam considerados lentos, há evidências de uma crescente difusão desse método¹⁴, visto que permite alcançar altos níveis de qualidade, baixos custos, tempo de espera reduzido, segurança do paciente, satisfação da equipe, o que pode proporcionar eficiência e eficácia na prestação dos cuidados^{2,10}.

Na área da saúde, não se tem a certeza de quando a filosofia enxuta apareceu pela primeira vez, mas as primeiras publicações são datadas de 2002¹⁵⁻¹⁶. A difusão desse conhecimento vem sendo realizada desde 2006, quando uma organização da Grã-Bretanha, sem fins lucrativos, organizou o primeiro congresso sobre a aplicação de princípios *Lean* em serviços de saúde¹.

Trata-se de uma das estratégias de melhoria de desempenho mais aceitas em todo o mundo, cujo objetivo é fazer mais em menos tempo, espaço, esforço humano, dando ao cliente o que eles esperam de uma forma econômica. O *Lean* proporciona respeito pelas pessoas, melhoria contínua, visão de longo prazo, foco no processo e atendimento ao paciente de forma individualizada¹⁷. Uma melhor compreensão sobre a metodologia *Lean* é importante para garantir a sustentabilidade do processo de implementação no setor de saúde¹³.

Semelhante ao identificado por Womack e Jones¹⁸, no que diz respeito aos clientes na indústria de manufatura, uma organização de saúde deve primeiro identificar o que os seus pacientes reconhecem como valor. Para atender o valor que é especificado pelo cliente, é essencial identificar a cadeia de valor que constitui-se do conjunto de todas as ações envolvidas para a elaboração de um produto ou serviço, desde a sua criação à formatação final. De forma análoga, pode-se considerar que o processo de trabalho em saúde busca entregar aos pacientes serviços com a qualidade que procuram. Com isso trata-se de uma excelente oportunidade de detectar desperdícios nesses processos^{2,7}.

As atividades realizadas para a produção de um serviço ou produto podem agregar valor ou desperdício. Nesse contexto, existem três tipos de atividades: as que agregam valor; as que não agregam valor, mas são necessárias (exemplo: manutenção); e as que não agregam valor, ou seja, consideradas como desperdício no processo^{5,7}. Assim, a organização pode trabalhar com o objetivo de eliminar as etapas que não agregam valor ao

processo, criando fluxo contínuo nas etapas restantes e buscando por melhoria de forma contínua⁸.

Apesar das melhorias de qualidade nos processos terem como foco os pacientes e as ações de prestação de cuidados¹⁹, recente estudo que analisou as evidências científicas na literatura sobre a avaliação do *Lean Healthcare* após sua implantação ¹⁰ apontou que a perspectiva institucional, centrada em análises de custos e produtividade, foi a mais utilizada para avaliação dos resultados alcançados. Compreende-se com isso que o valor definido pelo paciente ainda é um resultado pouco explorado.

Segundo Hadfield²⁰, os desperdícios são sintomas de problemas em um processo, em que os clientes não estão dispostos a pagar por eles. São considerados perdas e classificados em oito categorias (QUADRO 1), a saber: serviços desnecessários ou excesso de produção; espera e/ou atrasos; movimentação desnecessária; transporte dispensável; excesso de processamento; inventário em demasia; erros/defeitos; falta de criatividade/talento ou uso indevido de capital humano. Esse último desperdício significa não estimular, ou não aproveitar, a capacidade do funcionário para identificar oportunidades de melhoria no processo².

DESPERDÍCIO	DEFINIÇÃO	EXEMPLO NA SAÚDE
FALHAS	Tempo gasto fazendo algo incorretamente, inspecionando ou consertando erros.	Carrinho cirúrgico com falta de um item; medicamento errado ou erro na dose administrada ao paciente.
SUPERPRODUÇÃO	Fazer mais que o demandado pelo paciente ou produzir antes de surgir a demanda.	Realização de exames diagnósticos ou procedimentos administrativos desnecessários.
ESPERAS	Espera pelo próximo evento ou atividade de trabalho	Funcionários esperando por causa de desequilíbrio nas suas cargas de trabalho; pacientes à espera de consulta
TRANSPORTE	Movimento desnecessário do “produto” (pacientes, amostras, materiais) em um sistema.	Layout inadequado, por exemplo, laboratório localizado longe da emergência.
ESTOQUE	Custo do estoque excessivo representado em custos financeiros, custos de armazenagem e transporte.	Suprimentos ou medicamentos vencidos que precisam ser descartados.

MOVIMENTO	Movimento desnecessário dos funcionários no sistema.	Equipe de enfermagem caminhando em excesso por dia em razão de um layout mal planejado.
EXCESSO DE PROCESSAMENTO	Fazer trabalho que não é valorizado pelo paciente, ou causado por definições de qualidade que não se alinham com as necessidades do paciente.	Informações coletadas, mas nunca utilizadas.
POTENCIAL HUMANO/ CRIATIVIDADE/ TALENTO	Competências ou ideias de trabalhadores que não são utilizadas para melhorar os processos.	Funcionários que se sentem superados ou desmotivados e deixam de apresentar sugestões para melhorias.

Quadro 1. Tipos de desperdícios identificados nos serviços de saúde.

Grabán¹⁹, adaptado pelos autores (2020).

Na busca constante por melhorias, redução dos desperdícios e da adesão por atividades que agregam valor e satisfaçam os pacientes, a Metodologia Lean embora pareça um tanto inovadora, utiliza de ferramentas e técnicas já conhecidas para o gerenciamento com qualidade dos serviços de saúde. O diferencial é que o Lean possibilita um ritmo singular e sistemático na utilização dessas ferramentas, que se complementam, e por isso raramente são utilizadas de maneira isolada²⁰.

Das ferramentas referenciadas na literatura no que diz respeito ao gerenciamento dos serviços de saúde, pode-se exemplificar: Cinco S's (5S's), Cinco Porquês, Diagrama de Causa Efeito/ Ishikawa, Kaizen, Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), Ferramenta A3, Gerenciamento visual, Kanban, Gemba, Poka Yoke e VSM (Value Stream Mapping), também conhecida por Mapeamento do Fluxo de Valor (MFV)²⁰.

O Pensamento Lean tem como característica marcante a eliminação desses desperdícios continuamente ao longo da cadeia de valor. Para a implementação bem sucedida, Womack e Jones¹⁸ descrevem cinco princípios que norteiam a metodologia *Lean*, são eles: (1) determinar o que é valor para o cliente, gerando resultados para as suas necessidades e perspectivas; (2) identificar e mapear o fluxo de valor no processo produtivo; (3) implantar o fluxo contínuo, evitando causas de atrasos como estoques e problemas da qualidade; (4) produção “puxada” pelo cliente, ou seja, iniciar o fluxo somente quando o cliente solicitar; e (5) buscar a perfeição por meio da melhoria contínua, eliminando as atividades que não agregam valores.

Considerando as especificidades da indústria, é possível enxergar os princípios Lean que foram propostos por Womack e Jones¹⁸ sob a perspectiva dos serviços de saúde, a fim

de estreitar os ganhos que se apresentaram em comum a esses dois setores (QUADRO 2).

PRINCÍPIOS LEAN NA INDÚSTRIA	SIGNIFICADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	APLICABILIDADE DE FERRAMENTAS
Determinar o que é valor para o cliente	Definir valor a partir da perspectiva do paciente, em toda a sua rota desde a entrada até a saída do serviço de saúde ⁽¹⁹⁾	5 S's, Mapeamento do Fluxo de Valor, Diagrama de Ishikawa, Gemba
Identificar e mapear o fluxo de valor no processo produtivo	Um fluxo de valor consiste em todas as atividades ou processos necessários para fornecer cuidados que atendam às necessidades dos pacientes ⁽²¹⁾ , eliminando aqueles que não tem valor agregado.	5 S's, Mapeamento do Fluxo de Valor, Gemba, Gerenciamento visual
Implantar o fluxo contínuo e padronizar processos	Redesenhar o processo e eliminar atividades que não agregam valor aos pacientes, promovendo fluidez nas etapas ⁽³⁾ .	5 S's, Layout, Mapeamento do Fluxo de Valor, Padronização do processo
Produção “puxada” pelo cliente.	Deve-se oferecer a disponibilidade de serviço ao paciente e não aguardar a sua solicitação ⁽³⁾ .	5 S's, Kanban.
Gerenciar para a perfeição	Buscar a melhoria contínua deverá tornar-se parte da cultura organizacional da instituição ⁽³⁾ . Sempre é possível aperfeiçoar.	5 S's, Kaizen,

Quadro 2 - Princípios Lean na perspectiva dos serviços de saúde, e exemplos na aplicabilidade de ferramentas.

Elaborado pelos autores, 2020.

Os princípios e ferramentas Lean, quando aplicados corretamente, ajudam a compreender o valor de cada etapa do processo, além de medir e identificar a variação de um processo para conduzir a resultados positivos²². Alguns desses resultados almejados na saúde são a segurança e qualidade assistencial.

LEAN AUXILIANDO NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E NA PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS COM A FINALIDADE DE EVITAR ERROS E MELHORAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL

Donabedian²³, um dos pioneiros no estudo da avaliação da qualidade em saúde, definiu a qualidade do cuidado como aquela capaz de proporcionar ao paciente o melhor e mais completo bem estar, considerando os benefícios e danos em todo o processo. Segundo o autor, a avaliação de qualidade em saúde está alicerçada na tríade: estrutura, processo e resultados, onde diversos atributos são avaliados de forma isolada ou combinada para expressar a magnitude da qualidade.

A qualidade em saúde pode ser considerada um conceito complexo e subjetivo, no entanto, alinhado com os movimentos globais pela segurança do paciente, ganhou força o conceito definido pelo *Institute of Medicine*, no qual a qualidade do cuidado significa o grau em que os serviços de saúde aumentam as chances de produzirem os resultados de saúde desejados para os indivíduos e populações, de forma consistente com o atual conhecimento profissional.²⁴

Entre as seis dimensões identificadas para a qualidade do atendimento em saúde, destaca-se o paciente como centro do cuidado, respeitando-se suas necessidades e preferências²⁴, ou seja, o que ele valoriza. A figura 1 adaptada²⁵ demonstra as seis dimensões, as quais sustentam que o cuidado centrado na pessoa (paciente/comunidade) pode levar à melhoria da qualidade, a reduzir desperdícios, a uma melhor experiência de cuidado e a um melhor uso dos recursos.

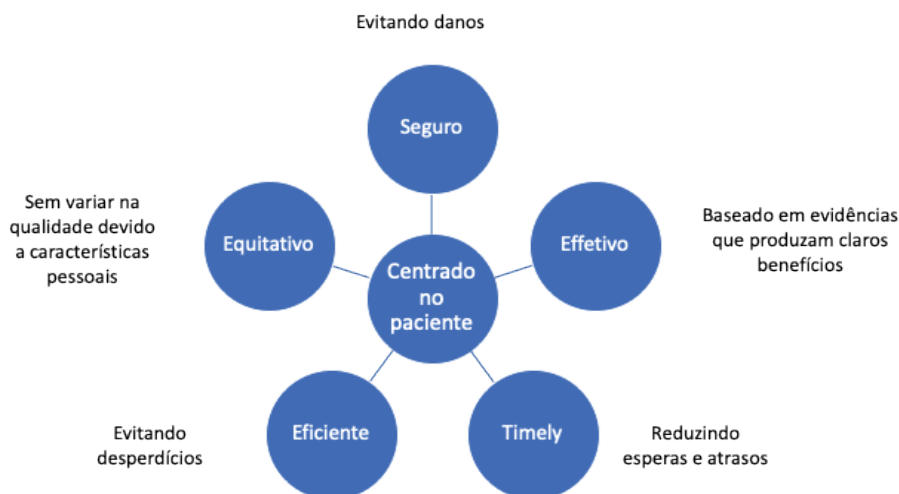


Figura 1: Dimensões que sustentam o cuidado centrado no paciente. Adaptada The quality Improvement Guide²⁵

Problemas de qualidade do cuidado acarretam perda de oportunidades de se produzir melhores resultados de saúde e danos evitáveis aos pacientes, além de aumento de custos para prestadores de serviços, pagadores/financiadores, governos e sociedades²⁶.

Como anteriormente abordado, as organizações de saúde são consideradas complexas pela natureza das atividades que desenvolvem, onde diversos fatores interagem dinamicamente para atender a demanda dos pacientes com diferentes condições clínicas e de gravidade. Nesse cenário, devido à diversidade, variabilidade e interação de um grande número de elementos, como as diferentes categorias de profissionais, os diversos setores,

os inúmeros processos que necessitam articular-se para o cuidado do paciente, pode haver repercussões na segurança do paciente e qualidade do cuidado prestado.²⁷⁻²⁹.

Nesse sentido, nos últimos 20 anos observou-se o aumento da metodologia *Lean* aplicada aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade focada principalmente nos fatores que representam barreiras, desafios e sucessos para o alcance dos resultados¹². Por meio do pensamento *Lean*, é possível mapear e desenhar os processos, identificar pontos críticos e de desperdícios, atividades que agregam e não agregam valor, engajando os profissionais na busca de soluções e melhorias dos processos de cuidado ao paciente. Desse modo, a metodologia *Lean* auxilia na padronização dos processos, definição de melhores fluxos nos processos assistenciais e otimização dos recursos de saúde.

Frente à dinamicidade, variabilidade e incertezas que ocorrem nos processos dos serviços de saúde, o *Lean* ganhou força, principalmente pelos movimentos de acreditação e certificação hospitalar, a necessidade de desenvolver protocolos e procedimentos operacionais padronizados (POPs) para orientar a execução das inúmeras atividades que permeiam o cuidado ao paciente.

A equipe de enfermagem, nos sistemas de saúde, representa um dos maiores contingentes de profissionais e executa grande parte dos processos assistenciais, caracterizando-se por aqueles que maior tempo permanecem na linha de frente, em contato direto com o paciente e sua família. Nesse sentido, o processo de trabalho da equipe de enfermagem torna-se cada vez mais complexo, permeado por novas tecnologias, materiais e recursos assistenciais, o que torna imprescindível a elaboração de protocolos e POPs que orientem, normatizem e proporcionem a qualidade e a segurança das ações de cuidado³⁰.

Os POPs vêm sendo utilizados pela enfermagem há muitos anos e ganharam força com os movimentos pela melhoria da qualidade. A definição e implementação de normas e rotinas, assim como a padronização dos procedimentos, são marcantes na organização do trabalho da equipe de Enfermagem, pelo elevado número de profissionais, que se alternam em diferentes turnos de trabalho, para garantir a continuidade do cuidado ao paciente de forma ininterrupta e com a menor variabilidade. Nesse sentido, os POPs descrevem cada passo crítico e sequencial que deve ser dado pelo profissional, além dos recursos materiais necessários para cada procedimento, sendo considerados recursos para ação³¹.

No início dos anos 2000, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) introduziu o conceito de *bundles* de cuidado para melhorar a qualidade e diminuir as variações nas condutas de cuidado dentro das unidades de terapia intensiva. Aliado ao conceito de prática baseada em evidência, os *bundles* de cuidado são definidos, com base em três a cinco evidências científicas, que fundamentam e orientam as decisões sobre os cuidados

do paciente, as quais devem ser fornecidas de forma coletiva e consistente com o objetivo de melhorar os resultados do paciente.

A adoção de *bundles* e POPs no cuidado em saúde é apontada como fundamental para guiar os processos multiprofissionais que cooperam, tendo como foco o paciente. No entanto, os estudos que buscam demonstrar esse efeito nos melhores desfechos e resultados dos pacientes, ainda são escassos e com baixa qualidade. Uma das fragilidades encontrada, foi a falta de clareza na implementação do *bundle* em relação às estratégias de engajamento e mudança de comportamento dos profissionais que irão executar as ações de cuidado³².

Autores³³ de um estudo que explorou as experiências e percepções de enfermeiras gerentes na implementação do pensamento Lean, em uma província do oeste do Canadá, alertam para dificuldades encontradas em lidar com as responsabilidades de implementar um sistema de mudança, com fragilidades e recursos escassos. A natureza intensiva das ações de melhoria dos processos e a necessidade de responder às complexas e dinâmicas necessidades dos pacientes podem criar significativo trabalho adicional para as enfermeiras assistenciais e acrescentar responsabilidades administrativas para as enfermeiras gerentes.

Entre as principais dificuldades elencadas estão a limitação de treinamento e preparo, associado com restrições financeiras, dificuldades em incorporar o *Lean* como parte de seu papel de liderança frente à carga de trabalho de natureza complexa e urgente nos cenários de cuidado, implementação fragmentada de ações “fáceis de fazer”, mas que restringiam-se ao preenchimento de “checklists”, limitando uma visão geral de todo o processo. Os participantes apontaram que apesar do “Gemba walk” promover a oportunidade de ouvir as ideias da equipe sobre como os processos poderiam ser melhorados, eles não compreendiam claramente como essas interações nas unidades poderiam auxiliar a resolver problemas³³.

Essas considerações remetem à importância da padronização dos processos e procedimentos para se alcançar a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente, sendo o pensamento *Lean* um importante aliado. No entanto, deve-se olhar atentamente e acompanhar as estratégias de implementação da metodologia Lean, de forma a garantir que ela seja efetivamente incorporada na cultura organizacional e capaz de superar barreiras organizacionais para sustentar a mudança frente às demandas de trabalho.

LIDERANÇA LEAN E IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA E GESTÃO

A implementação do pensamento Lean envolve não apenas mudanças de natureza técnica, mas também mudanças em comportamentos e modelos mentais. Isso pode

implicar em resistências a mudanças, além de que alguns princípios Lean são contrários ao senso comum (por exemplo, não produzir em excesso, tornar os problemas visíveis) e ao pensamento linear, demandando uma visão de melhoria do fluxo de valor ao invés da melhoria de operações isoladas³⁴. Nesse sentido, as lideranças formais e informais, em diferentes níveis hierárquicos organizacionais, são fundamentais na transformação Lean, atuando como disseminadoras de conhecimentos e contribuindo para a constância de propósitos³⁵⁻³⁶. Em pesquisa³⁷ foi evidenciado que 90% dos gerentes entrevistados apontaram a liderança como um dos três principais fatores de sucesso em um sistema Lean.

Contudo, os líderes Lean devem possuir competências específicas, que não são necessariamente as mesmas dos ambientes tradicionais. Pesquisadores³⁸ identificaram, por meio de uma revisão bibliográfica e entrevistas com especialistas de 91 empresas, 16 competências-chave de lideranças Lean (Quadro 3), as quais estavam relacionadas positivamente com a maturidade do sistema Lean nas empresas.

Competências de lideranças Lean
(1) Identificar o que agrega valor para clientes internos e externos
(2) Identificar e resolver problemas com as equipes usando o PDCA
(3) Usar continuamente as práticas e princípios Lean
(4) Agir com ênfase no fluxo de valor ao invés de operações isoladas
(5) Ver os problemas com os próprios olhos, no local onde eles se manifestam
(6) Liderar através do exemplo
(7) Estabilizar processos
(8) Fornecer informações que agreguem valor, de modo objetivo e claro
(9) Colocar os interesses coletivos ao invés dos interesses individuais
(10) Desenvolver e implementar políticas orientadas ao desenvolvimento das pessoas
(11) Praticar o auto-desenvolvimento, assim como a contínua evolução pessoal e profissional
(12) Identificar e gerenciar barreiras durante a transformação Lean
(13) Praticar o Lean como um sistema de práticas e princípios inter-relacionados
(14) Desenvolver ações baseadas em uma visão de longo prazo
(15) Desenvolver ações que, baseadas em princípios éticos, respeitem a comunidade, o meio ambiente e a segurança e saúde no trabalho
(16) Desenvolver ações inovadoras e desafiadoras

Quadro 3 - Competências de lideranças Lean³⁸.

O desempenho de um líder depende de três fatores principais: atributos pessoais, mecanismos de influência do líder sobre os liderados, contexto organizacional³⁹. Pesquisadores⁴⁰ discutem como esses três fatores se manifestam no âmbito das lideranças

Lean. Por exemplo, atributos pessoais relevantes incluem a humildade, honestidade, empatia e disciplina. Por sua vez, mecanismos de influência comumente adotados em empresas Lean incluem o gerenciamento da rotina diária com apoio de gestão visual e presença dos líderes nas áreas operacionais. Como exemplos de fatores contextuais relevantes, podem ser citados o nível de treinamento e educação formal da força de trabalho, bem como o porte da organização.

Alguns estudos empíricos têm discutido a liderança Lean especificamente no setor da saúde. Estudiosos⁴¹ investigaram barreiras e facilitadores para a implementação Lean sob a perspectiva das lideranças em um hospital escola da Holanda. Alguns desses fatores, embora comuns a outros setores, foram apontados como especialmente relevantes em hospitais, tais como a fragmentação das organizações de saúde em silos profissionais e funcionais, bem como profissionais com pouco tempo disponível para a implementação das práticas. Por sua vez, com base em uma revisão sistemática⁴² da literatura, identificaram 28 atributos de lideranças Lean na área da saúde. Contudo, esses atributos são muito similares aos apresentados no Quadro 3, a qual em princípio é generalizável para diferentes setores.

EXEMPLOS PRÁTICOS QUE UTILIZARAM LEAN E SUAS FERRAMENTAS NO CONTEXTO DA SAÚDE

Apresenta-se nesta seção, um exemplo de aplicação do Pensamento Lean no serviço de saúde hospitalar, cujo cenário foi um Hospital Universitário, vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior pública, da região Sul do país. Nessa instituição há uma cultura voltada para melhoria contínua, bem como a análise e o planejamento de melhorias de processos se dão com base em evidências.

Imergindo nesta experiência *Lean*, a qual ocorreu em 2015, destaca-se a primeira decisão necessária para sua aplicação: o apoio da alta gestão e a decisão de investir em melhoria contínua, iniciando com a instrumentalização de um grupo de profissionais de diferentes áreas de formação, como médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, engenheiros e administradores, que atuavam em diversos setores do hospital, os quais participaram de um curso de especialização para uso de ferramentas da qualidade, voltadas para a gestão de operações em saúde. O registro dessa etapa inicial demonstra a valorização do conhecimento e do potencial dos trabalhadores para melhorar um processo, a partir da experiência de quem executa a atividade, pois o Lean preconiza o respeito às pessoas, considerando que as mudanças são promovidas pela equipe da linha de frente.

Ao aplicar o pensamento *Lean* nesse serviço de saúde, foi possível olhar para o sistema de maneira diferenciada, fazendo emergir os problemas em processos críticos

definidos pela alta gestão. Os problemas passaram a ser oportunidades de melhoria e foi incentivado falar abertamente sobre eles, disseminando este novo olhar entre todos da equipe de saúde, considerando que tanto a análise aprofundada do problema, como as soluções partiriam de todos os envolvidos.

Compartilha-se neste capítulo um dos processos analisados, o qual tem como protagonista a equipe de Enfermagem: o preparo e a administração de medicamentos¹¹. Esse processo foi definido como crítico, com base em resultados de indicadores institucionais: 50% das notificações de erros de medicação estavam relacionadas às etapas de preparo e administração de medicamentos e o número elevado de prescrições e dispensação de medicamentos por ano, em torno de 4 milhões de medicamentos. Também tomou como base pesquisas prévias. Uma delas indicou que cada técnico de enfermagem administrava por turno uma média de 34,5 ($\pm 15,64$) doses de medicamentos⁴³ e outra concluiu que 40% do tempo da enfermagem envolve administração de medicamentos⁴⁴.

Após a definição da unidade de internação para a intervenção, seguiu-se o preconizado no referencial *Lean*, organizando-se uma reunião de sensibilização com a equipe de saúde da unidade selecionada, momento em que a equipe de melhoria da qualidade se inseriu, explicando os objetivos, a importância da participação de todos, e os conceitos que norteariam o processo de análise e melhorias.

Utilizou-se a ferramenta Mapa de Fluxo de Valor (MFV) para a análise da situação atual do processo, mapeando-se o fluxo de valor do medicamento, inicialmente por observação. A caminhada pelo processo permitiu identificar os clientes do processo, ou seja, aqueles que usam produtos intermediários ou finais do processo, sendo eles: enfermeiros, técnicos de enfermagem, pacientes, familiares, ambiente e sociedade. Também identificaram-se os fornecedores de informações, responsáveis por desencadear a atividade: médicos e farmacêuticos. A seguir, em reuniões específicas, listaram-se os requisitos dos clientes, ou seja, necessidades que devem ser supridas para prestar um serviço ou receber um produto/serviço de qualidade, e com isso, identificaram-se as etapas que agregam valor e os desperdícios. Os requisitos não atendidos e os desperdícios foram sinalizados pela equipe no MFV inicial, gerando uma lista de 45 problemas, que foram submetidos pela equipe a três critérios para priorização de problemas, resultando em oito problemas para a intervenção de melhoria¹¹.

Os oito problemas priorizados foram submetidos a planos de ação de melhoria, utilizando a ferramenta PDSA (Plan, Do, Study, Action) para execução e acompanhamento. Um dos problemas foi o deslocamento excessivo da equipe por distribuição dos insumos e descarte de resíduos, relacionados ao *layout* do posto de enfermagem, conforme demonstra a Figura 2, desenvolvida com base na ferramenta de Espaguete. A busca por

soluções gerou um plano de melhoria com aprovação da alta gestão, para reestruturação do *layout* do posto de enfermagem.

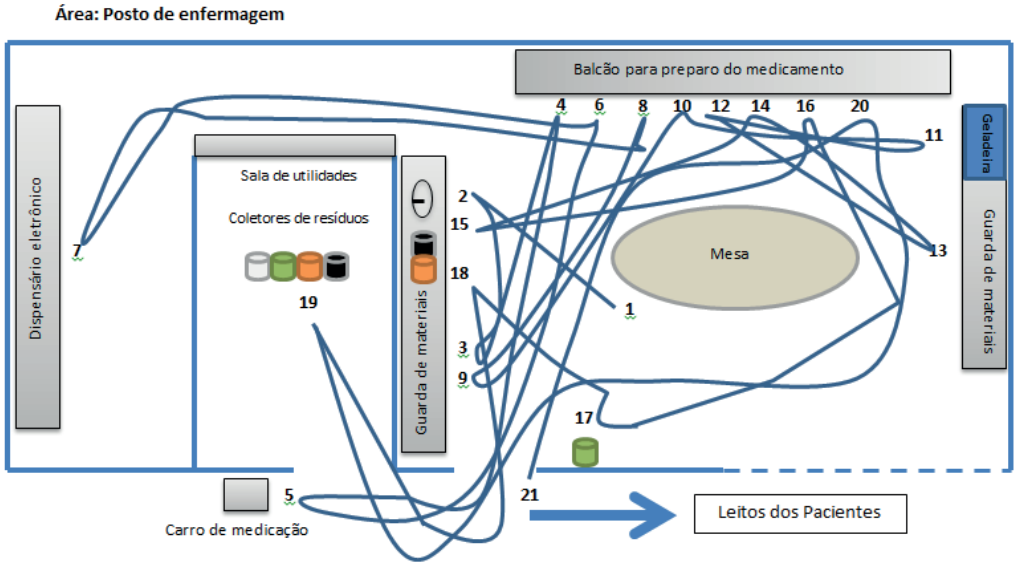


Figura 2: *Layout* do posto de enfermagem desenvolvido a partir da Ferramenta Espaguete.

Outro problema identificado foi a falta de organização ergonômica dos medicamentos no dispensário eletrônico, por volume de uso, validade, aparência ou nome semelhantes. Essa falta de organização gerou os seguintes desperdícios: falhas, transporte, espera, estoque desnecessário, movimentação e talento. A melhoria decorreu de um estudo aprofundado que gerou nova disposição dos insumos, padronização no abastecimento e na retirada⁴⁵.



Figura 3: Reorganização ergonômica dos medicamentos no dispensário eletrônico.

O problema relacionado à falta de clareza no fluxo da cadeia de ajuda para o preparo e administração do medicamento gerou redesenho do trabalho do farmacêutico clínico, bem como atualização dos protocolos institucionais que orientam o processo de medicação.

Destaca-se ainda problemas relacionados às interrupções no ambiente de preparo de medicamentos, dificultando a concentração, o que resultou em um projeto de desenvolvimento voltado para a segurança do ambiente de preparo e administração dos medicamentos. Além disso, foram desencadeadas modificações na prescrição médica, atualizando-se a parametrização e uniformizando-se os horários de validade, com vistas a eliminar os desperdícios de falhas, atraso, espera e talento.

LEAN NA SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Para a sustentabilidade de implantação e manutenção da Metodologia Lean, faz-se necessário conhecer quais fluxos de valor da saúde o Lean é mais, ou menos, relevante; quanto mais linear o processo, mais relevante a metodologia. Deve-se atentar ainda, quanto a possíveis efeitos colaterais indesejados decorrentes de implantações equivocadas, tais como: remoção de recursos para lidar com contingências em nome de eficiência de curto prazo, insatisfação de trabalhadores e retirada desnecessária de autonomia.

O Lean deve ser reconhecido como sistema de gestão, desde o seu processo de implantação, com influência em toda a organização, ou seja, desde a alta administração até os profissionais da linha de frente. É interessante que os gestores identifiquem as

diferenças existentes entre a rede pública e a privada de saúde, visto que essa última possui mais recursos quando comparada à rede pública.

A aplicabilidade da Metodologia Lean possibilita melhorias no que diz respeito à rede de serviços de saúde, indo além de instituições isoladas. Para uma melhor proximidade entre os profissionais de saúde com o Lean, deve-se destinar investimentos à formação e capacitação, processo que quando iniciado na graduação permite maior criticidade referente às melhorias no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães ALP, Erdmann AL, Silva EL, Santos JLG. O pensamento Lean em saúde e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado em 17 de dezembro de 2020]; 24: e2734. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0979.2734>
2. Al-Balushi MM, Al-Mandhari Z. Implementing Lean Management Techniques at a radiation oncology department. Sultan Qaboos Univ Med J. 2018; 18 (3): e362-e366 Doi: 10.18295 / squmj.2018.18.03.016
3. Costa LBM, Monte VM, Esposto KF. Mapeamento de fluxo de valor: um estudo de caso em uma farmácia hospitalar. XXXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP); 13 a 16 de outubro de 2015; Fortaleza, Brasil.
4. Moraros J, Lemstra M, Nwankwo C. Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. International Journal for Quality in Health Care, 2016; 28(2): 150-65. Doi: 10.1093/intqhc/mzv123
5. Cavaglieri M, Juliani JP. Lean archives: o emprego do Lean Office na gestão de arquivos. Perspectivas em Ciência da Informação, 2016; 21(4):180-201. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2726> .
6. Pestana AL, Santos JLG, Erdmann RH, Silva EL, Erdmann AL. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Feb [cited 2020 Dec 17] ; 47(1): 258-264. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100033&lng=en. Doi: <https://doi.org/10.1590/S008062342013000100033>.
7. Joint Comission Resources. O pensamento lean na saúde: menos desperdícios e filas e mais qualidade e segurança para o paciente. Tradução Raul Rubenish. Porto Alegre: Bookman; 2013, 106p.
8. Costa LBM, Godinho Filho M. Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. Production Planning & Control. 2016; 27(10): 823-36 Doi: 10.1080/095372 87.2016.1143131.
9. Panwar A, Nepal BP, Jain R, Rathore APS. On the Adoption of Lean Manufacturing Principles in Process Industries. *Production Planning & Control*. 2015; 26(7): 564–87. Doi: 10.1080/09537287.2014.936532

10. Fernandes HMLG, Jesus MVN, Silva D, Guirardello EB. Lean Healthcare na perspectiva institucional, profissional e paciente: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190340. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190340>
11. Costa DG, Pasin SS, Magalhães AMM de, Moura GMSS, Rosso CB, Saurin TA. Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean. *Esc. Anna Nery [Internet].* 2018; 22(4):e20170402. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0402>.
12. D'Andreamatteo A, Ianni L, Lega F, Sargiacomo M. Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy.* 2015; 119(9): 1197–1209. Doi: 10.1016/j.healthpol.2015.02.002.
13. Daril M, Amran MDM, Januddi F, Nuraina S, Ikbar AWM, Khairanum S. The Barriers in Lean Healthcare Implementation. *Test Engineering and Management* 2020; 82: 1972-81.
14. Jorma T, Tiirinki H, Bloigu R, Tirkki L. Lean thinking in Finnish healthcare. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl).* 2016; 29(1): 9-36. Doi: 10.1108/LHS-08-2015-0021.
15. Souza LB. Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services.* 2009; 22(2):121-39. Doi: <https://doi.org/10.1108/17511870910953788>
16. Regis TKO. Implementação da produção enxuta em operações Hospitalares: caso do instituto oncológico doutor Arnaldo Vieira de carvalho. *Revista Produção Online.* 2018; 18(2):593-619. Doi: [g/10.14488/1676-1901.v18i2.2873](https://doi.org/10.14488/1676-1901.v18i2.2873)
17. Sharma V, Dixit AR, Quadri MA. Impact of lean practices on performance measures in context to Indian machine tool industry. *Journal of Manufacturing Technology Management.* 2015; 26(8): 1218-42. Doi:10.1108/JMTM-11-2014-0118.
18. Womack JP, Jones DT. Beyond Toyota: how to root out waste and pursue perfection. *Harvard Business Rev.* 1996; 74(5):140-158.
19. Graban M. *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient safety, and Employee satisfaction.* New York: Taylor & Francis Group; 2011, 252p.
20. Hadfield D, Holmes S, Kozlowski S. *O Lean na área da Saúde.* Tradução Geraldo Amaral Junior. Rio de Janeiro: DOC Editora; 2016, 228p.
21. Worth J, Shuker T, Keyte B, Ohaus K, Luckman J, Verble D et. al. *Aperfeiçoando a jornada do paciente: melhorando a segurança do paciente, a qualidade e a satisfação enquanto desenvolvemos habilidades para resolver problemas.* São Paulo: *Lean Institute Brasil*; 2013, 161p.
22. Terra JDR, Berssaneti FT. Application of lean healthcare in hospital services: a review of the literature (2007 to 2017). *Production.* 2018; 28: e20180009. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-6513.20180009>
23. Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. *Ann Arbor, Michigan: Health Serv Res,* 1981; 16(2): 236–37.
24. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington: National Academy Press; 2000. Doi: 10.17226/9728

25. 1000 Lives Improvement. The quality improvement guide: the improving quality together edition, Cardiff, UK; 2014, 33p. Disponível em: <https://pdf4pro.com/amp/view/the-quality-the-improving-quality-together-edition-42e98e.html>
26. Portela MC, Lima SL, Martins M, Travassos C. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(sup2): e00105815. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105815>.
27. Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p.17-36.
28. Righi AW, Saurin TA. Complex socio-technical systems: Characterization and management guidelines. *Applied Ergonomics*. 2015; 50(x):19-30. Doi: 10.1016/j.apergo.2015.02.003
29. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. Rio de Janeiro; Proqualis; 2015. Disponível em: <http://www.boletimdigital.icict.fiocruz.br/lt.php?id=bEQNVQEfAgEJRQpXBgwA>
30. Sehnem GD, Busanello J, Silva FM, Poll MA, Borges TAP, Rocha EN. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2014; 14(1):839-46. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i1.20949
31. Wachs P; Saurin TA. Modelling interactions between procedures and resilience skills. *Applied Ergonomics*. 2018; 68:328–37. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.12.013>
32. Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Russel W, Cullum N. The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*. 2017; 12:142. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0670-0>
33. Udod SA, Duchscher JB, Goodridge D, Rotter T, McGrath P, Hewitt AD. Nurse managers implementing the lean management system: A qualitative study in Western Canada. *J Nurs Manag*. 2020;28:221–228. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12898>
34. Liker JK. *O Modelo Toyota: 14 Princípios de Gestão do Maior Fabricante do Mundo*. Porto Alegre: Bookman; 2005. 320 p.
35. Alagaraja M. A Conceptual Model of Organizations as Learning-Performance Systems Integrative Review of Lean Implementation Literature. *Human resource development review*. 2014; 13(2): 207-33. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0670-0>
36. Liker J, Convis GL. *The Toyota way to lean leadership: Achieving and sustaining excellence through leadership development*. Nova York, EUA: McGraw Hill Professional; 2012. 272p.
37. Found P, Harvey R. Leading the lean enterprise. *Engineering Management Journal*. 2007; 17 (1):40-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1049/em:20070110>
38. Seidel A, Saurin TA, Marodin GA, Ribeiro JL. Lean leadership competencies: a multi-method study. *Management Decision*. 2017; 55(10): 2163-80. Doi: <https://doi.org/10.1108/MD-01-2017-0045>
39. Yukl, G. *Leadership in Organizations*. New Jersey: Prentice Hall; 2010.

40. Seidel A, Saurin TA, Tortorella GL, Marodin GA. How can general leadership theories help to expand the knowledge of lean leadership? *Production Planning & Control*. 2019; 30(16):1322-36. Doi: 10.1080 / 09537287.2019 0,1612112
41. Aij KH, Simons FE, Widdershoven GA, Visse M. Experiences of leaders in the implementation of lean in a teaching hospital - barriers and facilitators in clinical practices: a qualitative study. *BMJ Open*. 2013; 3:e003605. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003605
42. Aij KH, Teunissen M. Lean leadership attributes: a systematic review of the literature. *Journal of Health Organization and Management*. 2017; 31(7/8):713-29. Doi:<https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0245>
43. Kreling A, Magalhães AMM. Administração de medicamentos - carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação clínica. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2018; 23(1):e50974. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50974>
44. Armitage G, Kanpman H. Adverse events in drug administration: a literature review. *Journal of Nursing Management*. 2003; 11(2):130-40. Doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00359.x.
45. Ferreira DMC, Saurin TA. A complexity theory perspective of kaizen: a study in healthcare, *Production Planning & Control*. 2019, 30(16): 1337-53. Doi: 10.1080/09537287.2019.1615649

GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO

Data de aceite: 21/01/2023

Elza Berger Salema Coelho

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Sheila Rubia Lindner

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Carolina Carvalho Bolsoni

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Sabrina Blasius Faust

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Thays Berger Conceição

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

A implantação do SUS trouxe um novo olhar para a atenção à saúde no país. Entre os seus princípios, a participação social, regulamentado pela Lei 8142/90, e a interdisciplinaridade são pilares a serem colocados em prática, em consonância com a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.¹

Como mencionado anteriormente, para operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e

incentivada no dia a dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa. Uma gestão mais compartilhada, portanto, mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores.¹

A gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde.¹

MAS O QUE É GESTÃO?

De acordo com a PNH, o conceito de gestão em saúde é a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

E O QUE É A COGESTÃO?

Em primeiro lugar, cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”. De outra parte, a ideia de cogestão recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, teria por tarefas¹:

- Analisar a instituição, produzir analisadores sociais – efeitos da ação político-institucional que trazem em si a perturbação, germe necessário para a produção de mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir insti-

tucional;

- Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar e os rumos da organização. Dessa forma, a gestão é também um espaço de criação;
- Constituir-se como espaço de tomada de decisão, portanto lugar substantivo de poder, entendido como capacidade de realização, força positiva, criadora;
- Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.

O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos.

Todos os princípios do SUS estão relacionados com o fazer na saúde que envolve o atendimento, o cuidado e a gestão, para que a atenção e as políticas de saúde, bem como a forma de atender e gerir as instituições sejam influenciadas por estes princípios.

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de propor modos de fazer, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde, seria a participação política no cotidiano institucional do SUS. A gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de metas e objetivos.^{1,2}

Frederick Winslow Taylor (1856-1915) foi um engenheiro mecânico que propôs a utilização de métodos científicos com foco na eficiência e a eficácia operacional e traz a ideia de racionalização do trabalho, que envolve a divisão de funções dos trabalhadores. Ele foi considerado o pai da administração científica e tem influência na gestão dos serviços de saúde. A partir dos anos 1980 foram sendo difundidas, alternativas administrativas, de gestão e organização do trabalho que estão associadas, frequentemente, à superação do modelo taylorista.

Na década de 1990, uma proposta inovadora de gestão começa a tomar forma sob o nome de gestão participativa ou modelo participativo de gestão. No Brasil, estávamos passando pelo processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e algumas experiências estavam sendo voltadas para ampliar a democracia nas instituições de saúde.

A descentralização de poder para os municípios (processo de municipalização) e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com maioria de usuários, estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento sempre tão burocrático do Estado. Entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda podemos destacar alguns outros com influência de ações que envolvam a participação de vários atores e saberes como: a interdisciplinaridade e a regionalização dos serviços de saúde. Todo esse processo depende em certa medida da ação coletiva e da cooperação

entre os governos e entes federados. Compreende-se que a regionalização é dependente da ação coletiva dos governos que se traduz pela necessidade de organizar as importantes Redes de Atenção à Saúde em diferentes territórios, otimizar e incorporar tecnologia, e qualificar a alocação de recursos humanos e materiais.³

Então, desde a criação do SUS, espaços institucionais de participação foram criados e consolidados e é fundamental que outras estratégias de participação social sejam pensadas a fim de aumentar a capilaridade da participação no interior da gestão pública.

MAS POR QUE INCLUIR NOVOS SUJEITOS NO PROCESSO DE GESTÃO?

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão traria como efeito a ampliação da implicação e corresponsabilização, uma vez que as definições, na forma da produção de tarefas, seriam coletivas, ou seja, derivadas de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles. De outra parte, maior implicação e uma produção compartilhada de responsabilidades resultaria em melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estaria ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

A proposta de inventar um modelo de gestão que responda a uma série de exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS é, portanto, um desafio. A participação social é um dos princípios do SUS definidos na Constituição Federal, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Para operacionalizar a participação social, a lei orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Estes conselhos são compostos por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e usuários do sistema (os restantes 50%). Porém é importante destacar que a participação social não pode estar restrita às instâncias formalizadas. Ela deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS.

POLÍTICAS PÚBLICAS

De forma política, a Gestão participativa no SUS apareceu a partir da Secretaria de Gestão participativa no SUS – Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006 – e da Secretaria de Gestão Estratégica e participativa (SGEP), estas tinham a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual, federal).

A **gestão participativa** é um conjunto de sistemas, condições organizacionais

e comportamentos gerenciais que incentivam e valorizam a participação de todos no processo de trabalho, obtendo através dessa participação, o total comprometimento com os resultados (eficiência, eficácia e qualidade); e deve ser considerada uma estratégia transversal, no sentido de estar presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Este processo de gestão requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.¹

Cogestão é o modo de administrar que inclui pensar e fazer no coletivo. Entre seus objetivos está a análise da instituição a fim de observar os problemas e contextualizá-los frente aos modelos possíveis de operar e agir naquela instituição, formulando projetos, atuando na tomada de decisão, sendo um espaço pedagógico, realizando a troca de saberes. Tendo novas funções e novos sujeitos para a ampliação e corresponsabilização (responsabilidade compartilhada) do cuidado em geral, na produção das tarefas coletivas. Essa comunicação entre as pessoas possibilita uma organização da instituição e que os profissionais possam lidar melhor com a instabilidade.¹

Podemos destacar algumas políticas de governo que somaram e reforçam uma gestão participativa e o método da cogestão: a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, de 2003 e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007.

De acordo com a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 02/2017, tem 48 Políticas Públicas sob responsabilidade do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) está listada como uma política de organização do SUS, mas a Política Nacional de Humanização não aparece na relação.⁴ Já a gestão participativa é relatada com referência à ouvidoria, com o SPC (Sistema Prêmio Cecília) tem o intuito de reconhecer e premiar as iniciativas bem-sucedidas das Ouvidorias do SUS. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, promoverão a segunda edição do Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidorias do SUS, permitindo que as experiências bem-sucedidas em Ouvidorias do SUS sejam reconhecidas e desenvolvidas por todos os serviços de Ouvidoria do país, contribuindo diretamente na implementação da Política Nacional de Gestão Participativa.⁴ Sobre esta situação podemos identificar que para que haja a participação dos diferentes atores no processo de gestão esta situação deve ser não somente valorizada, mas descrita e reafirmada nos documentos do Ministério da Saúde.

Falando um pouco sobre a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, ela é conhecida como ParticipaSUS e objetiva o aperfeiçoamento da gestão

democrática no SUS. Tem entre seus componentes, a implantação e consolidação de ouvidorias nas três esferas de governo. Esta política trouxe atribuições e responsabilidades aos gestores como:

- Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social.
- Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.
- Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde.
- Afirmção do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.
- Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.
- Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.
- Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.
- Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.
- Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

AGORA, DE QUE FORMA É POSSÍVEL INCLUIR NOVOS SUJEITOS NO PROCESSO DE GESTÃO?

No Brasil, há diversas experiências interessantes para trabalhar com a participação comunitária, como os conselhos de saúde (como garantia da gestão tripartite, com usuários, trabalhadores e prestadores), porém, exceto no que se refere à oficialização dos Conselhos e Conferências de Saúde, ainda não se encontrou uma forma de operacionalizar a participação de forma democrática em todas as instituições. falta a conscientização dos usuários e a ampliação da sensibilidade para o coletivo.

No dia a dia, os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo. Isto significa que a gestão das instituições ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. E que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio.⁵ Por muitas vezes, o poder está centralizado em cargos de chefia, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (relatórios de produtividade dos profissionais) e sobre o processo de trabalho formal de funcionários (com o cumprimento de horário, relatórios), elaboração de normas e protocolos do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos. É necessário oportunizar a participação para que ela seja de conhecimento e atrativa para a população.

Em algumas experiências do SUS, graças a utilização de variantes do Planejamento Estratégico Situacional, vive-se momentos de participação, que se configuram como momentos fundamentais, mas que não chegam a modificar o sistema de gestão dos serviços de saúde: nestes casos a democracia começa e termina em Oficinas de Planejamento, ou de Territorialização, etc.

Logo, para incluir os sujeitos é necessário a corresponsabilização, o envolvimento de pessoas que serão atingidas pelo resultado (profissionais, gestores, usuários) em cada ação, do levantamento de problemas, do planejamento, da execução e da avaliação. Não é uma tarefa simples, ela realmente requer espaço e oportunidade para o diálogo.

Entre os principais componentes da Política de participação no SUS (ParticipaSUS) estão:

Gestão Participativa e o Controle Social no SUS: Envolve os mecanismos institucionalizados, como os conselhos e conferências de saúde, assim como os processos participativos de gestão e as instâncias de pactuação entre gestores e os mecanismos de mobilização social. Como mecanismos institucionalizados de participação social na política de saúde figuram os conselhos e as conferências de saúde. **Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS:** as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdades, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança das práticas.

Auditoria do SUS: é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia

do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

Ouvidoria do SUS: são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. É papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

As ouvidorias estão entre os mais conhecidos componentes de participação. Na literatura em geral a ouvidoria é considerada um mecanismo de fiscalização de órgãos públicos que pode vir a favorecer a interação entre governos/serviços e cidadãos/usuários, mas também é considerada um mecanismo de expressão de projetos políticos inseridos em uma cultura política localizada.⁶ Assim, o funcionamento de qualquer ouvidoria precisa ser visto à luz da história do contexto em que ela se insere, destacando as instituições com as quais interage e os projetos políticos representados pelos diversos grupos de interesse.

Sugere-se que a equipe da ouvidoria seja composta por profissionais exclusivos e que sustentem características como: cordialidade, proatividade, sensibilidade, habilidade, afinidade, comunicação, capacidade de síntese, boa redação, conhecimento e paciência. Em suma, as ouvidorias, no documento do *ParticipaSUS*, deixam abertura para a possibilidade de apropriações da política de forma mais localizada e provavelmente mais adequada aos diferentes espaços no qual será criada. Porém quando descritas para espaços mais diretivos e normativos reafirmam que cada localidade deve cumprir sua própria trajetória de criação e regulamentação de sua ouvidoria, pelos meios normativos que julgar mais adequados.⁶

Devemos considerar que o objetivo primário de cada organização de saúde seria produzir saúde, educar em relação à saúde; e por outro, ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal. Neste aspecto, criar espaços para discutir e planejar as ações e o processo de trabalho que envolvem a saúde e o processo de doença dos pacientes é um ato de gestão participativa e devemos estar envolvidos neste aspecto para organizar nossas ações e o nosso processo de trabalho e gestão.

A cogestão é um tipo de gestão participativa, onde entende-se que todos fazem e são responsáveis pela gestão. A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação

exclusiva de especialistas. Considera-se ir além de manter as organizações funcionando.

“A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores “. ⁷

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde - também conhecida como PNH e HumanizaSUS⁸ é uma política transversal no SUS, que significa que ela está dentro de todas as instituições e incentivada por outras políticas. A PNH contribui bastante para o novo fazer no campo da saúde e valoriza o método da cogestão. Ela propõem-se em sua descrição como contrária ao modelo verticalizado e centralizado que desapropria o trabalhador do seu próprio processo de trabalho. Então o HumanizaSUS⁸, apresenta-se como uma política com diferentes ações e instâncias do SUS que realiza atendimento nos diferentes níveis e dimensões da Atenção e Gestão. Esta política considera que a produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos. Esta questão tem apontado para a necessidade de reorganizar o trabalho em saúde na perspectiva de produzir sentido para quem o executa. Sem este sentido não se reduz a alienação, ou seja, não se consegue posicionar os sujeitos na relação para a produção de contratos de responsabilização no cuidado.¹

De outra parte, o trabalho se apresenta como uma importante linha de força na produção de sujeitos, na determinação dos modos de subjetivação. Talvez esta seja uma razão bastante forte para repensar as organizações de saúde.⁷

Esse modelo traz inovações nas práticas gerenciais e produção de saúde, propondo novas formas de organização dos serviços, novos modelos de produção e circulação do poder. Respeitando os princípios do SUS no desejo de um SUS mais humanizado, de todos para todos.¹

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz como propostas a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania; preza o fortalecimento do trabalho em uma equipe multiprofissional; apoia a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; preza pela construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos na rede do SUS e responsabiliza esses sujeitos na gestão e atenção; preza o fortalecimento do controle social; preza pela democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde estimulando processos de educação permanente em saúde; preza pela valorização do ambiente com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.⁹

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Esta possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: transversalidade que se dá pelo aumento da comunicação intra e intergrupos; indissociabilidade entre atenção e gestão que é a junção da clínica com a política e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

A Política Nacional da Humanização trabalha com o método a **tríplice inclusão**, que se dá pela inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), analisadores sociais e inclusão do coletivo como movimento social organizado ou como experiência singular sensível, a fim de lidar melhor com conflitos, promover estratégias de suporte para as equipes na oferta de apoio institucional, garantindo o cuidado longitudinal com a reconstrução das linhas de poder como um redesenho organizacional.⁹

E neste sentido os arranjos e dispositivos de Cogestão se encaixam na PNH e contam com dois grupos:

Organização de espaço coletivo para gestão como um acordo entre o desejo e interesse dos usuários, trabalhadores e gestores.

Formas que garantam a participação efetiva de usuários e familiares no dia a dia das Unidades de Saúde, focando na realização de laços sociais, projetos terapêuticos e acompanhamento do tratamento.

Dica: Existe uma página na internet chamada Rede HumanizaSUS onde pesquisadores e profissionais compartilham experiências e documentos sobre o tema da gestão do SUS. Vale a pena conferir a página, onde além de pesquisas e experiências atuais, também compartilham trajetórias para a implantação de uma gestão participativa.

É importante destacar que a PNH propõe algumas formas de organização de espaços coletivos de gestão para a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores (estão entre os dispositivos PNH), são eles:

Grupos de Trabalho de Humanização (GTH): É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, tendo como funções: difundir os princípios norteadores da humanização; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço; promover o trabalho em equipe multi e interprofissional; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade. Pessoas representativas do ambiente de trabalho que se reúnem para analisar, planejar ações com base na humanização – representantes. E melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade.

Contratos de Gestão – Firmados entre as unidades de saúde e as instâncias

hierárquicas de gestão. A pactuação de metas se dá com contratos que devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores.

Contratos Internos de Gestão – Acordo entre duas ou mais partes (Unidades e equipes) que se comprometem a cumprir o que foi decidido.

Câmara Técnica de Humanização – Fórum proposto para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências do/no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de cogestão. A Câmara Técnica pode ser constituída por representações institucionais formalizadas ou com sujeitos interessados nas discussões e encaminhamentos acerca de planos de trabalho e avaliação de experiências

Colegiado Gestor da Unidade de Saúde – Tem por atribuições: elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas e criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço. Na atenção básica, o Colegiado é composto por representantes das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Mesa de Negociação Permanente – são fóruns paritários que reúnem gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho.

Espalhado pelo Brasil tem muitas experiências utilizando essas organizações que fazem sentido para o processo de cogestão no SUS, acesse alguns deles nas sugestões de leitura complementar ao final do capítulo.

Além destas, uma nova arquitetura deveria permitir a ampliação da superfície de contato entre as pessoas, possibilitando o encontro das diferenças. Esta orientação se sustenta pelo argumento de que os objetos com que os trabalhadores lidam são complexos (risco de adoecer e doenças), o que exige ação interdisciplinar. A ação interdisciplinar necessita da organização de espaços para o encontro e composição nas diferenças para arranjar formas de intervenção que articulem os diferentes territórios de saberes e práticas. Sem esta articulação o trabalho deixa de ter transversalidade, apresentando-se tão-somente como realidade multidisciplinar. O fomento e a organização de rodas é uma diretriz da cogestão.

Reinventar a gestão e os modos como se organizam a rede de atenção e as ofertas de cuidado implica, de um lado, a deflagração de um processo cultural, que por sua vez requer a produção de novas relações entre sujeitos e de novos processos institucionais. De outro lado, esta reinvenção requer a reestruturação das organizações, dos estabelecimentos de saúde, que necessitam de uma nova arquitetura capaz de propiciar e fomentar novos

modos de circulação de poder e de produção de subjetividade, capazes então de fomentar a construção de inovações nas práticas de saúde.¹⁰

Reinventar os modos de governar as instituições – portanto, de recriá-las para uma nova expressão da correlação de forças – é um exercício de aprimoramento da democracia institucional. Isto exige, entre outros, a formulação de arranjos e processos que permitam o partilhamento de interesses e a produção de novas contratualidades nas diferenças dos sujeitos. Para tanto, há de se lançar mão de conceitos ampliados de gestão, de sujeito, de subjetividade e de grupos, que permitam a compreensão e operação concreta de novos contratos.¹⁰

É importante destacar que ainda enfrentamos muitos desafios para uma atenção à saúde que contemple a participação social, o trabalho transdisciplinar, sendo que as organizações de saúde ainda são recortadas por outra lógica: departamentos, divisões e seções montados segundo profissões: corpo clínico de médicos, serviço de enfermagem, de assistência social, nutrição, etc. e pouca interação entre as ações de saúde.

Recente revisão acerca dos desafios que impedem a efetiva gestão participativa por parte dos conselhos de saúde estão: a postura centralizadora/controladora/autoritária; grande influência das forças político-partidárias; falta de embasamento/preparo dos conselheiros para executar suas funções; burocratização do conselho e a falta de articulação dos conselhos e a secretaria de saúde com a população e os movimentos sociais.¹¹

Com objetivo semelhantes, Estevam e Ribeiro¹², constataram por meio de uma revisão de literatura sobre os mecanismos e práticas de controle social e participação popular no SUS que entre os instrumentos para implementar a gestão participativa estão os conselhos, conferências, ouvidorias e educação permanente. Entretanto, este processo de gestão participativa ocorre em passos lentos, com algumas potencialidades e fragilidades. Entre suas potencialidades destaca-se a possibilidade de maior participação dos cidadãos na gestão, que abrange a formulação e fiscalização de políticas públicas, comunicação direta dos usuários que podem trazer suas demandas e reclamações. Como fragilidades encontrou-se a falta de estrutura, burocratização, perda do caráter deliberativo e a falta de apoio institucional.

Ainda assim, temos poucos estudos publicados atuais sobre o tema, e esta questão diz muito sobre o contexto histórico político e social que estamos vivendo no Brasil e deve ser considerado por todos quando discutirmos gestão participativa no SUS.

Podemos refletir que as instituições mais abertas aos movimentos de mudança são uma contraprodução no campo da gestão tradicional, sempre temerosa da emergência do conflito e das perturbações, porque produzem ruídos. Todavia, instituições mais permeáveis e porosas têm maior capacidade de lidar com as instabilidades e com a emergência de

contextos de crise, pois estão preparadas e dispostas a acionar a inteligência coletiva de seus integrantes. E isto requer e exige o exercício ampliado de gestão, que deixaria de ser uma “oligo-gestão” (gestão de poucos) para uma cogestão (que inclui novos sujeitos).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Guizardi FL, Cavalcanti FO. Health management: nexuses between institutional Daily routine and political participation in SUS. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(34):633-45.
3. Silva JFM, Andrade SKAV, Carvalho BG, Domingos CM. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. *Physis* 2020; 30(3):e300329.
4. Ministério da Saúde (BR). Relatório de gestão 2019. Brasília. 2019 – [Acesso em 2020 Dez 13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf
5. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3):508-14.
6. Machado FRS, Borges CF. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. *Sociologias* 2017; 19(44):360-89.
7. Ministério da Saúde (BR). HUMANIZASUS. Gestão participativa e co-gestão. Brasília 2004.
8. HUMANIZASUS, rede HumanizaSus. 2020. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/90982-co-gestao/>> Acesso em 20.12 2020.
9. Ministério da Saúde (BR). Gestão participativa e cogestão. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf
10. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. *Rev. Saúde públ.* 2008; 1(1).
11. Bezerra TM. Gestão participativa e o poder deliberativo social: desafios no âmbito do SUS na última década / Thays de Melo Bezerra. — Recife: [s. n.], 2019. 27 p.: il.
12. Estevam CS, Ribeiro AMVB. Mecanismos e práticas de controle social e participação popular no âmbito do Sistema Único de Saúde. P. 48-65. IN: Farias, Enos André de, Caffé Filho, Hesler Piedade e Silva, Luciano Gomes, org. *Gestão Pública Municipal: múltiplos debates e reflexões interdisciplinares sobre o Direito*. Petrolina/PE: Oxente, 2019. 434 p.; il.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Selma Regina de Andrade

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Angela Maria Blatt Ortega

Universidade do Estado de Santa Catarina
(UDESC/Alto Vale, Ibirama, SC, Brasil)

1 | INTRODUÇÃO

O ato de planejar é inerente ao ser humano. Planejamos as nossas atividades diárias sem nos darmos conta, muitas vezes, que estamos planejando. Planejamos, por exemplo, uma viagem de férias, a compra ou troca de um automóvel, a realização de um curso, entre tantos outros objetivos que desejamos alcançar.

Se na nossa vida pessoal é assim, o que dizer então das instituições de saúde em que a complexidade das tarefas e o elevado volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto. Nessas instituições, lidam-se com situações que envolvem a vida de

pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes, o que torna imprescindível planejar.

A realização de um plano institucional depende da colaboração de várias pessoas. A negociação entre os atores e conciliação de interesses para um consenso é extremamente importante para o sucesso do planejamento.

Planejar é antes de qualquer coisa:

- Considerar uma dada realidade
- Refletir sobre essa realidade
- Posicionar-se sobre as alternativas para essa realidade
- Tomar decisões face as alternativas dessa determinada realidade.

O processo permanente de planejamento deve facilitar a direção das ações, a correção de rumos e o enfrentamento de imprevistos. Assim, o planejamento é um processo permanente preferencialmente realizado com o apoio de um método.

Além dos principais conceitos e abordagens em planejamento, neste capítulo serão abordados dois métodos utilizados no âmbito das organizações de saúde, denominados Planejamento Estratégico Situacional (PES) e Planejamento Estratégico Participativo (PEP). Especificamente com relação ao campo de atuação do enfermeiro, serão destacados aspectos do Planejamento em Enfermagem como prática gerencial, uma habilidade intrínseca ao seu processo de trabalho, juntamente com as práticas educativas e de cuidado humano. Com esta disposição temática, este capítulo propõe-se a refletir sobre a importância do planejamento para o setor saúde e conhecer seus principais conceitos e abordagens; compreender as características dos métodos mais comumente utilizados em saúde; discutir o planejamento em enfermagem como campo gerencial de atuação do enfermeiro.

2 | PLANEJAMENTO: CONCEITOS E ABORDAGENS

No setor da saúde, o planejamento é necessário para a sistematização do processo de trabalho nas instituições, de modo a orientar a melhoria do desempenho das unidades de saúde e a qualidade da atenção à saúde à população. Exige um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e organizacionais para programar estratégias e alcançar objetivos, que permitirão o desenvolvimento de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde.¹

O planejamento em saúde pode ser entendido como processo ou como instrumento.²⁻³ No sentido de processo, o planejamento consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ações visando a intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Neste sentido, ele é contínuo e dinâmico, abrange um conjunto de ações integradas e orientadas a alcançar um objetivo, com base em decisões fundamentadas no conhecimento da realidade.

Em outras palavras, o processo de planejamento consiste em identificar os problemas atuais e os fatores que contribuem para a situação encontrada, definir prioridades de intervenção para implementar soluções, programar estratégias de ação para solucionar os problemas identificados, escolher os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações, bem como definir os procedimentos de avaliação das propostas.

Por outro lado, a concepção de planejamento como um instrumento de gestão ressalta a racionalização das ações no setor de saúde, como objeto que permite a concretização de ações realizadas por atores sociais e orientadas por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde.² Neste sentido, o planejamento se sustenta também como um instrumento de ação governamental para produção de políticas, bem como de gestão das organizações de saúde e de prática social.³

No contexto brasileiro destacam-se quatro correntes de planejamento/gestão em

saúde: (1) a gestão estratégica do Laboratório de Planejamento da Faculdade de Medicina de Campinas; (2) o planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz; (3) a Vigilância à Saúde, representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico e institucional; e (4) a escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.⁴⁻⁵

A primeira corrente – gestão estratégica em saúde - inclui diferentes abordagens teórico-metodológicas, coordenando o Pensamento Estratégico, o Planejamento Estratégico-situacional, elementos da Qualidade Total e a Análise Institucional, entre outros, que contribuem para o desenvolvimento de um modelo de gestão colegiada e democrática. A corrente do planejamento estratégico comunicativo, ou Planejamento Comunicativo, tem por referência a teoria do agir comunicativo, de Jurgen Habermas, e incorpora aos elementos do planejamento estratégico os componentes de uma gestão pela escuta, com influências da escola da organização que aprende e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional. A corrente da Vigilância à Saúde se caracteriza por defender a integração horizontal entre diferentes componentes do sistema de saúde, com base no uso da epidemiologia clínica e social, alinhando-se a modelos de sistemas integrados por oposição aos sistemas fragmentados, com destaque para a configuração de redes de atenção à saúde e a atuação intersetorial. Por último, a escola da Ação Programática, ou Ações Programáticas em Saúde, destaca-se pela ênfase a formas multidisciplinares de trabalho em equipe e reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. Considera abordagens integradas de programação entre serviços de saúde, com o estabelecimento de processos comunicativos.⁴⁻⁵

Há distintos métodos, abordagens e configurações para a execução do planejamento em saúde. Cada um com suas respectivas visões, fundamentadas em marcos teóricos distintos, variáveis externas e proposições dos atores envolvidos. Destacam-se, a seguir, as nove perspectivas de planejamento em saúde sistematizadas por Jesus e colaboradores,⁶ com base na produção científica brasileira neste tema.

(1) *Planejamento como técnica para 'intervir' e 'avaliar' sistemas e serviços de saúde.*

O planejamento como técnica está consoante ao entendimento de planejamento como instrumento, ou seja, centrado em uma dada instrumentalidade. A técnica para intervir consiste no poder incorporado pelo Estado para determinar os meios e os fins para o alcance de determinados objetivos. A técnica para avaliar consiste na verificação da veracidade dos resultados de uma intervenção com base num modelo teórico pré-definido visando estabelecer padrões de qualidade.

(2) *Planejamento como prática social transformadora de sujeitos e coletivos.* Esta abordagem identifica a prática do planejamento como uma práxis transformadora

e demonstra o seu caráter social no cenário brasileiro, especialmente quando o enfoque ao normativo de planejamento em saúde é questionado. Nesta abordagem, os sujeitos e os coletivos organizados, ao conduzirem processos de mudança da sua própria prática, buscam o horizonte para estabelecer as estratégias de enfrentamento dos problemas socialmente determinados.

(3) *Planejamento como subsídio para a gestão democrática e para as mudanças.* Esta abordagem orienta-se pela compreensão da complexidade social e institucional, e no entendimento da cultura organizacional. Além de um exercício de aprendizagem, que requer do gestor a capacidade para implementar seus propósitos de transformação, o planejamento e a organização dos serviços de saúde orientam-se para intervenções tecnicamente identificadas, contudo, abertas às contingências da vida das pessoas, no sentido de reorientar as práticas no processo de trabalho para a gestão da ação.

(4) *Planejamento como prática estruturada para a organização de sistemas e serviços de saúde.* Caracteriza-se por uma combinação teórico-metodológica, desenvolvido com base em conhecimentos acumulados de planejamento em saúde e operacionalizado nos cenários municipais do sistema de saúde. Sua potencialidade reside em “estabelecer nexos diferenciados no acesso dos usuários aos serviços de saúde; identificar necessidades, utilizando-se de instrumentos de aferição individuais e coletivos; intervir sobre a realidade, monitorando e minimizando riscos; e sistematizar o diálogo entre os sujeitos sociais, utilizando-se de métodos participativos de escuta e atuação na promoção da saúde”.

(5) *Planejamento como método de ação governamental para a tomada de decisões.* Neste aspecto, as decisões políticas subsidiam o ato do planejamento e, em movimento recíproco, as ações dele derivadas expressam novas possibilidades de redirecionamento de políticas. Consideram-se interdependentes a eficácia política e a eficácia econômica, para as quais os processos de governo buscam algum equilíbrio nessa relação.

(6) *Planejamento como instrumento e atividade do processo de gestão das organizações.* Esta concepção de planejamento aponta para a capacidade técnica de intervir e a administrativa de operacionalizar. Nesse sentido, o planejamento associa-se ao conjunto dos procedimentos administrativos como práticas reguladoras da gestão das organizações. O planejamento pode ser um instrumento, visto que permite que as organizações se orientem para o alcance de objetivos, mas também uma atividade, por relacionar-se ao conhecimento e intervenção dos sujeitos.

(7) *Planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos.* O entendimento subjacente a essa perspectiva explicita movimentos que tomam o

complexo como a totalidade intersubjetiva. Nesta, o todo, composto por partes, individualmente, é capaz de manter uma relação em que é possível a constituição de um todo indivisível, único. No âmbito dos serviços de saúde, essa perspectiva é compreendida como meio de intervenção e de avaliação sobre os processos de trabalho e como meio de intervenção sobre os sujeitos e coletivos nessas organizações, consideradas como complexas.

(8) *Planejamento como meio de ação comunicativa.* Aqui, o planejamento integra um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, estruturado a partir de uma análise crítica ao modelo estratégico, e incorporando o diálogo, a liderança, a negociação e a problematização coletiva como caminhos para os processos gerenciais, em um movimento que se aproxima ao processo de gestão com base no aprendizado institucional.

(9) *Planejamento como mediação entre a instrumentalidade e a subjetividade.* Esta abordagem advoga o planejamento como uma ação racional dirigida para fins, porém, uma ação compreendida como prática social, incorporando temas como a subjetividade e as relações que atravessam e produzem as organizações. Neste sentido, o planejamento se trata de um modo de prover a eficácia em seus processos com uma finalidade: a saúde, reconhecendo a intervenção da subjetividade dos grupos em ação: os trabalhadores de saúde.

As perspectivas de planejamento em saúde acima apresentadas configuram tendências teórico-metodológicas, algumas já consolidadas e outras em construção. Nos tópicos seguintes, abordaremos dois métodos comumente utilizados pelas equipes de saúde - Planejamento Estratégico Situacional (PES) e Planejamento Estratégico Participativo (PEP), finalizando com o tema do Planejamento em Enfermagem, como uma atribuição gerencial do enfermeiro para o cuidado

3 | PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Existem muitos métodos de planejamento, cada um com suas vantagens e desvantagens. O que importa é que se defina por um que mais se adapte à situação para a qual se planeja.

O economista Carlos Matus é o autor do método conhecido como Planejamento Estratégico Situacional (PES).⁷ Ao longo de sua obra, Matus oferece um conjunto de contribuições teóricas e metodológicas para o planejamento, destacando-se a compreensão do planejamento como uma forma de cálculo que precede e preside a ação, cujas origens remontam a década de 1950.⁸

Os fundamentos deste método estão ancorados no conceito de triângulo de

governo, que inclui três eixos interligados e interdependentes: o Projeto de Governo, a Governabilidade e a Capacidade de Governo. A análise do triângulo permite refletir sobre como ocorre o processo de planejamento na equipe de governo, ou seja, o agente que planeja dirige um processo para alcançar objetivos e pode alterá-lo segundo as circunstâncias (Projeto de Governo). Nessa condução, o agente busca superar os obstáculos de maneira não passiva, mas ativamente resistente (Governabilidade). Para vencer resistências que podem surgir, o agente lança mão de alternativas (Capacidade de Governo).⁹⁻¹⁰

Para realizar do planejamento com o uso deste método, utilizam-se conceitos específicos, tais como ator social; situação; problema; nó crítico; operação; situação-objetiva; e plano, cuja compreensão antecede os momentos de construção do PES, e estão definidos no quadro 1.

Conceito	Definição
Ator social	Representado por uma pessoa, um grupo humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos em uma determinada situação ou realidade.
Situação inicial	É um conjunto de problemas e/ou necessidades tal como são compreendidos a partir da perspectiva dos atores sociais interessados em intervir, sobre um determinado recorte da realidade.
Problema	É algo considerado fora dos padrões de normalidade para os atores sociais que estão analisando a situação. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação.
Nó crítico	É a causa principal, aquela que, se atacada, resolve o problema ou tende a diminuí-lo. Para chegar ao nó crítico, é preciso olhar as causas e delimitar aquelas que estão em nossa governabilidade, ou seja, sob as quais é possível atuar.
Operação	É formada por um conjunto de atividades, recursos, pessoas responsáveis e tempo necessário para a sua realização.
Situação objetiva	É uma situação que se deseja alcançar a partir de um plano. É um propósito que se estabelece em determinada situação inicial, e que se altera na medida em que tal situação varia.
Plano	É um produto momentâneo do processo de planejamento. É um instrumento de negociação, nunca está acabado, mas sempre em construção.

Quadro 1: Conceitos básicos do Planejamento Estratégico Situacional

O PES se desenvolve por momentos, conforme apresentado na figura 1, e são assim estruturados:⁹⁻¹⁰

Momento Explicativo (é o foi ou o tende a ser), quando se realiza o Diagnóstico da situação, a seleção de problemas, a rede explicativa do problema, com delineamento

de um fluxograma e a identificação de Nós Críticos.

Momento Normativo (o deve ser), quando ocorre o Desenho das operações e Desenho do arco direcional com proposição de soluções e elaboração do plano de ação.

Momento Estratégico (pode ser do deve ser), com a identificação de possíveis aliados e oponentes; analisa a construção de viabilidade, coerência e factibilidade no campo econômico, técnico e organizativo.

Momento Tático-operacional (fazer e recalcular), em que ocorre a Execução das operações, o Processo de avaliação, e a Informação estatística/Sala de situação.



Figura 1 - Modelo esquemático do Planejamento Estratégico Situacional

Para iniciar o PES, é preciso compreender os tipos possíveis de problema, tendo como referência tempo, significado e natureza do resultado para um ator.⁷ A figura 2 apresenta a árvore de problemas, uma simplificação da proposta de Carlos Matus, chamada “fluxograma situacional”, na qual as “raízes” representam as causas do problema (determinantes e condicionantes); o “tronco” o próprio Problema; e os “galhos” folhas”, e “frutos” representam as consequências do problema.

À árvore de problemas há uma árvore em reflexo, a árvore de objetivos, em que cada problema identificado terá um objetivo correspondente a ser alcançado, mediante a análise de prioridades. Em outras palavras, com base na árvore de problemas é possível

gerar a árvore de objetivos. Esta árvore expressará a situação futura a ser alcançada após a resolução dos problemas. Nessa análise, as principais causas são transformadas em objetivos específicos, e a expressão positiva do problema em objetivo geral. Deste modo, os objetivos específicos expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral.

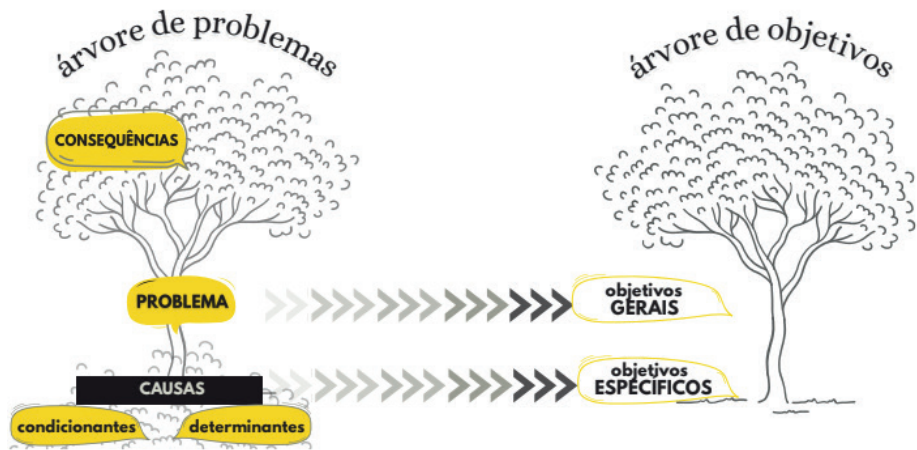


Figura 2 - Explicação dos problemas e elaboração de objetivos

A sistematização da lista de problemas a serem priorizados é mais um passo a ser dado. O quadro 2 descreve os critérios para a classificação e leva em conta a magnitude dos problemas de saúde, a transcendência, bem como a sua vulnerabilidade. A priorização define um escore final para cada problema a partir da soma da pontuação de cada um deles.¹⁰

Critério	Descrição
Vulnerabilidade	Diz respeito ao grau de fragilidade que um problema tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto maior a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído mediante uma intervenção, mais vulnerável ele é.
Magnitude	Pode ser entendida como o número de pessoas acometidas pelo problema (frequência). Quanto maior for à frequência do problema, maior será a magnitude, portanto maior é a sua importância.
Transcendência	É a representação do grau de interesse que as pessoas do bairro ou da comunidade têm em solucionar o problema. Quanto mais pessoas se interessam, maior o grau de transcendência e importância do problema.
Custo	Deve ser entendido quanto custa em termos de recursos financeiros para enfrentar o problema. Quanto maior o custo, menor sua priorização.

Quadro 2: Critérios para a priorização dos problemas de saúde

Após a identificação, seleção e priorização de problemas, bem como o debate sobre suas causas e consequências, novo passo é dado em direção ao desenho de um conjunto de ações necessárias e suficientes para atacar as causas fundamentais dos problemas, identificando os nós críticos, como chaves para encaminhamento das alternativas de solução.

Em seguida, desenha-se o plano de ação, que tem como objetivo sistematizar, em um documento, todo o Planejamento Estratégico Situacional, considerando sua construção como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto operações e de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas. Na formalização do plano, definem-se os recursos, os responsáveis, os prazos e os produtos esperados. Há diversas formas de sistematizar as operações e é possível utilizar um dos diversos modelos de planilhas existentes para se realizar o plano operativo.

Com o plano operativo descrito, iniciam-se a implementação e monitoramento das ações, dando sequência ao momento tático-operacional com a realização das operações propriamente ditas, ou seja, execução das operações e o processo de avaliação, sustentados por um processo contínuo de informações.

Os procedimentos de avaliação e monitoramento da implementação da ação seguem um princípio muito importante, que deve ser necessariamente observado, qual seja, o da redução da variedade de informações, isto é, a necessidade de trabalhar com informação seletiva, de forma inteligente, para que o ator não se perca em milhares de dados desnecessários.⁹⁻¹⁰ As variáveis a serem monitoradas são os descritores do problema. Para tanto, indica-se a utilização de uma matriz para o monitoramento geral plano operativo. Esta matriz pode ter um formato específico para acompanhamento de variáveis estratégicas e para a prestação de contas.

A periodicidade é uma das formas mais adequada para as avaliações do planejamento. Em geral, a avaliação é feita ao final do período de vigência do plano. Mas é possível também avaliar durante o processo de implantação do plano. Depende da finalidade da avaliação e da temporalidade do plano.

4 | PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO

O método do Planejamento Estratégico Participativo (PEP) pode ser entendido como a atividade voltada à concepção, implementação e ao controle de estratégias, a fim de possibilitar a compreensão do significado das ações organizacionais e a lógica que preside o encadeamento de suas etapas de elaboração. Envolve dois outros conceitos importantes. O primeiro, estratégia, consiste no conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras, que determina e revela a vontade da organização, em termos de objetivos

de longo prazo, programa de ações e prioridade na alocação de recursos. O conceito de participação confere legitimidade ao processo e fundamenta-se no envolvimento de todos os colaboradores na tomada de decisão do processo administrativo da organização, pública ou privada, valorizando o capital humano, a autonomia e a responsabilidade dos envolvidos.¹¹

O método PEP parte do pressuposto de que quanto melhor todos aqueles que atuam em uma instituição conhecerem a gestão e funcionamento internos dos serviços, melhor poderão realizar suas ações, sentindo-se corresponsável pelo sucesso alcançado. Em analogia, pode-se dizer que os resultados do PEP em uma instituição de saúde, com a inclusão dos profissionais em sua formulação e condução, permitirão responder melhor às necessidades por meio de ações definidas conjuntamente.

Neste tópico, a abordagem adotada está detalhada no livro Planejamento estratégico participativo: concepção, implementação e controle de estratégias, de Francisco Antonio Cavalcanti.¹¹ Esta abordagem é aplicável a organizações públicas e privadas, assim como ao planejamento por comunidades e entidades sem fins lucrativos. O único requisito essencial é que exista uma coalizão disposta a seguir com o processo de planejar. O diagrama deste método de planejamento está apresentado na figura 3.

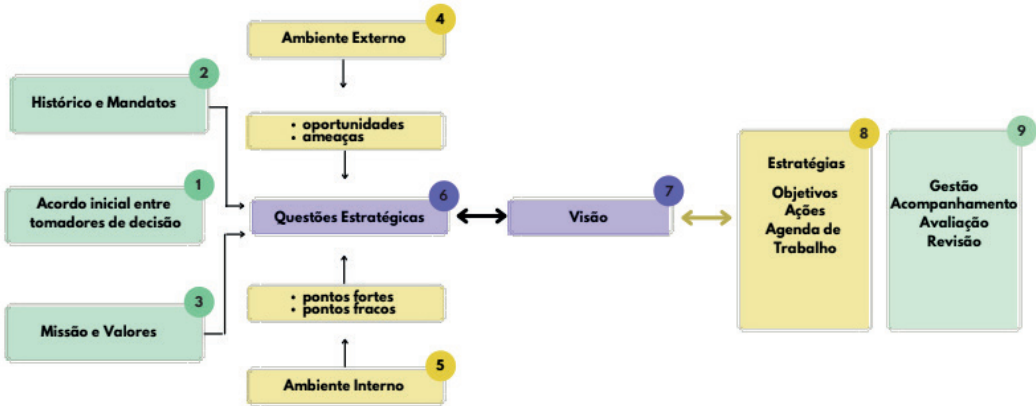


Figura 3 – Diagrama do Planejamento Estratégico Participativo

No PEP, o processo se inicia com um acordo entre os tomadores de decisão, cujo apoio é necessário para a formulação e implementação do plano. O apoio do principal gestor é vital, assim como o envolvimento de outros gestores externos à organização propriamente dita, e é também desejável que outras lideranças estejam envolvidas.

Tendo estabelecido o compromisso entre gestores e liderança sobre o processo de

planejamento, o passo inicial consiste em identificar os principais tomadores de decisão da instituição e descrever o histórico da organização, com a maior precisão possível. Na descrição histórica, são identificados aspectos da evolução da instituição no tempo e sua situação atual aos aspectos evolutivos levantados, o que contribuirá para descrever a direção ou rumo que a organização pretende tomar em relação aos aspectos identificados.

O segundo passo é a identificação dos mandatos, isto é, das normas constitucionais, Leis, decretos, portarias, regimentos, acordos ou convênios que guardam relação com a organização. Isto é não só importante, mas indispensável, porque por meio da compreensão da regulamentação existente, torna-se possível a adequação às exigências relativas aos diferentes aspectos que envolvem a organização. O cumprimento das normas torna as rotinas mais seguras, capazes de estabelecer condições de qualidade, entre outros benefícios; contudo, seu descumprimento, ocasiona faltas graves e prejuízos.

Na sequência, definem-se os valores da organização e é estabelecida sua missão. A declaração de valores identifica quais são os princípios que orientam as decisões da instituição, que guiam as suas atividades e operações, sobretudo com relação a determinados grupos, entidades privadas e outros órgãos (*'stakeholders'*), que têm a capacidade de demandar atenção, resultados e recursos ou, ainda, que são mais afetados pelas ações organizacionais. Convém assinalar que princípios são preceitos, leis ou pressupostos considerados universais que definem as regras pela qual uma sociedade civilizada deve se orientar. Em qualquer lugar do mundo, princípios são incontestáveis, pois, quando adotados não oferecem resistência. Podem constar como princípios ou valores organizacionais, por exemplo, o compromisso com a qualidade; o compromisso social; o respeito; a valorização, qualificação e competência profissional, entre outros.

A declaração da missão visa a comunicar, interna e externamente, o propósito do trabalho desenvolvido pela instituição. A missão é a razão de ser organizacional e define o que ela é e o que ela faz. Sintetiza o papel que a organização desempenha em seu campo de atuação. Sua formulação responde às questões: O que ela é? O que a caracteriza? Quais são seus valores mais importantes? e, Qual é sua finalidade maior?

Após definida a missão, procede-se à análise ambiental, ou seja, a análise do contexto atual da organização, através do modelo de diagnóstico denominado SWOT, no inglês, *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), agrupando em (1) análise do ambiente externo, que compreende as oportunidades e ameaças para a organização; e (2) Análise do ambiente interno, mais concretamente as forças e fraquezas da organização.

Para identificar as possíveis ameaças ou oportunidades é necessário que a organização acompanhe os eventos e tendências políticas, econômicas, sociais e técnicas,

assim como monitore o comportamento de seus *stakeholders* (clientela, fornecedores, colaboradores e competidores). A organização pode, neste caso, usar a técnica de cenários para explorar futuros alternativos no ambiente externo. Esta é a fase do planejamento de fora-para-dentro.

Assim as oportunidades constituem tendências políticas, econômicas, sociais, legais, tecnológicas que poderão afetar positivamente o desempenho atual e futuro da organização; ao contrário das ameaças, cujas tendências poderão afetá-la negativamente.

Por outro lado, para identificar seus pontos fortes e fracos, a organização deverá estimar seus recursos humanos, financeiros, materiais e sobretudo, informações. Também deverá proceder a uma revisão de suas estratégias atuais: global, setorial e espacial e dos resultados que vem alcançando. Esta é a fase do planejamento de dentro-para-fora. Na aplicação deste método, os pontos fortes são usados para enfrentamento dos pontos fracos, o aproveitamento das oportunidades e o contorno das ameaças.

Na identificação de pontos fortes, os atores consideram algo que a instituição faz bem feito; uma característica que lhe proporciona uma capacidade distinguível; os recursos e habilidades que podem servir de base para o alcance de objetivos e metas. Ou seja, pontos fortes compreendem todos os elementos que são passíveis de controle pela organização. Por outro lado, na identificação de pontos fracos, os atores buscam perceber algo não realizado de modo eficiente pela organização, quando comparado a outras de mesmo porte; ou o fato de não dispor de algum recurso importante; ou, ainda, que a organização se encontra uma situação interna que a coloca em algum tipo de desvantagem. Desse modo, os pontos fracos compreendem todos os elementos que não são passíveis de controle pela organização, considerando os seus recursos, as suas estratégias e o seu desempenho.

As prioridades resultantes da análise ambiental, externa e interna, levam à determinação de questões estratégicas. Tais questões são formuladas considerando os pontos fortes e as oportunidades, de modo a conter ou minimizar as ameaças e os pontos fracos, tornando a organização apta a não só sobreviver, em face das ameaças, mas crescer, aproveitando-se das oportunidades. Sendo assim, as questões estratégicas afetam a organização, inclusive sua missão, seus valores, os serviços que presta, sua clientela, seus recursos e sua gerência.

A formulação de uma questão estratégica geralmente se inicia com um advérbio ou uma locução adverbial (“como”, “de que maneira”, “quão”, “de que modo”, etc.), finalizando com o ponto de interrogação. Com esta estrutura interrogativa, as questões estratégicas orientarão a definição das possíveis soluções ou das estratégias propriamente ditas, identificando aquilo sobre o qual a organização pode fazer alguma coisa.

O processo descrito até o momento é fundamental para que, na formulação do plano

estratégico, possa conter a descrição da organização que se pretende no futuro. Partindo-se do pressuposto que as estratégias escolhidas e implementadas serão bem-sucedidas, busca-se desenhar como ficará a organização no horizonte de planejamento escolhido? Ao responder a esta pergunta, os atores estarão estabelecendo a visão da organização.

Em outras palavras, no processo de formulação do plano estratégico, todas as etapas anteriores - a declaração de missão, a declaração de princípios e valores, a análise ambiental e a definição de questões estratégicas - são condicionantes da decisão sobre a formulação da declaração da visão organizacional.

Para formular a declaração da visão, busca-se responder: o que a organização tem a dizer de si própria? Para onde ela está caminhando? E, afinal, o que ela deseja ser? Ou seja, na visão que a organização constrói para si mesma reside a declaração sobre a maneira pela qual ela quer ser vista num determinado horizonte de tempo. Em geral, este horizonte temporal é estabelecido considerando um prazo compatível com a dinâmica própria do setor que se localiza a organização a fim de propiciar uma perspectiva de futuro. Contudo, sempre que ocorrer atualizações da análise ambiental ou mudança de estratégias no processo de implementação do plano, a visão organizacional poderá ser ajustada.

O desenvolvimento de estratégias, portanto, começa com a identificação de alternativas práticas para resolver as questões estratégicas, tendo em mente a declaração da visão organizacional. Neste momento, é preciso considerar os obstáculos para a consecução das alternativas, em vez de seguir diretamente para o detalhamento das principais propostas de como implementar cada alternativa. Isto obriga a identificar, tanto quanto possível, problemas de implementação *a priori*.

Considerando a declaração da visão, aliada a cada questão estratégica proposta, formulam-se os objetivos, isto é, o que será de fato perseguido para responder aos desafios postos nas questões estratégicas, e que deverão ser detalhados por meio da elaboração de ações estratégicas. Desse modo, o conjunto de ações relaciona-se a cada objetivo e compõe uma agenda de trabalho ou plano operacional. Destarte, a composição do plano ou agenda de trabalho poderá ter uma configuração prática, no formato de um quadro, no qual possam ser visualizados, minimamente, a questão estratégica e o objetivo correspondente; as ações, metas, meios, o responsável ou responsáveis e o período ou outro elemento que seja necessário para o acompanhamento de cada objetivo (Quadro 3).

QUESTÃO ESTRATÉGICA 1:				
OBJETIVO 1:				
Ações	Metas	Meios	Responsável	Período
(1)				
(n)*				
QUESTÃO ESTRATÉGICA (n):				
OBJETIVO (n):				
Ações	Metas	Meios	Responsável	Período
(1)				
(n)				

Quadro 3 - Síntese para a agenda de trabalho

* (n) - representa o número necessário de elementos (ações, questões, objetivos)

Os passos seguintes à composição do plano ou da agenda de trabalho consistem, resumidamente, do acompanhamento, monitoramento, avaliação e revisão dos resultados. O processo é iterativo, ou seja, através da retroalimentação são feitas reavaliações contínuas dos passos anteriormente descritos.

5 | PLANEJAMENTO EM ENFERMAGEM

A prática gerencial do enfermeiro envolve inúmeras ações que contribuem para a construção de conhecimentos e para a articulação dos diversos serviços nas e entre as instituições de saúde, permeando o sistema de saúde ao longo de todo o eixo do cuidado exigido pelas demandas do ciclo vital.

Nessa prática, o ato de planejar está incorporado em todas as funções do enfermeiro, aplicando-se tanto para sistematizar o trabalho, como para prever mudanças e adequar os recursos e a direção desse trabalho.¹⁰

Contudo, a execução dessa prática jamais poderá ser solitária. Tanto o planejamento em saúde, quanto o planejamento em enfermagem são realizados e conduzidos por equipes, dependendo, entre outros aspectos, do âmbito de atuação e do nível de complexidade do serviço de saúde.

Adotando-se a premissa de que planejar ações em saúde é requisito inicial para a sistematização do processo de trabalho das organizações e instituições de saúde, é pacífica a compreensão de que sua consecução refletirá diretamente na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Embora todo o processo de planejamento em saúde deva ser realizado por equipe multiprofissional, neste tópico abordaremos as especificidades do planejamento em enfermagem.

Neste sentido, em qualquer instituição em saúde, o planejamento de enfermagem fundamenta-se em duas dimensões principais: a primeira relacionada ao planejamento do cuidado ao usuário/cliente/paciente, também conhecido como processo de enfermagem; e a segunda, relacionada à coordenação da equipe de enfermagem e/ou da unidade de saúde para efetivação da prestação de serviços, que definem, *a priori*, a abordagem para o cuidado do conjunto de usuários/clientes/pacientes. Para o planejamento do cuidado, foram propostos vários métodos, que podem variar de acordo com a instituição de saúde, mas reconhecidos de maneira geral como Processo de Enfermagem,¹² uma ferramenta utilizada para sistematizar os cuidados de enfermagem.

O processo de enfermagem atende à prerrogativa de individualização do cuidado, ou seja, permite a prestação do cuidado com base nas necessidades específicas de cada indivíduo, respeitando a finalidade das instituições de saúde onde o cuidado ocorre. Trata-se de uma atividade intelectual baseada em evidência científica, desenvolvida privativamente pelo enfermeiro e operacionalizada, conforme estabelece a Lei do exercício profissional e a Resolução Cofen n. 358, de 15 de outubro de 2009,¹² em cinco etapas interdependentes e recorrentes, sequencial e/ou simultaneamente:

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

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

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

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

V - *Avaliação de Enfermagem* – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A enfermagem realiza o cuidado à pessoa em diferentes contextos assistenciais, majoritariamente em ambientes hospitalar e ambulatorial. No ambiente hospitalar, na maioria das vezes, ocorre o cuidado contínuo nas 24 horas, por meio da comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, exigindo o planejamento deste cuidado. Neste tipo de planejamento, consideram-se diferentes fatores como, por exemplo, condições clínicas e emocionais do paciente, prioridades que a situação exige, local onde se realiza o cuidado (unidade de internação, unidade de cuidados intensivos, centro cirúrgico, etc.).

Por isso, paralelamente ao planejamento de um cuidado individualizado, é necessário planejar também a gestão desse cuidado, o que implica lançar mão de um método apropriado, que dê conta do cuidado do conjunto de pessoas em um dado ambiente. Esse método denomina-se Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).¹²

A SAE, portanto, é uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem, pela qual o profissional age de acordo com a priorização, delegação, gestão do tempo e contextualização do ambiente cultural do cuidado prestado.¹² Assim, a SAE como um método para a gestão do cuidado em enfermagem, engloba o planejamento, a organização, a gerência e a avaliação de processos, tanto assistenciais quanto administrativos.

A missão de assegurar um cuidado seguro e de qualidade nas situações de saúde e doença, por meio de tais processos, constituem a essência do trabalho do enfermeiro. Neste sentido, a gestão do cuidado de enfermagem, por meio da SAE, tem como finalidade imediata a própria organização do trabalho e, colaborativamente, o desenvolvimento de condições para a realização do processo de cuidar individual e coletivo na instituição de saúde.

Com a utilização dessa metodologia, é possível analisar as informações obtidas, bem como definir padrões e resultados decorrentes das condutas definidas. Isto porque, para a realização da SAE, um conjunto de normas e regulamentos são utilizados. Dentre os componentes normativos para o planejamento e gestão do cuidado de enfermagem necessariamente incluem-se a legislação da saúde (leis, portarias ministeriais), da categoria profissional (lei do exercício profissional, resoluções do sistema Cofen-Coren), da organização de saúde (regimento, estatutos institucionais), além de protocolos, parâmetros, procedimentos operacionais aprovados pelas equipes de saúde e/ou de enfermagem.

Para auxiliar o enfermeiro na elaboração da SAE, algumas instituições adotam recursos tecnológicos, oferecendo suporte para sua efetividade e possibilitando a integração de dados em prontuário eletrônico ou em *software* específico. Tais ferramentas permitem o acesso aos membros da equipe, facilitam a gestão do cuidado e aumentam a segurança com o paciente.

Considerando que o planejamento em enfermagem e, por extensão, a gestão do cuidado de enfermagem não se restringem à aplicação da SAE, é importante destacar algumas outras ferramentas que estão incluídas no escopo do trabalho do enfermeiro e se desenvolvem, em maior ou menor grau, na ampla maioria das instituições de saúde, conforme sua especificidade. São programas e atividades que o enfermeiro executa diretamente como responsável ou participa em colaboração com um grupo. Neste sentido, e variando conforme o âmbito de atuação, o tipo de instituição de saúde e o nível de complexidade da atenção, incluem-se todos os Programas estabelecidos em nível governamental em que a participação da enfermagem é preconizada, por exemplo, os Programas de Atenção Integral à Saúde (criança, idoso, adolescente, etc.), as Redes de Atenção à Saúde (Cegonha, Emergência, etc.), Políticas específicas (Segurança do paciente, Vigilância em saúde, etc.).

Além das diretrizes de tais políticas e programas permearem o escopo de seu trabalho, o enfermeiro utiliza, também, ferramentas adicionais para a gestão do cuidado de enfermagem, incluindo a gestão de pessoas (recrutamento, seleção, admissão, capacitação, dimensionamento e avaliação de desempenho), supervisão e auditoria. Contudo, devido a amplitude de cada um desses temas, eles serão abordados em capítulos específicos.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Saúde, o planejamento é a função que permite melhorar o desempenho das políticas, a eficiência e a efetividade dos serviços no cumprimento das suas finalidades de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Importante frisar que independentemente do método adotado para sua implementação, o processo de planejamento necessariamente levará em conta o conhecimento, explicação e análise da realidade para decisão de alternativas de solução, resultando na definição implantação e avaliação de ações adotadas.

Assim, além de poder contribuir para uma compreensão mais ampla dos problemas, com vistas à construção das melhores ações para o seu enfrentamento, o planejamento também colabora para a construção de consensos, permitindo compatibilizar exigências de distintas visões de mundo e de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Tancredi FB, Barrios SR, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: FSP-USP, 2002.
3. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 Out [citado 2020 Set 23] 14 (Suppl 1): 1565-1577. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.
4. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Ago [citado 2020 Set 23]; 15(5): 2265-2274. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500002>.
5. Rivera, FJU; Artmann, E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Editora FIOCRUZ, 2012.
6. Jesus WLA, et al. Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: Jesus WLA, Assis MMA, orgs. Desafios do planejamento na construção do SUS [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 61-77.
7. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1993. v. I e II.
8. Mattos RA. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Ago [citado 2020 Set 23]; 15(5): 2327-2336. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500008&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500008>.
9. Rivera Uribe, FJ. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1992. v.2.
10. Santana RM, Tahara ÂTS. Planejamento em Enfermagem: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa [online]. Ilhéus: Editus, 2008. 111p. <https://doi.org/10.7476/9788574555294>.
11. Cavalcanti FA. Planejamento estratégico participativo: concepção, implementação e controle de estratégias. 2a ed. Editora Senac, São Paulo, 2019. 208p.
12. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem. Brasília, 2009.

PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE, FORÇA DE TRABALHO E ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Data de aceite: 21/01/2023

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Universidade Federal do Maranhão
(UFMA), São Luís, MA, Brasil

Alisson Fernandes Bolina

Universidade de Brasília (UnB), Brasília,
DF, Brasil

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão
(UFMA), São Luís, MA, Brasil

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

Luciano Garcia Lourenção

Universidade Federal do Rio Grande
(FURG), Rio Grande, RS, Brasil

com crescimento constante e consequente migração de profissionais para outras regiões e países, em busca de melhores condições de trabalho e salário.¹

No Brasil, dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) mostram que a profissão de Enfermagem é constituída predominantemente por profissionais de nível médio. São mais de 2 milhões de profissionais, entre enfermeiros (579.816), técnicos de enfermagem (1.368.623), auxiliares de enfermagem (425.105) e obstetrizes (303), inseridos em serviços de diferentes naturezas assistenciais (públicos, privados e filantrópicos) e em instituições de ensino e pesquisa, caracterizando-se como a maior força de trabalho na área de saúde do país.²

Após a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação, no início dos anos 1990, o Brasil passou por uma expansão do acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população, gerando o aumento da demanda por postos

INTRODUÇÃO

No âmbito internacional, o mercado de trabalho para Enfermagem apresenta-se de forma paradoxal e multifacetada. Enquanto alguns países possuem deficit de profissionais para a área de ensino/educação, outros apresentam desemprego,

de trabalho e a necessidade de se formarem profissionais para o sistema público.³ No entanto, esse processo ocorreu de forma acelerada e descontrolada, com participação predominante de instituições de ensino privadas, fomentadas por políticas governamentais de apoio à formação universitária, sem a devida regulação do Estado, caracterizando-se como uma expansão do acesso via privatização do ensino, com níveis de qualidade ainda questionados.⁴

Nesse contexto, a trajetória de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil revela o crescimento de instituições públicas e privadas a partir do ano 2000 até os dias atuais. Todavia, houve um incremento maior de instituições privadas (65%), com maiores concentrações de cursos na região Sudeste, seguidas das regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste e menor concentração na região Norte, evidenciando uma grande desigualdade na distribuição das escolas de Enfermagem no território brasileiro.^{5,6} Ao longo dos anos, o que se observa é a ocorrência de uma grande expansão de cursos e vagas de ensino técnico e superior em Enfermagem, predominantemente privados, inclusive noturnos, nos grandes centros urbanos. Porém, essa ocorrência não está associada à expansão de postos de trabalho, resultando em desemprego e desgaste socioemocional, desvalorização profissional e salarial.^{1,4}

Como resultado desse processo, a distribuição da força de trabalho da Enfermagem brasileira apresenta-se de forma assimétrica entre as regiões, moldada pela dinâmica do mercado profissional, que sofre influência do contexto político, econômico e social do país, dos modelos de atenção em saúde e das políticas implementadas.¹ Para se ter ideia, quase a metade dos trabalhadores de Enfermagem (49%) concentra-se na região Sudeste, enquanto, somando as regiões Norte e Nordeste, tem-se apenas 30,3% do contingente total de profissionais do país. Fato semelhante ocorre com as escolas de Enfermagem, a região Sudeste concentra 41,7% dos cursos, 37% das matrículas e 36,2% dos concluintes; seguida da região Nordeste, com 24,9% dos cursos, 31% das matrículas e 32,8% dos concluintes.^{7,8}

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz com o apoio do Cofen, apontou as principais tendências em relação à Enfermagem brasileira: maior inserção no setor público, rejuvenescimento e masculinização da profissão. Segundo esse estudo, a Enfermagem representa mais de 50% do contingente de trabalhadores da saúde no Brasil, lotados em sua grande maioria no serviço público, seguido pelos serviços privado, filantrópico e de ensino. O estudo apontou ainda que, apesar do aumento da participação masculina na profissão, a Enfermagem é, em sua maioria, formada por mulheres jovens, que possuem menos de dez anos de formadas. Esses profissionais cumprem extensas jornadas, com vínculos precarizados e consequente desgaste físico e emocional no ambiente de trabalho,

com diferenças significativas de rendimentos providos da atuação entre enfermeiros/as e técnicos/as de Enfermagem, reforçando a histórica divisão social e técnica do trabalho, que marca a trajetória da profissão.^{7,9}

Logo, este capítulo tem como objetivo apresentar um panorama do sistema de saúde brasileiro e sua convergência com a força de trabalho e ensino da Enfermagem no Brasil.

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

No atual cenário da organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como a porta de entrada preferencial aos demais níveis, sendo considerada fundamental para garantir a integralidade do cuidado.¹⁰ Essa posição da APS no sistema de saúde brasileiro foi conquistada ao longo dos 30 anos de construção e consolidação do SUS, cujo aumento no número de equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF), desde 1998, foi primordial, principalmente em municípios do interior do país, cuja cobertura de APS passou a ser superior a das capitais.¹¹

Apesar dos avanços, levantamento realizado junto à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), do Ministério da Saúde, demonstra distribuição heterogênea no número de equipes e na cobertura de APS entre as regiões político-administrativas e entre os estados de uma mesma região. Em 2019, o Nordeste concentrava o maior número de estados com as maiores coberturas do país.

Conforme mostra a Tabela 1, o estado de São Paulo possui a menor cobertura de APS (39,30%), enquanto o estado do Piauí possui a maior (98,18%). Nesse cenário, é plausível supor que a população do estado de São Paulo terá maior dificuldade de acessar os demais níveis de atenção à saúde, uma vez que há restrições na porta de entrada ao sistema.

Nesse contexto, é importante destacar que o aumento da cobertura de APS amplia o acesso das populações às ações e aos serviços de saúde ofertados pelo SUS. Ademais, historicamente, à medida que houve o aumento da cobertura foram registradas menores taxas de internações por condições sensíveis à APS.¹¹

A partir de 2008, os enfermeiros foram a categoria com o maior número de profissionais na APS, sendo registrada uma tendência crescente contínua nesse número, superando, inclusive, o total de médicos, que sofreu redução entre 2005 e 2008, aumentando a partir de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos.^{12,13} No entanto, a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) admite outras modalidades de equipe, com diferentes composições de profissionais e carga horária de trabalho, o que pode causar um reordenamento na distribuição de profissionais na APS.¹⁴

Estados	Atenção Primária à Saúde	
	Nº de equipes	% de população coberta*
Região Norte		
Rondônia	367	68,77
Acre	201	68,87
Amazonas	710	55,19
Roraima	123	61,89
Pará	1532	57,61
Amapá	133	49,75
Tocantins	479	88,16
Região Nordeste		
Maranhão	2112	82,84
Piauí	1325	98,18
Ceará	2407	79,06
Rio Grande do Norte	1013	77,89
Paraíba	1434	94,75
Pernambuco	2284	75,80
Alagoas	871	76,42
Sergipe	617	83,36
Bahia	3616	74,86
Região Sudeste		
Minas Gerais	5541	80,05
Espírito Santo	712	58,64
Rio de Janeiro	2642	51,48
São Paulo	5329	39,30
Região Sul		
Paraná	2277	64,34
Santa Catarina	1804	79,10
Rio Grande do Sul	2097	59,50
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso do Sul	588	69,37
Mato Grosso	734	67,66
Goiás	1483	66,51
Distrito Federal	353	40,94
Brasil	42784	63,38

Tabela 1: Distribuição das Equipes de Saúde da Família e cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde por estado. Brasil, 2019.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde -Sala de apoio à gestão estratégica. *Indicador: Número de equipes/população.

No Brasil, desde a década de 1970, houve expansão dos estabelecimentos assistenciais de atenção à saúde de todos os níveis. A partir da década de 1990, esse processo foi ainda mais expressivo entre serviços de atenção primária, sobretudo os postos e centros de saúde, ambulatórios especializados e Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos (SADT). Contudo, nesse período, hospitais e serviços de urgência tiveram crescimento mais discreto.^{15,16}

A diferença na distribuição dos tipos de estabelecimentos entre público e privado tem diminuído, ao longo das últimas décadas. Mas, ainda se verifica maior participação do setor privado em estabelecimentos como clínicas, hospitais e Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos (SADT).¹² Na Tabela 2, observa-se que há menor percentual de estabelecimentos ambulatoriais do SUS, prevalecendo os estabelecimentos privados e de planos de saúde.

Além disso, as desigualdades regionais ainda são marcantes, apesar de todos esses dispositivos legais criados, visando melhorar a integralidade do cuidado e o acesso às ações e serviços das populações em todo o território nacional.^{12,17} Há diferenças na composição de prestadores de serviços que caracterizam a relação estado/mercado e público/privado, com dificuldade de regulação de fluxos regionais. Além do subfinanciamento, há problemas na cooperação regional que, embora seja importante para superar as desigualdades, a fragmentação do cuidado e a oferta de serviços, ainda é insuficiente para atender à crescente demanda por serviços de atenção à saúde.^{18,19}

Os serviços da atenção secundária e terciária, conhecidos pela “*maior complexidade*” não seguiram a ampliação da rede assistencial da APS, que ocorreu em todos os estados, inclusive nas áreas remotas.^{12,20,21} Apesar dos avanços na regionalização e nas redes de atenção à saúde, a distribuição dos serviços de atenção secundária e terciária não é equânime, havendo concentração nas áreas metropolitanas e mais urbanizadas, o que exige maior deslocamentos dos usuários do SUS, sobrecarrega a rede de atenção à saúde e gera indicadores negativos.^{22,23}

Nos estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste há menor percentual de estabelecimentos ambulatoriais e de urgência da rede SUS. Contudo, nos estados das regiões Nordeste e Norte, o SUS apresenta maior participação na rede de atenção à saúde, conforme observado na Tabela 2. Esse crescimento dos estabelecimentos do SUS na rede de serviços de urgência pode estar relacionado à implantação da Rede Temática de Urgência e Emergência, que criou as denominadas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e ampliou os hospitais de urgência entre outros serviços.²⁴

Estados	Ambulatório				Urgência			
	SUS	Particular	Planos de Saúde*	% SUS**	SUS	Particular	Planos de Saúde*	% SUS**
Região Norte	7.017	7.755	4.013	37,35	919	230	142	71,18
Rondônia	680	1.867	568	21,82	94	68	34	47,95
Acre	394	355	286	38,06	56	3	1	93,33
Amazonas	1.167	914	442	46,25	201	22	15	84,45
Roraima	446	255	102	55,54	40	2	1	93,02
Pará	3.235	3.240	1.670	39,71	399	117	75	67,51
Amapá	284	271	201	37,56	28	5	4	75,67
Tocantins	811	853	744	33,67	101	13	12	80,15
Região Nordeste	28.939	31.796	21.013	35,40	3.236	687	480	73,49
Maranhão	3.366	1.609	860	57,68	385	38	24	86,12
Piauí	2.332	1.315	627	54,56	277	44	14	82,68
Ceará	3.784	7.683	5.311	22,55	404	111	77	68,24
Rio Grande do Norte	2.008	2.257	1.843	32,87	238	30	25	81,22
Paraíba	2.873	2.452	1.225	43,86	307	47	26	80,78
Pernambuco	4.406	4.446	3.498	35,67	486	118	86	70,43
Alagoas	1.707	1.626	1.330	36,60	119	30	19	70,83
Sergipe	1.074	1.940	1.677	22,89	78	9	8	82,10
Bahia	7.389	8.468	4.642	36,04	942	260	201	67,14
Região Sudeste	24.565	120.223	89.670	10,47	3.539	1.679	1.405	53,43
Minas Gerais	9.853	29.784	20.044	16,50	1106	496	364	56,25
Espírito Santo	1.422	5.279	3.428	14,03	129	64	47	53,75
Rio de Janeiro	3.716	20.139	17.106	9,07	504	321	307	44,52
São Paulo	9.574	65.021	49.092	7,74	1800	798	687	54,79
Região Sul	14.787	50.629	40.941	13,90	1.819	882	740	52,86
Paraná	5.136	18.420	14.653	13,44	783	299	264	58,17
Santa Catarina	3.994	12.642	8.396	15,95	421	282	207	46,26
Rio Grande do Sul	5.657	19.567	17.892	13,12	615	301	269	51,89
Região Centro-Oeste	6.539	15.861	12.022	18,99	834	334	268	58,07
Mato Grosso do Sul	1.183	3.012	2.123	18,72	144	68	61	52,74
Mato Grosso	2.065	3.850	3.037	23,06	234	95	57	60,62

Goiás	2.994	6.723	4.932	20,43	373	134	108	60,65
Distrito Federal	297	2.276	1.930	659	83	37	42	51,23
Brasil	81.850	226.264	167.659	17,20	10.347	3.812	3.035	60,17

Tabela 2: Distribuição dos tipos de estabelecimentos de saúde por Tipo de Atendimento Prestado, de acordo com o estado – Brasil, 2019.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. * Plano de Saúde Privado e Plano de Saúde Público. ** SUS/ total x 100.

Na organização das RAS, o hospital apresenta-se como espaço capaz de atender mais de um nível de atenção, caso preste assistência ambulatorial. Dessa forma, passa a ter outra configuração, tornando-se um ponto de atenção capaz de ofertar serviços a várias redes temáticas, de acordo com os procedimentos oferecidos.¹⁰

No Brasil, a análise da classificação dos hospitais por porte (número de leitos) evidencia que aqueles de pequeno porte têm maior representatividade no sistema, sendo 5.345 desse tipo (66%), dos quais 70% têm até 29 leitos. Já os hospitais de médio porte (51 a 150 leitos), representam 35% das unidades hospitalares brasileiras. E os hospitais de grande porte, que possuem mais de 150 leitos, somam 10% do total. Esses últimos possuem a maior quantidade de leitos e taxa de ocupação dos leitos gerais do SUS.²⁵

O número total de leitos por estado da Federação varia de 1,33 leito/1.000 habitantes no Amapá a 2,65 leitos/1.000 habitantes no Rio Grande do Sul, evidenciando heterogeneidade na disponibilidade de leitos hospitalares entre as regiões. Conforme mostra a Tabela 3, enquanto a região Norte tem apenas 1,70 leito/ 1.000 habitantes, a região Sul tem 2,43 leitos/1.000 habitantes e nenhum estado da Federação possui índice superior a 3 leitos/1.000 habitantes. Os leitos vinculados ao SUS têm maior participação na rede assistencial, em todas as regiões e estados do país, representando 80,35% do total de leitos da região Nordeste e 78,04% da região Norte. Todavia, esses leitos, têm menor participação nas regiões de maior população, como a região Sudeste, representando 60,38% dos leitos que compõem a rede assistencial. Essas grandes diferenças na oferta e na distribuição de leitos privados e da rede SUS foram críticas no contexto epidemiológico da pandemia de Covid-19, o durante o ano de 2020.²⁵

Dessa forma, assim como ocorre na composição das equipes de ESF, a rede assistencial hospitalar do SUS exerce uma grande participação nos postos de trabalho da Enfermagem, tanto na assistência quanto nas funções gerenciais. A pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil descreve que há 65,3% dos enfermeiros atuando no setor público, principalmente nas esferas estaduais e municipais.²⁶ Essa presença na força de trabalho do SUS, em todos os níveis da atenção, reveste-se de importância, uma vez que esse

profissional tem competências que garantem a sustentabilidade do sistema universal de atenção à saúde.²⁷

Regiões / Estados	Leitos de Internação			
	SUS	Não SUS	% SUS*	Nº de leitos por habitantes**
Região Norte	24.411	6.868	78,04	1,70
Rondônia	3.400	1.077	75,94	2,43
Acre	1.351	118	91,97	1,71
Amazonas	4.915	786	86,21	1,36
Roraima	1.010	61	94,30	1,98
Pará	10.432	3.980	72,38	1,68
Amapá	971	134	87,87	1,33
Tocantins	2.332	712	76,61	1,92
Região Nordeste	91.729	22.426	80,35	1,97
Maranhão	12.182	1.506	89,00	1,93
Piauí	6.541	983	86,94	2,32
Ceará	14.276	4.028	77,99	2,00
Rio Grande do Norte	6.061	1.245	82,96	2,04
Paraíba	6.673	1.603	80,63	2,03
Pernambuco	16.146	5.092	76,02	2,21
Alagoas	4.639	1.091	80,96	1,68
Sergipe	2.299	817	73,78	1,33
Bahia	22.912	6.061	79,08	1,87
Região Sudeste	107.030	70.228	60,38	2,01
Minas Gerais	27.126	13.788	66,30	1,91
Espírito Santo	5.228	2.773	65,34	1,95
Rio de Janeiro	21.703	15.246	58,74	2,18
São Paulo	52.973	38.421	57,96	1,99
Região Sul	50.446	22.590	69,07	2,43
Paraná	18.946	8.426	69,22	2,38
Santa Catarina	11.024	4.370	71,61	2,14
Rio Grande do Sul	20.476	9.794	67,64	2,65
Região Centro-Oeste	23.782	13.489	63,81	2,28
Mato Grosso do Sul	3.623	1.988	64,57	2,02
Mato Grosso	5.248	1.988	72,53	2,11

Goiás	10.584	6.711	61,20	2,49
Distrito Federal	4.327	2.802	60,70	2,25
Brasil	297.398	135.601	68,68	2,05

Tabela 3: Distribuição dos leitos de internação por regiões e estados brasileiros. Brasil, 2019.

Fonte: TABNET. Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. (Dados extraídos em 20.08.2020). *SUS/ total x 100. ** N° de leitos hospitalares por habitante= Média anual do número mensal de leitos hospitalares/população residente x 1000.

IBGE: Projeção da população do Brasil 2019.

DISTRIBUIÇÃO DAS ESCOLAS E VAGAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Conforme mostram os dados do Ministério da Educação, atualmente há um grande número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil. Até o início de 2020, havia 1.310 cursos presenciais e outros 1.363 polos de cursos na modalidade Ensino a Distância (EaD). Os cursos presenciais eram oferecidos por cerca de 839 Instituições de Ensino Superior (IES), presentes em 528 cidades do país. Já os cursos EaD eram oferecidos por 11 IES que tinham seus polos distribuídos em 824 cidades.

Desde o primeiro curso de graduação, criado em 1890, a Enfermagem vem deixando de ser oferecida, progressivamente, por IES públicas e passando a ser predominantemente de caráter privado. Na modalidade presencial, 86,5% dos cursos são privados com um total de 189.504 vagas (94,0%) contra apenas 11.350 vagas ofertadas por IES públicas. Na modalidade EaD - que teve início em 2005, com última autorização em 2016 - todas as 82.000 vagas atuais são privadas. Com isso, a razão privado/público do número de vagas é de 16,7, no ensino presencial, passando para 23,9 quando se incluem as vagas ofertadas em EaD.

O processo de privatização do ensino superior da Enfermagem se intensificou no início dos anos 2000. Enquanto 47,3% das vagas públicas já existiam antes dos anos 2000 e somente 9,3% delas tinham sido criadas a partir de 2009, 90,4% das vagas ofertadas por instituições privadas foram criadas a partir do ano 2000, sendo 53,5% até 2009 e outros 36,8% a partir de 2010, conforme se pode constatar na Tabela 4.

Algumas razões podem ser atribuídas para essa expansão e privatização do ensino superior da Enfermagem no Brasil. Estudos prévios apontam que o ensino superior brasileiro é influenciado pela conjuntura política, pelos regimes de governo, por modelos econômicos e por outros fatores que marcam o desenvolvimento do país. Dessa forma, a configuração do sistema de ensino superior é fortemente instigada pelas leis de mercado e gestão das políticas socioeconômicas, de saúde e de educação vigentes.²⁸ Essa influência tem tornado desigual a distribuição espaço-temporal de diferentes cursos de graduação, entre eles os de Enfermagem.

Esse processo de privatização do ensino superior vem sendo acompanhado por algumas políticas públicas de financiamento, entre as quais se destacam o Programa de Crédito Educativo, o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies) e o Programa Universidade para Todos (ProUni). O Fies, criado em 1999 pelo Ministério da Educação, é destinado a financiar até 100% do curso de graduação de estudantes que não têm condições de arcar integralmente com os custos de sua formação. O ProUni, instituído em 2004, criou condições para o acesso de estudantes carentes ao ensino superior, por meio da oferta de diferentes modalidades de bolsas de estudo. Dessa forma, boa parte da privatização do ensino superior vem sendo financiada com dinheiro público.²⁹

Por outro lado, pressões mercadológicas e econômico-financeiras tornaram a formação superior orientada por leis e interesses de mercado, de demanda e procura, gerando-se crescimento substancial na oferta de escolas e vagas privadas, voltadas a atender interesses de grupos socioeconômicos mais favorecidos que financeirizaram a educação.^{28,29} Portanto, o número de cursos e vagas de ensino superior em Enfermagem estaria associado à política de organização acadêmica, à localização geográfica e ao tipo de natureza jurídica dessas instituições.

Início do funcionamento do curso ¹	Tipo de Instituição	Cursos de graduação		Número de vagas	
		N	%	N	%
1890 a 1939	Privada	1	0,08	180	0,09
	Pública	5	0,40	448	0,24
1940 a 1944	Privada	2	0,16	700	0,37
	Pública	5	0,40	454	0,24
1945 a 1949	Privada	1	0,08	120	0,06
	Pública	5	0,40	500	0,26
1950 a 1954	Privada	2	0,16	180	0,09
	Pública	7	0,57	500	0,26
1955 a 1959	Privada	6	0,48	825	0,43
	Pública	0	0,00	0	0,00
1960 a 1964	Privada	0	0,00	0	0,00
	Pública	0	0,00	0	0,00
1965 a 1969	Privada	2	0,16	340	0,18
	Pública	1	0,08	75	0,04
1970 a 1974	Privada	3	0,24	720	0,38
	Pública	7	0,57	510	0,27
1975 a 1979	Privada	5	0,40	710	0,37
	Pública	24	1,94	1408	0,74

1980 a 1984	Privada	13	1,05	3728	1,96
	Pública	6	0,48	334	0,18
1985 a 1989	Privada	8	0,65	995	0,52
	Pública	4	0,32	182	0,10
1990 a 1994	Privada	5	0,40	510	0,27
	Pública	6	0,48	310	0,16
1995 a 1999	Privada	34	2,75	8349	4,39
	Pública	11	0,89	591	0,31
2000 a 2004	Privada	240	19,39	48951	25,76
	Pública	22	1,78	1669	0,88
2005 a 2009	Privada	290	23,42	46651	24,55
	Pública	55	4,44	3207	1,69
2010 a 2014	Privada	168	13,57	24658	12,98
	Pública	14	1,13	913	0,48
2015 a 2019	Privada	283	22,86	41187	21,67
	Pública	3	0,24	134	0,07
Total		1238	100,0	190.039	100,0

Tabela 4: Distribuição dos cursos de graduação e número de vagas de Enfermagem segundo o período de início de funcionamento dos cursos presenciais. Brasil, 1890 a 2019.

Fonte: Portal e-MEC, 2020. Nota: Não foi encontrada a informação do início de funcionamento de 72 cursos e suas respectivas 10.800 vagas, no banco de dados do e- MEC.

A distribuição dos cursos e número de vagas de graduação em Enfermagem, por região e estado brasileiro, mostra grande heterogeneidade, que se intensifica quando se considera o tipo de instituição (pública ou privada). Em relação aos cursos e às vagas presenciais, em todos os estados predominaram aqueles sob a gestão de instituições privadas. Estados das regiões Sudeste e Sul concentram a maioria dos cursos e vagas de graduação em Enfermagem. Cerca de 35,5% dos cursos e 42,4% das vagas no ensino privado são ofertadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, juntos.

Como pode ser observado na Tabela 5, o estado de São Paulo concentra a maioria dos cursos e vagas de graduação em Enfermagem, com predomínio de oferta por instituições privadas (17,4% dos cursos e 24,7% das vagas), enquanto os estados da região Norte apresentam a menor oferta de cursos e vagas, mas com predomínio da oferta privada do ensino de Enfermagem. Em relação aos cursos e às vagas presenciais, também se evidencia a privatização do modelo de ensino de graduação em Enfermagem a distância (EaD). A distribuição regional dessa modalidade se sobrepõe à mencionada para os cursos presenciais, mantendo a concentração de grande parte dos polos nas regiões mais ricas e centrais do país. As regiões Sul e Sudeste concentram 49,6% dos polos de EaD dos cursos de Enfermagem, sendo que 23,9% encontram-se no estado de São Paulo. Essa

distribuição heterogênea dos polos de EaD faz com que o estado de São Paulo concentre quase a mesma proporção de polos que as regiões Norte e Centro-Oeste juntas (24,5%). Essa situação também se observa para cursos presenciais e pode ter seguido mais a lógica capitalista-financeira do mercado de educação do que a necessidade e demanda de saúde de cada região.

Dessa forma, percebe-se grande concentração de cursos e vagas de ensino superior em Enfermagem, tanto presenciais quanto EaD, em estados e regiões mais desenvolvidos do país. Essa distribuição desproporcional entre ensino público e privado mostra que o modelo de expansão do ensino de Enfermagem ocorrido no Brasil caracteriza-se por apresentar, simultaneamente, concentração de escolas, vagas e polos nas regiões e localidades mais desenvolvidas e urbanizadas, e oferta questionável e pouco estruturada nas regiões e cidades com piores indicadores socioeconômicos e de saúde do país.

Unidade da Federação	Tipo de Instituição	Cursos de graduação		Número de vagas	
		N	%	N	%
Acre	Privada	2	0,15	330	0,16
	Pública	2	0,15	60	0,03
Amazonas	Privada	9	0,69	4205	2,09
	Pública	4	0,31	246	0,12
Amapá	Privada	5	0,38	760	0,38
	Pública	3	0,23	150	0,07
Pará	Privada	26	1,98	4350	2,17
	Pública	6	0,46	366	0,18
Rondônia	Privada	19	1,45	2230	1,11
	Pública	1	0,08	30	0,01
Roraima	Privada	4	0,31	700	0,35
	Pública	2	0,15	180	0,09
Tocantins	Privada	13	0,99	1230	0,61
	Pública	3	0,23	640	0,32
Alagoas	Privada	17	1,30	2922	1,45
	Pública	3	0,23	140	0,07
Bahia	Privada	84	6,41	13590	6,77
	Pública	9	0,69	526	0,26
Ceará	Privada	46	3,51	7350	3,66
	Pública	6	0,46	410	0,20
Maranhão	Privada	25	1,91	3776	1,88
	Pública	16	1,22	775	0,39
Piauí	Privada	20	1,53	2725	1,36
	Pública	8	0,61	430	0,21

Pernambuco	Privada	54	4,12	10584	5,27
	Pública	7	0,53	465	0,23
Paraíba	Privada	18	1,37	3660	1,82
	Pública	6	0,46	410	0,20
Rio Grande do Norte	Privada	16	1,22	2885	1,44
	Pública	7	0,53	358	0,18
Sergipe	Privada	15	1,15	3220	1,60
	Pública	3	0,23	145	0,07
Mato Grosso do Sul	Privada	16	1,22	2700	1,34
	Pública	4	0,31	190	0,09
Mato Grosso	Privada	25	1,91	3585	1,79
	Pública	7	0,53	410	0,20
Goiás	Privada	42	3,21	6704	3,34
	Pública	8	0,61	480	0,24
Distrito Federal	Privada	32	2,44	7218	3,59
	Pública	4	0,31	261	0,13
Espírito Santo	Privada	24	1,83	2470	1,23
	Pública	2	0,15	110	0,05
Minas Gerais	Privada	140	10,69	16860	8,39
	Pública	12	0,92	862	0,43
Rio de Janeiro	Privada	97	7,40	18707	9,31
	Pública	7	0,53	598	0,30
São Paulo	Privada	228	17,40	49502	24,65
	Pública	23	1,76	1818	0,91
Paraná	Privada	63	4,81	7446	3,71
	Pública	12	0,92	549	0,27
Rio Grande do Sul	Privada	53	4,05	5765	2,87
	Pública	7	0,53	447	0,22
Santa Catarina	Privada	40	3,05	4030	2,01
	Pública	5	0,38	279	0,14
Total		1.310	100,0	200.839	100,00

Tabela 5: Distribuição dos cursos de graduação e número de vagas de Enfermagem segundo a Unidade Federada da localização dos cursos presenciais. Brasil, 1890 a 2019.

Fonte: Portal e-MEC, 2020.

FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Mundialmente, a Enfermagem representa o maior contingente da força de trabalho em saúde, sendo considerada a égide no encabeçamento das políticas e programas de saúde pública.³⁰ No Brasil, estima-se que há mais de 2 milhões de profissionais da área

presentes nos municípios e inseridos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS: Atenção Primária à Saúde, ambulatórios, hospitais, Unidades de Urgência e Emergência, entre outros.³¹

Assim, a Enfermagem brasileira é considerada a espinha dorsal do SUS, não apenas por sua representatividade majoritária na força de trabalho em saúde, mas, sobretudo, pela sua presença, atuação e permanência nos serviços, coordenando e prestando assistência ininterrupta aos pacientes, bem como representando o elo entre os integrantes da equipe de saúde.³¹ Apesar disso, ainda há problemas estruturais e sistêmicos, relacionados à escassez e à má distribuição de profissionais no Brasil, assim como em outros países.³²

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a deficiência de recursos humanos para a saúde, sobretudo de profissionais de Enfermagem, compromete o acesso e a cobertura universal de saúde. Para garantir a universalidade em saúde, o limiar global, segundo a Opas, é de 44,5 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 10.000 habitantes. Considerando esse limiar, verifica-se que nas Américas, em 2013, o déficit de médicos era de aproximadamente 47.500 profissionais (2,3%) e o de enfermeiras/parteiras, era acima de 516.000 profissionais (11,0%).³⁰

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) também ressaltou lacunas importantes na disponibilidade e no acesso aos recursos humanos para a saúde, especialmente da Enfermagem. A despeito de observar um aumento do quantitativo de enfermeiros *per capita*, evidenciou-se uma importante heterogeneidade no quantitativo de profissionais entre os países membros e parceiros da OCDE, em 2017. Enquanto a Noruega apresentou taxa de 177 enfermeiros atuantes, por 10.000 habitantes, a Indonésia obteve índice de 12 profissionais para cada 10.000 habitantes.³³

Acompanhando esse fenômeno, o Brasil apresenta escassez de profissionais de Enfermagem em todo o território nacional, ocupando o quarto lugar na pior média de enfermeiros atuantes por 1.000 habitantes, entre os países membros e parceiros da OCDE (36 países membros e 8 países parceiros).³³ Estimativas do Cofen demonstram que existe mais de meio milhão de enfermeiros no Brasil, o que corresponde a cerca de 27 enfermeiros por 10.000 habitantes. E, em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o país contabiliza mais de 1,7 milhão de profissionais, que correspondem a aproximadamente 83 profissionais por 10.000 habitantes.^{2,34}

Há, no entanto, uma grande heterogeneidade na distribuição do número de profissionais da área (técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros) entre as Unidades Federativas, com menor concentração em estados da região Norte (Acre, Roraima, Amapá, Tocantins e Rondônia). O estado do Mato Grosso do Sul também apresenta menor distribuição de técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto Sergipe concentra menor

número de enfermeiros, conforme mostra a Figura 1.

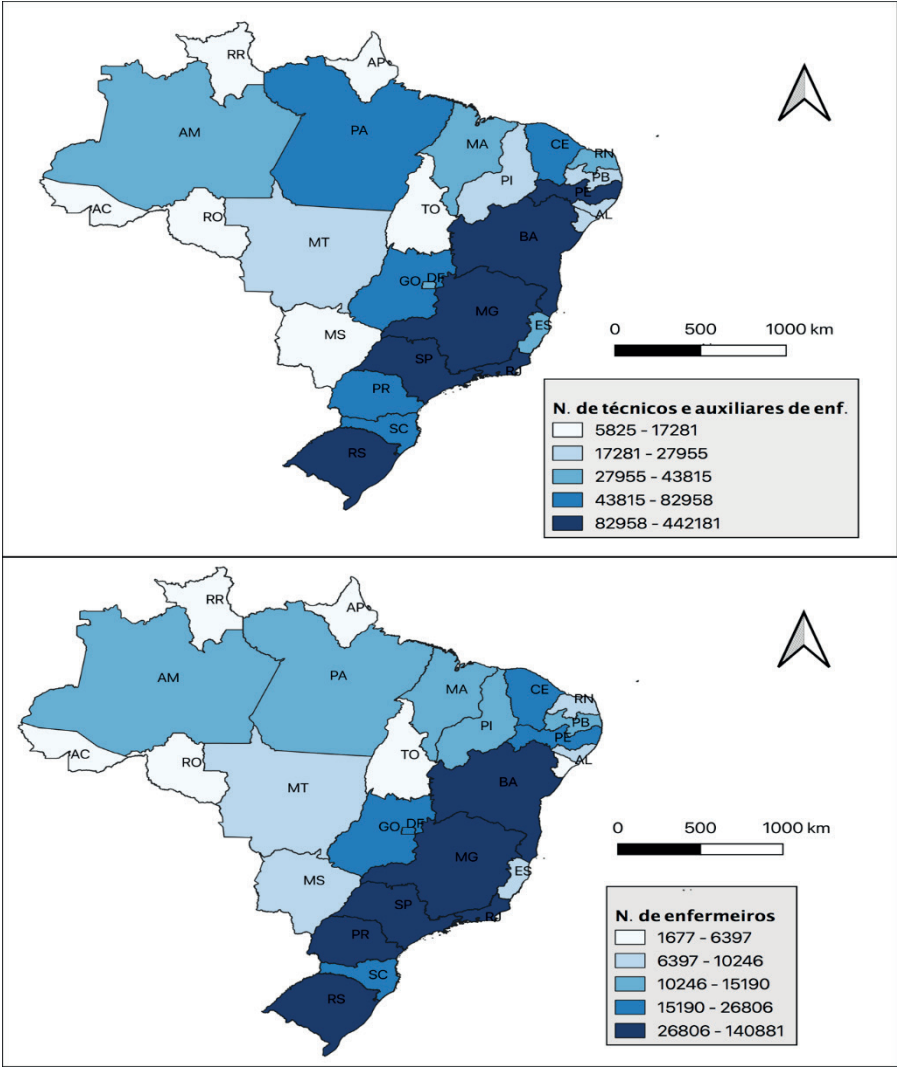


Figura 1: Distribuição do número de técnicos e auxiliares de enfermagem e de enfermeiros, segundo Unidades Federativas. Brasil, 2020.

(Dados do Conselho Federal de Enfermagem². Figura elaborada pelos autores)

Essa assimetria também é evidenciada ao se analisar a razão do número de profissionais de Enfermagem, segundo o contingente populacional de cada estado. Conforme pode ser observado na Figura 2, há menores tercis de distribuição de enfermeiros/10.000 habitantes, em ordem decrescente, nos estados do Pará (16,02), Maranhão (20,44), Santa Catarina (21,55), Goiás (22,92), Espírito Santo (23,04) e Alagoas (23,17). Para técnicos e

auxiliares de enfermagem, os estados com menores taxas por 10.000 habitantes foram: Mato Grosso (59,17), Maranhão (59,93), Ceará (60,20), Alagoas (60,49), Mato Grosso do Sul (60,50) e Bahia (62,71).

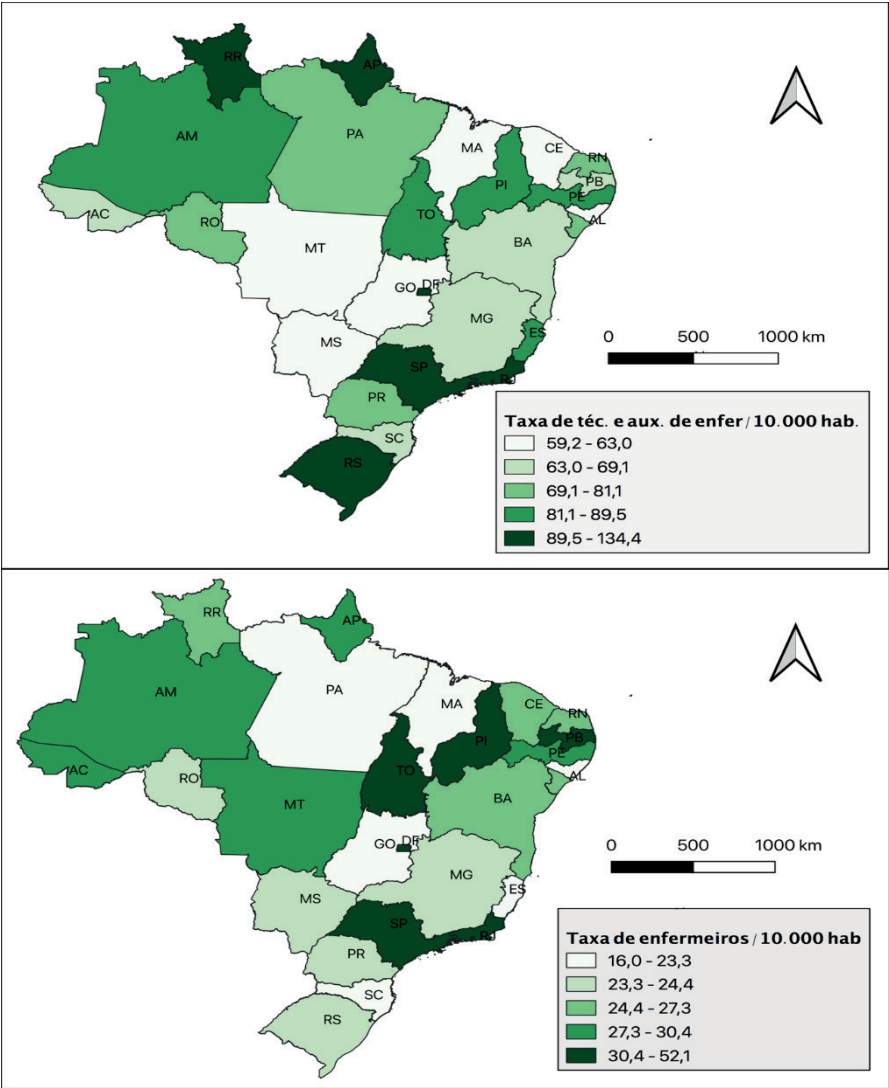


Figura 2: Distribuição da taxa de técnicos e auxiliares de enfermagem e de enfermeiros/10.000 habitantes, segundo Unidades Federativas. Brasil, 2020.

(Dados do Conselho Federal de Enfermagem² e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³⁴. Figura elaborada pelos autores)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema público de saúde brasileiro passou por grandes avanços e desafios nas últimas décadas, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esses processos impactaram diretamente a Enfermagem e colocaram em evidência sua importância e contribuição para a saúde no Brasil.

Com a criação e a implementação do SUS, o sistema de saúde brasileiro tornou-se um importante campo de atuação para os profissionais de Enfermagem, que representam, atualmente, a maior categoria de trabalhadores dos serviços públicos assistenciais, especialmente na APS.

No entanto, com as políticas de austeridade implementadas nos últimos anos, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estipula um teto de gastos com saúde e educação pública no país, o SUS além de subfinanciado, vem sendo desfinanciado. Concomitante a isso, foram implementadas as Reformas Trabalhistas e da Previdência que estão impactando diretamente nos direitos trabalhistas dos profissionais de Enfermagem, com a regularização do trabalho intermitente e a fragilização da atuação sindical.

Em todos os setores, público, privado ou filantrópico, os subsalários e as situações de desgastes emocionais estão presentes, ainda que o setor público seja o maior mercado de trabalho para a Enfermagem, oferecendo melhores condições trabalhistas e salariais em relação aos demais.

O discurso retórico de que os trabalhadores brasileiros são superprotegidos e as tais mudanças eram necessárias contrasta com o fato de o Brasil ser o país com o maior percentual de morte de profissionais da área em decorrência da pandemia da Covid-19, sinalizando grandes desafios para a Enfermagem brasileira.

Além disso, o crescimento desordenado dos cursos e das vagas de graduação em Enfermagem favoreceu a iniquidade na distribuição dos profissionais, com concentração da oferta em grandes centros urbanos e escassez em regiões remotas, menos desenvolvidas, em que as necessidades de saúde são ainda mais díspares. Nesse contexto, se faz necessária a implementação de políticas públicas voltadas para a educação e o desenvolvimento profissional, que estimulem a formação e a qualificação dos profissionais de Enfermagem, de forma equânime, com qualidades atendendo às demandas e às necessidades regionais, o que pode favorecer o crescimento da força de trabalho da Enfermagem brasileira.

Mais recentemente, as demandas geradas pela epidemia da Covid-19 tornaram públicos, para a sociedade em geral a situação e os desafios da realidade de trabalho e formação dos profissionais de Enfermagem no Brasil. Esse fato gerou maior reflexão sobre a relevância e o valor desses profissionais com o agravamento da epidemia no país que se caracterizou por registros crescentes de casos e óbitos por Covid-19 entre eles.

O grande volume de casos desse agravo na população geral também criou maior demanda de trabalho para os profissionais das áreas de Saúde e de Enfermagem. Isso pode ter contribuído para a maior percepção social ou midiática sobre a importância desses trabalhadores para os sistemas de saúde. Porém, o cenário dramático de quase 50.000 profissionais de Enfermagem (até 14/01/2021)³⁵ afastados dos seus postos de trabalho em decorrência de serem casos confirmados ou, suspeitos ou fazerem parte de grupo de risco da Covid-19, e na pior das situações, devido ao óbito, é indicador das precárias realidades de trabalho desses profissionais. A carga da doença, óbitos, desgaste mental, e a perda de produtividade decorrentes da pandemia da Covid-19 representam ataque direto à dinâmica de funcionamento do SUS e de toda a sociedade. Por isso, a pandemia entre profissionais de Enfermagem abre oportunidades para a reflexão sobre a melhoria de suas realidades de trabalho e formação, apontando a necessidade de garantias mais concretas de valorização do seu papel para o sistema de saúde.

O maior número de casos e óbitos de Covid-19 em profissionais de Enfermagem do que em outras categorias é um indicador das desigualdades do mercado de trabalho e combatê-las resultará no fortalecimento do SUS. Atualmente, a Covid-19 só escancara a precarização histórica das condições de trabalho no setor de Saúde, levando para a mídia os sofrimentos que há bastante tempo são vivenciados por ampla maioria dos profissionais de Enfermagem. Essa condição torna públicas as insalubres realidades de trabalho que em maior e menor graus atingem a totalidade dos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JS, Pires DEP. Tendências do mercado de trabalho para enfermeiros(as): cenário internacional e do Nordeste brasileiro. Belo Horizonte: Ramalhete; 2018.
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Enfermagem em Números. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
3. Silva KL, Cabral IE. National Licensure Exam for Brazilian Nurses: why and for whom?. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2020 Nov 24]; 71(4):1692-9. DOI:
4. Pierantoni CR, Magnago C. Tendências das graduações em Saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul. Saúde Debate. 2017; (57):30-43.
5. Pierantoni CR, França T, Magnago C. Graduações em saúde no Brasil: 2000- 2010. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.
6. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2010. Divulgação dos principais resultados do Censo da Educação Superior 2010. Brasília, 2011 [citado 2020 nov. 24]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2010/divulgacao_censo_2010.pdf.

7. Machado MH (coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS – DAPS – ENSP/Fiocruz; 2017.
8. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2017 - Divulgação dos principais resultados. [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018-pdf/97041-apresentac-a-o-censo-superior-u-ltimo/file>.
9. Lombardi MR, Campos VP. A Enfermagem e os contornos de gênero, raça/cor e a classe social na formação do campo profissional. *Revista da ABET*. 2018 [citado 2020 nov. 24]; 17(1):28-46. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010 [citado 2020 nov. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
11. Pinto LF, Giovannella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [citado 2020 nov. 24]; 23(6):1903-1914. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
12. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [citado 2020 nov. 24]; 23(6):1751-1762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
13. Carneiro VB, Maia CRM, Ramos EMLS, Castelo-Branco S. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [citado 2020 nov. 24]; 23(7):2413-2422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.19052016>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [citado 2020 nov. 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011 [cited 2020 Nov 24]; 37(9779): 1778-1797. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
16. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [citado 2020 Aug 24]; 23(6):1723-1728. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
17. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude soc*. 2015 [citado 2020 nov. 25]; 24(2):413-422. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>
18. Silva EC, Gomes MHA. Deadlocks in the process of health regionalization: local plots. *Saude soc*. 2013 [cited 2020 Nov 25]; 22(4):1106-1116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>
19. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's Unified Health System, SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [cited 2020 Nov 25]; 22(4):1291-1310. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.2652201>

20. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [citado 2020 abr. 20]; 34(6):e00213816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00213816>
21. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil. *Saúde debate*. 2018 [cited 2020 Apr. 20]; 42(spe1):81-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s106>
22. Souza MT, Nogueira MC, Campos EMS. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. *Cad. saúde colet*. 2018 [citado 2020 ago. 24]; 26(3):327-335. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800030248>
23. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguardia J et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [citado 2020 nov. 24]; 35(Suppl 2):e00076118. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00076118>
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 [citado 2020 nov. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
25. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [citado 2020 nov. 24]; 36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>
26. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Wermelinger M et al. Mercado de trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. *Enferm. Foco*. 2016 [citado 2020 nov. 24]; 7(ESP):35-62. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>
27. Arcêncio RA. A enfermagem como profissão do futuro e base de sustentação dos sistemas universais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 [citado 2020 ago. 25]; 26:e3063. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3063>
28. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, Pereira-Júnior GA. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab. Educ. Saúde*. 2019 [citado 2020 nov. 24]; 17(1):e00183. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>
29. Aprile MR, Barone REM. Educação superior: políticas públicas para inclusão social. *Revista @mbienteeducação*. 2009 [citado 2020 nov. 24]; 2(1):39-55. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_educacao/pdf/volume_2_1/6-Rev_v2n1_Maria%20Rita%20-Rosa.pdf.
30. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretriz estratégica para a Enfermagem na Região das Américas Washington, D.C.: OPAS; 2019.
31. Silva MCND, Machado MH. Health and Work System: challenges for the Nursing in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 25, 7-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>

32. Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Ximenes NFRG, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Jan [cited 2020 Dec 08]; 25(1): 25-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>.

33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators* [livro na Internet]. Paris: OECD Publishing; 2019.

34. IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: » <http://cidades.ibge.gov.br> 01 outubro 2020.

35. Cofen. Observatório da enfermagem. Brasília, 14, janeiro 2021. Disponível em: < <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>.

GESTÃO DE PESSOAS EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Meiriele Tavares Araujo

Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Isabela Silva Cancio Velloso

Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Carolina da Silva Caram

Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Márcia dos Santos Pereira

Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Carla Aparecida Spagnol

Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

constante mudança, o enfermeiro defronta-se com muitos desafios que exigem, cada vez mais, desse profissional, uma liderança eficaz e dinâmica, assim como habilidades e competências para a gestão. Tanto os enfermeiros quanto aqueles que estão gerentes de enfermagem necessitam compreender o seu papel significativo para esse setor caracterizados pela escassez de mão de obra, alta rotatividade e absenteísmo, descompassos entre a formação desses profissionais e o mercado de trabalho, bem como as exigências e expectativas crescentes em relação tanto à qualidade e segurança do atendimento e o custo dessa prestação de serviços de saúde.

Os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para planejar, orientar, apoiar e facilitar o desenvolvimento da força de trabalho de enfermagem e do ambiente de trabalho representam um conjunto particular de competências do processo de formação do enfermeiro^{1,2}. De

1 | INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm passado por grandes modificações devido à globalização e modernização e mercantilização do setor de saúde, com aumento da diversidade de serviços ofertados, com padrões de qualidade a serem seguidos e custos a serem racionalizados. Neste cenário em

acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Enfermagem, dentre essas competências, destacam-se: ser capaz de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos; reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; e assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde³.

Ao contrário de outras profissões da área da saúde, os enfermeiros frequentemente executarão tarefas de gerenciamento e planejamento concomitantemente ao seu papel contínuo na prestação de cuidados diretos². Isso deve-se à natureza do seu trabalho ao mesmo tempo de uma dimensão gerencial e assistencial de formas indissociáveis já que esse transita entre a assistência aos usuários dos serviços de saúde, a gerência e organização do trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem. Também cabe considerar o compartilhamento do seu objeto de trabalho – o usuário – com os demais profissionais de saúde ou não, ocupando assim uma posição estratégica na conformação das práticas cotidianas de saúde^{2,4}.

No campo da enfermagem, o conceito de gestão de pessoas em enfermagem está contido de forma inerente ao conceito de gestão ou gerenciamento do cuidado, ou mesmo da gestão ou gerenciamento de enfermagem, que compreende, dentro do processo de trabalho do enfermeiro, a existência das dimensões gerencial e assistencial de sua práxis. A dimensão gerencial é concebida como as ações destinadas à organização do trabalho e dos recursos necessários para a promoção de condições adequadas à prestação dos cuidados de enfermagem ao paciente pela equipe de enfermagem, enquanto a dimensão assistencial refere-se às ações de intervenção nas necessidades do paciente, ou seja, o cuidado de enfermagem⁴. Nesse sentido, a gestão do cuidado em enfermagem é o próprio exercício profissional do enfermeiro contemplado nas ações de planejamento, organização e controle da prestação de cuidados oportuno, seguro e abrangente, de modo a garantir sua continuidade e a dar sustentabilidade às políticas e orientações estratégicas da instituição^{4:331}. Essas premissas colocam para o enfermeiro a demanda de promover uma organização para prática do cuidado por meio do exercício da liderança, seleção de profissionais de acordo com o perfil da unidade, desenvolvimento de capacitações processuais, definição de modelo cuidado para direcionamento da prática da enfermagem, assim como promoção de um ambiente e condições de trabalho cooperativo favorável. Destaca-se o importante papel das relações interpessoais entre o enfermeiro com os integrantes da equipe de enfermagem, profissionais de saúde e paciente para a qualidade e integralidade do cuidado ao usuário⁴.

Os indicadores de qualidade da assistência, assim como os indicadores de gestão de pessoas são uma das estratégias importantes para se avaliar o desempenho da equipe de enfermagem e da gestão. No que concerne aos indicadores de gestão de pessoas disponíveis para o enfermeiro, sua maioria são de natureza quantitativa. De acordo com a literatura, os indicadores geralmente utilizados são motivação para o trabalho, rotatividade, dimensionamento, absenteísmo, presenteísmo, monitoramento de saúde, tempo médio de assistência, carga de trabalho, horas extras, banco de horas, satisfação do trabalho, trabalho em equipe, trabalho de risco e adoecimento⁵. A existência e avaliação desses indicadores pelo enfermeiro podem contribuir também para o enfrentamento dos desafios existentes para o planejamento de pessoal de enfermagem como: absenteísmo, presenteísmo e condições de trabalho, Supervisão de enfermagem e Comunicação.

Em termo conceituais, para Chiavenato⁶, a gestão de pessoas trouxe a ideia de fazer a gestão com e através das pessoas, o que provocou transformações na administração do setor de Recursos Humanos, devendo essa, se adequada, criar um vínculo forte e decisivo entre as pessoas e as organizações. Para esse autor⁶, a gestão de pessoas se baseia em três aspectos fundamentais: as pessoas como seres humanos; as pessoas como ativadores inteligentes de recursos organizacionais; e as pessoas como parceiros da organização^{6:9}. Entretanto, o autor⁶ adverte que os conceitos de gestão de pessoas e gestão de recursos humanos podem não estar correlacionados, pois o primeiro possibilita a evolução do colaborador e de suas competências e habilidades em geral, enquanto o segundo pode estar restrito apenas a política, recrutamento, plano de carreira, banco de talentos, avaliação de desempenho, entre outros. A gestão ainda sofre influência de diversos fatores como a cultura organizacional, a estrutura adotada, as características do cenário, a tecnologia usada, e os processos estabelecidos internamente. Para Dutra⁷, a gestão de pessoas pode ser compreendida como “um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realiza-las ao longo do tempo” 7:17.

Na literatura de enfermagem sobre a gestão de pessoas, observa-se a utilização dos termos administração de Recursos Humanos e gestão de pessoas como sinônimos⁶, o que também será adotado neste capítulo que é compreende as seguintes seções: recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem, avaliação de desempenho em saúde e enfermagem, educação permanente na enfermagem e gerenciamento de conflito organizacional na enfermagem.

2 | RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

A sobrevivência e o sucesso de uma organização estão diretamente relacionados

à qualidade de seu capital humano. Diante da preocupação com a composição de suas equipes, as organizações contemporâneas têm se envolvido em uma busca frenética por talentos, ou seja, por pessoas altamente valiosas para a organização⁸. Esta realidade também tem sido vivenciada pelas organizações de saúde preocupadas com a manutenção de sua sustentabilidade em um contexto altamente dinâmico e competitivo. A composição de equipes de enfermagem qualificada para atender às demandas cada vez mais complexas que envolvem uma assistência de qualidade é um dos grandes desafios enfrentados por essas organizações, bem como por profissionais diretamente envolvidos nos processos de recrutamento e seleção de pessoas.

Embora seja comum a menção a esses dois termos como se os mesmos representassem uma única entidade, na realidade trata-se de processos distintos entre si, que envolvem conhecimentos e técnicas específicos para o seu desenvolvimento.

2.1 Recrutamento

O recrutamento é um complexo sistema de informações, cuja finalidade é atrair candidatos potencialmente qualificados, dentre os quais serão selecionados aqueles que virão a compor o quadro de funcionários de uma organização. É o recrutamento que garante o subsídio básico para a seleção de pessoas, que são os candidatos para uma determinada vaga em aberto. Nesse processo, é necessário que se concentre esforços em identificar e atrair os candidatos mais competitivos⁹. Por meio do recrutamento, divulgam-se no mercado de recursos humanos as oportunidades que uma organização, parte integrante do mercado de trabalho, planeja oferecer para pessoas com determinadas características. Desta forma, se estabelece uma conexão entre o mercado de trabalho e o mercado de recursos humanos⁶.

O recrutamento é precedido pela descrição da função, bem como pela definição do perfil do candidato adequado a ela, o que deve ser compatível com os objetivos da organização. No entanto, com o intuito de não afastar candidatos com potencial, deve-se limitar ao mínimo possível os requisitos considerados indispensáveis. Nesse sentido, é importante considerar que o potencial para a função, aliado ao comprometimento e disponibilidade para o aprendizado, se sobrepõem à qualidade atual do candidato¹⁰. Definido o perfil, a estratégia do recrutamento pode se dar em duas vertentes: recrutamento interno ou externo. O foco do recrutamento interno é busca de competências internas da organização para melhor aproveitá-las, ao passo que o recrutamento externo busca adquirir competências externas⁶.

O recrutamento interno pode se dar por meio de promoções a cargos mais elevados e, portanto, mais complexos na mesma área de atividade já desenvolvida, ou

por transferências entre cargos que, embora sejam do mesmo nível, situam-se em outra área de atividade da organização e envolvem outras habilidades e conhecimentos⁶. O recrutamento interno deve ter alcance global dentro da organização e deve considerar a possibilidade de o candidato interno ter condições de igualar sua performance, em curto de prazo, à do antigo ocupante da função¹⁰.

Um dos pontos altamente positivos do recrutamento interno é o fato de os futuros candidatos já serem conhecidos e terem certa familiaridade com a organização. No entanto, sua divulgação deve ser tão cuidadosa quanto no recrutamento externo, a fim de que tenha potencial para atrair os candidatos mais alinhados com o perfil pretendido e com melhores condições de ocupara a vaga disponível^{9,11}.

Dentre as vantagens do recrutamento interno, pode-se destacar: menor custo em comparação ao recrutamento externo, é mais fácil atrair candidatos, favorece o aproveitamento do potencial humano da organização, motiva e encoraja o desenvolvimento profissional dos atuais funcionários, o conhecimento acerca das habilidades dos candidatos favorece a assertividade da seleção, a integração organizacional dispensa treinamentos introdutórios. Por outro lado, tem-se como desvantagens deste processo: provoca uma escassez de novas ideias, experiências e perspectivas, pode gerar conflitos interpessoais relacionados a disputas internas e pelas diferentes formas de percepção dos fatos e situações, preserva a cultura organizacional vigente e cria um sistema fechado de reciclagem contínua^{6,12}.

Por outro lado, o recrutamento externo vislumbra um amplo contingente de candidatos dispersos no mercado de recursos humanos, o que amplia sobremaneira seu campo de atuação, fazendo necessária a utilização de diversas e diferentes técnicas para influenciar e atrair os candidatos. Entretanto, um dos desafios desse processo é escolher os meios mais adequados, que possibilitem chegar ao candidato desejado e atraí-lo para a organização, onde quer que ele esteja⁶.

Dentre as diversas técnicas e fontes para alcançar os candidatos que mais atendam às demandas organizacionais, pode-se destacar: anúncios na mídia, com foco em jornais e revistas especializadas; afixação de cartazes ou anúncios em quadros de avisos e locais visíveis; contato com agências de recrutamento; intercâmbio com outras empresas; contato com escolas, universidades, agremiações, sindicatos, conselhos e associações profissionais; apresentação de candidatos por indicação de funcionários; recrutamento virtual^{6,12,13}.

As principais vantagens do recrutamento externo são: trazer novas experiências para a organização, renovar e enriquecer seu capital humano, além de aproveitar os investimentos em treinamento e desenvolvimento de pessoas feito por outras organizações

ou pelo próprio candidato. Dentre suas desvantagens, destacam-se o fato de ser mais demorado e mais oneroso; ser menos seguro, uma vez que os candidatos não são conhecidos; pode afetar a política salarial da organização; além de frustrar potenciais candidatos internos, levando a uma diminuição do interesse e motivação por passarem a visualizar barreiras para seu crescimento profissional¹².

2.2 Seleção

Ao passo que o recrutamento se constitui em uma atividade positiva e convidativa, a seleção é restritiva, com muitos obstáculos e desafios envolvendo processos de escolha, classificação e decisão, que farão uma espécie de filtragem de alguns candidatos qualificados para o ingresso na organização, ou seja, os que apresentam as características desejadas. Dessa forma, o processo seletivo deve ser fundamentado em dados e informações sobre o cargo a ser preenchido ou nas competências requeridas e desejadas pela organização⁶.

As especificações do cargo a ser preenchido é pré-requisito indispensável, que subsidiará todo os critérios de seleção, que podem ser compreendidos como as competências necessárias à organização e que balizarão a escolha dos candidatos. Dessa forma, por meio da seleção, busca-se adequar as competências individuais da pessoa às competências organizacionais desejadas e vice-versa¹³.

Como um processo que envolve comparação e decisão, cabe salientar que tais comparação e decisão ocorrem em uma via de mão dupla, ao passo que a organização compara e decide acerca das pretensões dos candidatos e os candidatos comparam e decidem sobre as ofertas da organização a que se candidata⁶.

Em termos de processamento, a seleção se constitui em um processo de comparação entre duas variáveis: os requisitos do cargo, que corresponde à análise e descrição do cargo, e o perfil das características dos candidatos que se apresentam, que será analisado por meio de aplicação de técnicas de seleção^{8,13}. Chiavenato⁸ classifica as técnicas de seleção em cinco grupos: entrevistas, provas de conhecimento ou capacidade, testes psicológicos, testes de personalidade e técnicas de simulação.

É comum a escolha de mais de uma técnica de seleção para cada processo, pois entende-se que cada uma delas pode auxiliar as demais propiciando o levantamento de um amplo conjunto de informações sobre o candidato. Assim, as técnicas escolhidas devem representar o melhor preditor – característica da técnica de prever o comportamento do candidato de acordo com os resultados alcançados quando submetidos a ela – para um bom desempenho futuro no cargo⁸.

Por fim, dentre os vários indicadores possíveis de serem utilizados para a aferição da eficiência e eficácia da seleção, tem-se como métricas diretas da seleção: quantidade de candidatos selecionados, qualidade dos candidatos selecionados, rapidez na seleção dos

candidatos e custo da seleção. Por sua vez, as métricas indiretas envolvem: adequação do candidato selecionado ao cargo, tempo para essa adequação, maior permanência na empresa, melhor aprendizado, maior sucesso do funcionário, valor agregado e retorno do investimento feito em seleção^{6,8}.

3 | AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Na atualidade, os serviços de saúde estão direcionando seus enfoques para o desenvolvimento profissional, entendendo ser esta uma forma de alinhar os objetivos da organização de saúde às expectativas dos indivíduos. Investir nos profissionais facilita o alcance das metas e resultados pretendidos, mas também gera melhor desempenho das funções, alcançando produtividade e promovendo satisfação no trabalho¹⁴. Destaca-se, entre os recursos gerenciais, a avaliação de desempenho para a promoção do crescimento pessoal e profissional do indivíduo, bem como para a qualidade dos resultados dos serviços de saúde¹⁴. Para tal, é importante que os serviços de saúde incorporem a avaliação de desempenho na cultura organizacional de modo a valorizar os avanços e estimular a participação dos profissionais¹⁵.

A avaliação de desempenho é um processo sistemático, que considera o desempenho de um profissional em função da atividade que ele realiza, bem como das metas e dos resultados que ele deve alcançar e das competências que deve mobilizar para o desenvolvimento das organizações⁶. A avaliação de desempenho é um diagnóstico gerencial que envolve a mensuração formal da qualidade do desempenho profissional, baseado em critérios previamente definidos, capazes de direcionar as ações e metas de desenvolvimento¹⁴. No caso da saúde e enfermagem, significa avaliar a qualidade da assistência ofertada.

Ressalta-se que a avaliação de desempenho não é uma estratégia de avaliação unilateral, em que apenas o profissional é julgado por sua performance. A avaliação de desempenho é um processo dinâmico que compõe a gestão de pessoas, sinalizando as competências e habilidade do profissional para aquela função e expondo também fragilidades relacionadas à supervisão e gestão, ao alinhamento entre as pessoas, o serviço e o trabalho, à necessidade de capacitação, às falhas de processos, entre outros. Isto é, torna-se um meio potente de oportunidades de melhoria contínua e de aprimoramento da qualidade do trabalho e de vida nas organizações⁶.

A avaliação de desempenho, por se tratar de um método formal, precisa ser conduzida mediante um instrumento coerente com a política e a filosofia institucional que permita uma avaliação reflexiva e objetiva de desempenho. Tal instrumento precisa ser fundamentado em seis elementos, sendo eles: porquê avaliar; qual desempenho deve ser

avaliado; como avaliar; quem deve fazê-lo; quando deve ser conduzido; como se deve comunicar a avaliação¹⁵.

Existem instrumentos prontos e validados na literatura, mas também podem ser elaborados pela própria instituição, considerando os elementos citados acima, podendo conduzir à uma avaliação descritiva ou ser formulado baseado em um gradiente em que é definido um nível de desempenho¹⁴, sendo os elementos a serem considerados na construção do instrumento descritos no quadro abaixo.

ELEMENTOS	DESCRIÇÃO
Perfil profissional	Descrição das competências esperadas
Prognosticadores	Características técnicas e pessoais
Critérios para avaliação	Definição dos itens a serem avaliados
Técnica de avaliação	Método de condução da avaliação

Quadro 1: Elementos para construção do instrumento para avaliação de desempenho

Fonte: Adaptado de Kurcgant^{14,139}.

No que diz respeito às técnicas de avaliação, estudos apontam para diversos tipos de ferramentas, tais como: avaliação direta praticada pela liderança imediata; por objetivo; conjunta (avaliado e avaliador); por competências; autoavaliação; avaliação 360° e outras^{6,14,16}. Independente das técnicas, os autores criticam avaliações de desempenho tradicionais, tais como escalas gráficas, pesquisa de campo, incidentes críticos, lista de verificação e outras em que imperam processos burocratizados, rotineiros e repetitivos e que consideram os indivíduos em suas particularidades, tratando-os como homogêneos. Sugere-se, então, que as organizações inovem em métodos participativos, criativos e que promovam interação. No contexto da saúde e enfermagem, destaca-se a avaliação por competências e a avaliação 360° como estratégias inovadoras.

A avaliação por competências tem como objetivo identificar as competências dos profissionais no que concerne ao conhecimento, habilidade e atitudes para desenvolver a sua atividade¹⁷. Nessa técnica, as competências para determinada função são definidas e exigidas de todos os colaboradores que exercem as mesmas atividades¹⁶, sendo que sua avaliação favorece a educação em serviço e o desenvolvimento de pessoal^{17,18}. A potencialidade da avaliação por competências está na possibilidade de analisar a aderência e a perícia do profissional para as atividades que ele realiza. Contudo, a instituição precisa delinear de forma clara e específicas as competências exigidas *a priori* para determinada função e alinhá-las ao processo de seleção, recrutamento e desenvolvimento de pessoal,

haja vista que o profissional precisar ter sido selecionado e estar esclarecido das exigências de sua função. Nesse sentido, a instituição deve estar preparada para investir em estratégias de educação em serviço, como a Educação Permanente¹⁸.

A avaliação 360° propõe que o colaborador seja avaliado por todos com os quais, de alguma forma, ele interaja, bem como por si mesmo, com o intuito de agregar informações para a identificação das oportunidades de melhoria em diferentes perspectivas que englobem a prática do profissional^{6,16}. O *feedback* para o colaborador é realizado por meio de relatório contendo os dados compilados que serão a base para a criação de um plano de desenvolvimento pessoal elaborado pelo profissional e sua liderança imediata, incluindo as potencialidades e as necessidades de melhorias. A potencialidade da avaliação 360° está na qualidade das informações que permitem o autodesenvolvimento e na mitigação de avaliações tendenciosas e pessoais. Contudo, esse tipo de avaliação exige um sistema complexo para análise dos dados e de treinamento dos envolvidos, haja vista que eles podem ser conflitivos entre os avaliadores, além de incitar complôs para dar avaliações inválidas^{6,16}. O olhar de diferentes partes interessadas pelo cuidado (profissional, usuários, familiares, equipe, gestores, ouvidoria e outros) tem perspectivas diferentes que abarcam o profissionalismo, as competências, o relacionamento interpessoal e a comunicação desenvolvida.

Para além da técnica adotada, é importante salientar que a relação entre o avaliado e avaliador é fundamental, sendo que o avaliador deve conhecer bem a pessoa que será avaliada e ser capacitado para tal. Isto porque o avaliado é um sujeito ativo e que a todo tempo reflete e interroga a avaliação, uma vez que é uma forma de *feedback* do seu desempenho e de orientação sobre seu futuro profissional^{6,14}. Daí a importância de a avaliação de desempenho ser realizada forma justa e transparente.

Outro aspecto importante é que, embora a avaliação de desempenho seja instituída em momento formal, ela deve acontecer de maneira continuada e pontualmente na ocasião de algum problema para potencializar as chances de melhorias contínuas. Deve ainda ser compreendida em sua possibilidade de transformação e não de exposição das fraquezas do profissional¹⁵. Ademais, deve-se considerar a autoavaliação do indivíduo, uma vez que se trata de seu desempenho e ouvi-lo é uma forma de responsabilizá-lo^{14,15}. Nesse sentido, o diálogo precisa permear o processo em que os sujeitos expressem suas expectativas e que o colaborador obtenha *feedback* direto, claro e justo^{6,16}, em um processo de avaliação de desempenho democrático¹⁵.

A análise dos resultados da avaliação de desempenho é uma fonte de oportunidades de melhorias contínuas dos sujeitos e da instituição, bem como pode traduzir necessidade de educação permanente e até mesmo de movimento de pessoal¹⁴. Trata-se de uma potente

estratégia de gestão de pessoas que precisa ser incorporada na cultura organizacional como uma via de mão dupla entre o serviço e o indivíduo, de modo que as ações sejam construídas de forma coletiva e alicerçada no diálogo e reflexão¹⁵. Dessa forma, a avaliação de desempenho tem relação intrínseca com o desenvolvimento de pessoal nos serviços, devendo-se utilizar de critérios justos e não ser tratada como uma estrutura meramente avaliativa e punitiva, ou apenas um formulário a ser preenchido. Deve ser utilizada como uma prática integradora da gestão de pessoas, envolvendo processos de agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas.

4 | EDUCAÇÃO PERMANENTE DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE PESSOAS

Para melhor compreensão das atuais diretrizes da Educação Permanente da Enfermagem e suas implicações para a gestão de pessoas é importante, inicialmente conhecer como se diferencia ‘Educação Permanente’, de ‘Educação Continuada’ e de ‘Treinamento’. Tais expressões muitas vezes utilizadas, equivocadamente, como sinônimos, além de possuírem diferentes significados, estão fortemente relacionadas aos modelos de gestão de pessoas adotados pelos serviços de saúde e com as concepções pedagógicas sobre educação em que se baseiam.

Para Gil¹⁹ o treinamento é um processo educacional de curto prazo, envolvendo ações que visam deliberadamente ampliar a capacidade das pessoas para desempenhar melhor as atividades relacionadas aos cargos que ocupam. De fato, para Bork²⁰, a expressão ‘Treinamento’ tem sido adotada para se referir à aquisição de habilidades e conhecimentos direcionados para operações técnicas, fazendo parte de uma visão focada no curto prazo²⁰. De acordo com Chiavenato⁶, o treinamento é um meio de desenvolver competências nas pessoas para que elas se tornem mais produtivas, a fim de contribuir melhor para os objetivos organizacionais. Assim, a visão dos autores citados reforça a dimensão por vezes produtivista dos treinamentos dos profissionais de enfermagem. Por sua vez, ‘Educação Continuada’ foi definida em 1978 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)²¹ como um processo permanente de educação, complementando a formação básica, objetivando atualização e melhor capacitação de pessoas e grupos, frente às mudanças técnicocientíficas. Enquanto para Davini²² a ‘Educação Continuada’ é conceituada como o conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual²². Observa-se que, tanto ‘Treinamento,’ como ‘Educação Continuada’, incluem atividades desenvolvidas após a graduação e relacionam-se predominantemente

com ações educativas de atualização, sendo ambas fundamentadas em estratégias metodológicas de educação tradicionais²³.

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foi instituída em 2004 por meio da portaria n. 198, de 13 de fevereiro, e posteriormente substituída pela portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007, constituindo um importante marco na implementação de diretrizes educacionais nos diferentes processos de trabalho em saúde. A educação permanente em saúde (EPS) é referida na PNEPS como uma proposta política e pedagógica baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais e dos processos de trabalho. Portanto, a EPS se configurou como política pública diante da necessidade de se promoverem práticas ancoradas no contexto real dos serviços, dos trabalhadores e das necessidades dos usuários²⁴. Essa política e seus principais autores, Ceccim^{25,26} e Feuerwerker²⁷, buscaram estabelecer uma distinção entre a 'educação continuada em saúde', que seria representante das práticas de educação na saúde realizadas até então e a 'educação permanente em saúde', uma nova proposta e fundamento da política cujo objetivo final era mudar as práticas de saúde no sentido da integralidade e fortalecimento do Sistema único de Saúde²⁸.

Na Enfermagem, a formalização da PNEPS em 2004, impulsionou o conhecimento e a prática da 'Educação Permanente', assim como a realização de estudos com o objetivo de distingui-la da 'Educação Continuada' e analisar suas concepções, pressupostos pedagógicos, estratégias de ensino, origem das demandas e finalidades. Dentre esses estudos, um que buscou analisar as diferenças entre 'Educação Permanente (EP)' e 'Educação Continuada (EC)' na Atenção Básica, que possibilitou concluir que as ações educativas de EP, diferentemente das ações de EC, emergiram dos trabalhadores e de seus locais de trabalho. Desse modo, o processo de trabalho como espaço de aprendizado e ressignificação do próprio trabalho, torna-se característica marcante da EP, além da presença majoritária de estratégias de ensino participativas, que preconizam a reflexão sobre as práticas de saúde em espaços de discussão coletiva²⁹.

Acrescenta-se que a EP dos profissionais de enfermagem deve constituir parte do pensar e fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos e contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças. Assim, os processos de EP da enfermagem impõem às comissões de EP dos serviços de saúde, a necessidade de adoção da concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção coletiva do conhecimento, visando à revisão e ajustes nos processos de trabalho³⁰. Como também a necessidade da instituição investir na capacitação dos enfermeiros no campo da gerência, considerando que os

auxiliares e técnicos de enfermagem manifestaram, entre outras, a preocupação de que o enfermeiro precisa se comprometer com o trabalho da equipe. A capacitação gerencial deve permitir ao enfermeiro a aquisição de competências na área políticogerencial, que permitam visão ampla e integral da instituição e ação mais proativa, na sua relação com os demais trabalhadores de enfermagem, com os outros profissionais da instituição e com o paciente³⁰.

Em síntese, as reflexões e debates sobre o tema da Educação Permanente da Enfermagem e suas implicações para a Gestão de Pessoas sinalizam que um dos maiores desafios dos líderes de enfermagem, é desenvolver e capacitar os talentos humanos que compõe sua equipe. Para tal, alinhados à política institucional, devem direcionar esforços para que as estratégias de educação permanente, promovam a consolidação da cultura de aprendizagem organizacional, enfatizando-se a sinergia entre o desenvolvimento dos profissionais, a revisão dos processos de trabalho e o alcance dos objetivos organizacionais.

5 | GERENCIAMENTO DE CONFLITO ORGANIZACIONAL NA ENFERMAGEM

Para o enfermeiro realizar a gestão da equipe de enfermagem nos diversos serviços de saúde, como respaldado na Lei do Exercício Profissional- nº 7498/86³¹ é imprescindível que esse profissional desenvolva competências como a capacidade de liderança, tomada de decisão e gerenciamento de conflitos, além de desenvolver habilidades de comunicação e escuta, dentre outras consideradas fundamentais para garantir a organização do processo de trabalho e a qualidade da assistência prestada^{32,33}.

No que diz respeito, especificamente, ao gerenciamento de conflitos organizacionais estudos identificaram que os enfermeiros atuam como mediadores em diversas situações conflituosas que ocorrem no ambiente laboral, desde uma escala de serviço em que não há consenso na equipe, até questões mais complexas como agressões e violência no trabalho. No entanto, a maioria destes profissionais mencionou ter dificuldade e não estar preparada para lidar com situações dessa natureza³³⁻³⁶.

Sendo assim, desde a graduação até a educação permanente, torna-se fundamental o enfermeiro no seu processo de formação aprender a gerenciar os conflitos organizacionais e, para isso é preciso inicialmente compreender o que é, como acontece e como se lida com esse fenômeno entre as pessoas ou equipes de trabalho.

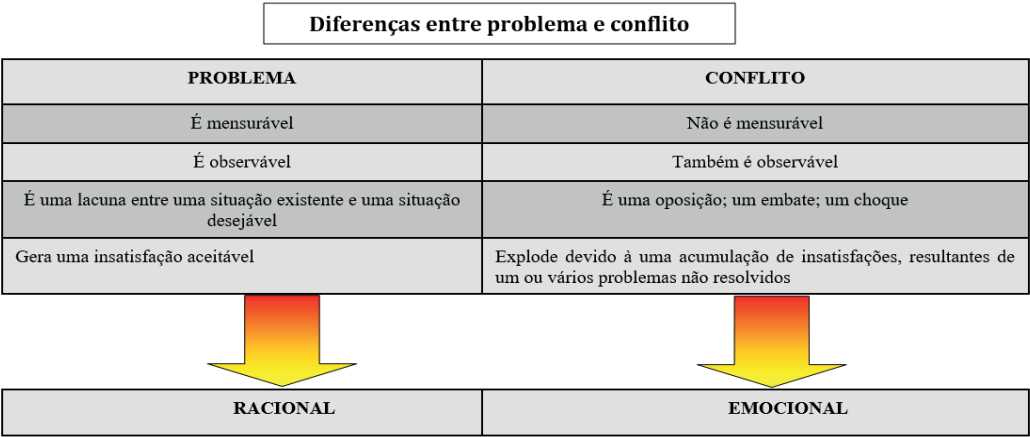
5.1 Conflito nas Organizações de Saúde: Aspectos Teóricos

A palavra conflito etimologicamente é proveniente do latim- *conflictus* e significa falta de entendimento entre duas ou mais partes; choque; luta; enfrentamento; discussão acalorada; alteração³⁷. As primeiras pesquisas sobre esse fenômeno foram realizadas a

partir das guerras ocorridas nas sociedades³⁸. A partir do século XVII a palavra conflito foi utilizada nas relações interpessoais, como um dualismo interior e como antagonismo, no campo intelectual, moral, afetivo ou social, na visão jurídica e psicológica³⁸.

O conflito é conceituado como uma situação de desacordo entre pelo menos duas pessoas que tem objetivos ou questões comuns, mas que os levam entrar em desavença^{38,39}. Assim, é um fenômeno inerente às relações sociais e está presente o tempo todo nos diversos aspectos da vida familiar, social e organizacional⁴⁰. Na gestão de pessoas, além dos gestores compreenderem o conceito de conflito eles também necessitam entender qual a diferença entre problema e conflito, pois estes, frequentemente, são confundidos no processo de trabalho.

Nas organizações, tanto os gestores quanto às equipes de trabalho, às vezes descrevem uma situação como sendo um conflito, quando de fato essa se caracteriza como um problema a ser resolvido. Saber diferenciar essas situações no cotidiano de trabalho contribui para uma tomada de decisão mais assertiva acerca do método de resolução de problema ou estratégia de resolução de conflito a ser utilizado no gerenciamento das equipes e do processo de trabalho. As principais diferenças entre problema e conflito estão apresentadas na Figura 1 abaixo:



Fonte: MARSAN, (2010 p. 24)

Portanto, para que uma situação se caracterize como um conflito ela deve possuir 03 elementos básicos: **ser percebida**, caso contrário não existe conflito; **ter uma interação** entre as partes e **haver uma incompatibilidade** entre as pessoas envolvidas⁴¹.

Além de saber caracterizar as situações de conflito, os enfermeiros necessitam conhecer as causas mais comuns que as desencadeiam, dentre elas destacam-se

estrutura organizacional centralizada; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos; problemas de comunicação; disputa de papéis e de poder; falta de compromisso, de respeito e de valorização profissional; ausência de trabalho em equipe, dentre outras.

Os enfermeiros que ocupam cargos de gestão ou mesmo aqueles que gerenciam o cuidado e coordenam as equipes de enfermagem nos diversos serviços de saúde dispõem de diversas estratégias para lidar com situações de conflito organizacional. O Quadro 01, elaborado a partir da síntese realizada por Spagnol⁴⁰ e Assis e Straub³⁹ em seus estudos, apresenta algumas dessas estratégias conceituadas e descritas na literatura científica:

ESTRATÉGIA	DEFINIÇÃO
Confrontação	Resolução de problemas por meio de uma abordagem frontal entre as partes envolvidas.
Competição	Uma das partes procura atingir seus interesses às custas de outras pessoas. É uma atitude não cooperativa, em que prevalece o uso do poder para vencer.
Compromisso	Estabelece acordo por meio de um terceiro que conduz uma negociação. Ocorre quando cada uma das partes oferece algo e ganha algo em troca, mas alguma das partes pode ficar insatisfeita, dando margem a futuros conflitos.
Colaboração	Os envolvidos colocam de lado suas metas originais e trabalham em conjunto para estabelecer uma meta comum. É uma atitude tanto assertiva quanto cooperativa, pois as pessoas buscam encontrar uma solução que satisfaça plenamente os interesses de todas as partes.
Negociação	Cada uma das partes abre mão de alguma coisa, conciliando as diferenças entre todos os envolvidos.
Transformar as diferenças em resolução de problemas	As divergências individuais ou grupais são compreendidas como enriquecedoras ao invés de competitivas. As situações de conflito passam a ser problemas que podem ser resolvidos de forma criativa e cooperativa.
Reprimir o conflito	As diferenças individuais são encobertas sob o ideal do trabalho em equipe. Não propicia ambientes em que as divergências possam ser expressadas, criando um clima de repressão. Utiliza recompensas para as pessoas que aceitam as normas vigentes e punições para aquelas que tentam quebrar a harmonia da equipe.
Evitação	Procura-se constituir equipes homogêneas, com afinidade de pontos de vista, metas e objetivos, a fim de controlar as relações interpessoais. Evita-se assuntos polêmicos em reuniões, manipulando condições ambientais, físicas e emocionais. Nenhuma das partes alcança o que pretende e as causas do conflito permanecem intactas.
Retirada	Não se tem compromisso com os conflitos evitando-os ao invés de enfrentá-lo. Há uma demora para dar respostas e as situações são deixadas para se resolver com o tempo. O indivíduo se coloca à margem do conflito, adiando-o ou recuando perante situações de ameaça.
Acomodação	É uma atitude autossacrificante, mas cooperativa, em que a pessoa renuncia aos seus próprios interesses para satisfazer os interesses de outros, identifica como um comportamento generoso, altruísta e dócil.

Abrandamento	Enfatiza os interesses comuns, procurando minimizar as diferenças entre os membros
Ganha-perde ou Peso da autoridade	Uma das partes exerce a sua autoridade sobre a outra para eliminar o conflito. As pessoas que estão na posição inferior acabam acatando as condições da pessoa mais forte. A última palavra decisória é dada por uma autoridade competente. A longo prazo esta estratégia acaba enfraquecendo a autoridade do gestor. É uma estratégia nociva, visto que gera sentimento de vingança e ressentimentos ao invés de propiciar consenso e alternativa de solução criativa para o problema.
Perde-perde	Não satisfaz nenhuma das partes envolvidas no conflito, visto que nenhuma das partes concede a vitória à outra. O argumento é “se eu não posso ganhar, o outro também não”. Esse tipo de estratégia deve ser evitado, pois as partes envolvidas estão mais interessadas em impedir que a outra parte vença do que em solucionar efetivamente o conflito.
Ganha-ganha	As partes envolvidas devem confrontar os pontos de vista para sanar as suas divergências. Para que haja a solução todas as pessoas devem expressar suas ideias e sugerir alternativas. O gestor precisa ter habilidade de comunicação, permitindo que seja criada uma atmosfera de confiança, compreensão, colaboração e respeito mútuo entre todos os envolvidos no conflito. É uma estratégia saudável, em que o eu dá lugar ao nós e a solução encontrada beneficia toda a equipe.

Quadro 1. Síntese conceitual de estratégias de resolução de conflito encontradas na literatura científica.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Mesmo conhecendo as estratégias de resolução de conflito é preciso compreender que as situações conflituosas acontecem para além da luta de opostos e das divergências de ideias, valores e percepções entre as pessoas, elas também surgem pelo fato de a organização se constituir por indivíduos que demarcam uma posição, disputam projetos, possuem olhares e ações interessadas. Portanto, conflitos organizacionais são processos dinâmicos e complexos que necessitam ser analisados constantemente pelas equipes inseridas nas organizações, a fim de encontrarem coletivamente estratégias de resolução.

5.2 Matriz de Análise de Conflito: Ferramenta para Gestão com Pessoas

Como dito anteriormente, o conflito é um fenômeno social inevitável, portanto, “é imperativo entender e discernir suas origens para administrá-lo assertivamente, suprimindo suas disfuncionalidades e potencializando os seus efeitos produtivos”^{13:06}. Assim, os conflitos “podem ser conduzidos para uma proposta de caráter produtivo, em que não há ganhadores nem perdedores, e o espaço da reunião de equipe ganha importância nessa produção”, constituindo verdadeiros catalisadores que podem favorecer relações de trabalho mais democráticas^{42:04}.

Nesta perspectiva, os conflitos organizacionais são considerados matéria-prima para os gestores nos serviços de saúde e para facilitar a análise desse fenômeno, corriqueiro

no cotidiano de trabalho, Cecílio⁴³ elaborou uma Matriz de Análise de Conflitos. Essa matriz foi adaptada por Spagnol⁴⁴ em sua tese de doutorado, quando investigou a maneira como os enfermeiros lidavam com os conflitos em um Hospital Público Universitário. Esta matriz é constituída por 08 colunas que foram representadas na Figura 02 e descritas a seguir.

Conflito em análise	Pessoas envolvidas	Causas	Consequências	Como lidou com a situação	Facilidades	Dificuldades	Novas possibilidades de lidar com o conflito

Figura 02: Adaptação da Matriz de Análise de Conflito apresentada por Cecílio (2005) ¹

Fonte: Desenvolvido por autores citados

Primeira coluna: descrever sinteticamente o conflito em análise;

Segunda coluna: listar as pessoas envolvidas;

Terceira coluna: levantar as causas que geraram o conflito;

Quarta coluna: elencar as principais consequências para as relações interpessoais e para o processo de trabalho;

Quinta coluna: discutir como as pessoas envolvidas lidaram com a situação de conflito e identificar quais estratégias de resolução foram utilizadas;

Sexta e sétima colunas: levantar facilidades e dificuldades encontradas para lidar com a situação de conflito;

Oitava coluna: discutir se há novas possibilidades para lidar com a situação conflituosa, apontando possíveis estratégias de resolução que sejam acordadas coletivamente, dentro dos limites de governabilidade da equipe.

A Matriz de Análise de Conflitos não tem o intuito de servir como “receita”, ou mesmo um instrumento de padronização do trabalho. Ao contrário pode se tornar uma ferramenta utilizada na formação do enfermeiro, tanto na graduação como na educação continuada e permanente. Além de se constituir em uma potente ferramenta gerencial, utilizada em reuniões de equipes, que possibilita investir mais nas tecnologias leves e emergir questões que estavam latentes nas organizações.

As tecnologias leves são definidas como aquelas caracterizadas pelas relações sociais no trabalho, produção de vínculo e acolhimento, ou seja, são as tecnologias ligadas à gestão das relações interpessoais⁴⁵. O uso desse tipo de tecnologia e de uma ferramenta

1. Carla Aparecida Spagnol, Eliane Marina Palhares Guimarães, Solange Cervinho Bicalho Godoy (Enfermeiras. Professoras Associadas da Escola de Enfermagem-UFGM) e Joana Angélica Grossi Honorato (Aluna de graduação da Escola de Enfermagem - UFGM. Bolsista do Programa Especial de Graduação da PROGRAD-UFGM)

como a Matriz de Análise de Conflito, pelo enfermeiro gestor, mas sobretudo pelo coletivo de trabalhadores, pode propiciar o desenvolvimento da capacidade de análise, de escuta e diálogo efetivos das equipes.

Portanto, nas organizações de saúde faz-se necessário lidar com os conflitos organizacionais de forma transparente e coletiva. Assim, torna-se fundamental o enfermeiro, gestor do cuidado e das relações da equipe, compreender as nuances das situações de conflitos e analisar essas situações na perspectiva da cogestão, utilizando mais as tecnologias leves ou de relações, o que pode propiciar a (re)construção de uma gerência mais participativa na saúde e na enfermagem.

REFERENCIAS

1. Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher ML. Competence-based human resource management in nursing: A literature review. *Nurs Forum*. 2019 Jan;54(1):91-101. doi/10.1111/nuf.12302
2. Reid UV, Weller B. Nursing human resources planning and management competencies [Internet]. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2010. [citado em 2020 ago 3]. Disponível em: <https://www.hrresourcecenter.org/node/3399.html>
3. Ministério da Educação (BR). Parecer CNE/CES nº. 03, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União 09 nov 2001; Seção 1:215. [citado em 2020 ago 3]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
4. Mororó DD de S, Enders BC, Lira ALB de C, Silva CMB da, Menezes RMP de. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta paul. enferm.* 2017 Mai/Jun [citado em 2020 jul 30]; 30(3): 323-332. doi:10.1590/1982-0194201700043
5. Carmo HO, Silva KG, Lemos SH, Silva CF. Indicadores de Gestão de pessoas: Ferramentas essenciais no trabalho do enfermeiro. *Rev.H-TEC Humanidades e Tecnologia*. 2018 Dez [citado em 2020 ago 3];20;2(1):64-81. Disponível em: <https://www.revista.fateccruzeiro.edu.br/index.php/htec/article/download/73/41>
6. Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos na organização. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2014.
7. Dutra JS. Gestão de Pessoas: modelos, processos, tendências e perspectivas. 1ª ed. 10ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2012
8. Chiavenato I. Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal: como agregar talentos à empresa. 8.ed. Barueri, SP: Manole, 2015.
9. Ribeiro A de L. Gestão de pessoas. 2ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.
10. Moreira FG. A importância da gestão estratégica no recrutamento e seleção de pessoas nas organizações. *Rev. Práticas de Administração Pública*. 2017 Mai./Ago [citado em 2020 ago 3]; 1(2): 57-70. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/pap/article/view/26482>

11. Paula A de A, et al. Recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoas: Estudo de caso em uma microempresa brasileira do ramo de tecnologia de informação. *Rev.Espacio*.2015 [citado em 2020 ago 3];36(6):14. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a15v36n06/15360614.html>
12. Muscalu E. Sources of human resources recruitment organization. *Rev. Academiei Fortelor terestre*. 2015[citado em 2020 ago 3];3(79):351-59. Disponível em: https://www.armyacademy.ro/reviste/rev3_2015/MUSCALU.pdf
13. Marras JP. Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico. 15ªed. São Paulo: Saraiva, 2016.
14. Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. 3ª ed [Reimpr]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
15. Cardoso ASF, Dall'Agnol CM, Neves ET, Moura GMSS, Olschowsky A, Kaiser DE. O processo de avaliação de desempenho à luz do referencial freiriano: com a palavra, os profissionais de saúde de um hospital público. *REME – Rev Min Enferm*. 2019 Fev;23:e-1160. doi: 10.5935/1415-2762.20190008
16. Marafijo EF, Stefano SR. Avaliação de desempenho: estudo de caso sobre a percepção de colaboradores e gestores da enfermagem de uma instituição hospitalar filantrópica. *RAHIS - Rev. de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. 2018 Mar;15(3):48-65. doi: 10.21450/rahis.v15i3.4645
17. Henriques SH, Soares MI, Leal LA. Avaliação da aplicabilidade da versão portuguesa de um questionário de competências para enfermeiros hospitalares. *Texto & contexto enferm*. 2018 Ago; 27(3): e2140017. doi: 10.1590/0104-070720180002140017
18. Soares MI, Leal LA, Resck ZMR, Terra FS, Chaves LDP, Henriques SH. Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019 Out;27:e3184. doi:10.1590/1518-8345.3173.3184.
19. Gil, AC. Gestão de Pessoas, enfoque nos papéis profissionais. São Paulo, Atlas, 2010.
20. Bork AMT. Enfermagem de Excelência: da visão à ação. Minatel, VM (org). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
21. Organização Pan-americana de Saude. Educacion Continua: guia para la organizaci6n de programas de educaci6n continua para el personal de salud [Internet]. Washington, DC: Organizaci6n Panamericana de la Salud,1978. 113p. citado em 2020 ago 3. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/38259/13189.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Davini MC. Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores. 1ed.Buenos Aires, Santillana, 2008. Citado em 2020 ago 3. Disponível em: <https://elegirladocencia.files.wordpress.com/2014/09/davini-maria-cristina-metodos-de-ensenanza.pdf>
23. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004 Set/Out; 57(5):605-10. doi:10.1590/S0034-71672004000500018.
24. Figueiredo EBL, et al. Dez Anos da Educação Permanente como Política de Formação em Saúde no Brasil: Um Estudo das Teses e Dissertações. *Trab. Educ. Saúde*. 2017 Jan/abr; 15(1):147-162. doi:10.1590/1981-7746-sol00036

25. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. [Internet] 2005 [citado em 2020 ago 3]; 9(16):161-177. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>
26. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005 Out/Dez; 10(4):975-986, doi:10.1590/S1413-81232005000400020
27. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2004 Jan/Jun; 14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004
28. Cavalcanti F de OL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção da organização Pan-Americana da Saúde. Trab. Educ. Saúde. 2018 Jan/abr; 16(1):99-122. doi:10.1590/1981-7746-sol00119
29. Peduzzi M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ.2009 Jul/Set; 13(30):121-34. doi:10.1590/S1414-32832009000300011
30. Ricaldoni CAC, Sena RR. Uma Ferramenta para Pensar e Agir no Trabalho de Enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 Nov/Dez;14(6):837-42. doi:10.1590/S0104-11692006000600002
31. Presidente da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1986 jun.26 [citado em 2020 ago 3]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
32. Spagnol CA, SOARES NA, SILVEIRA BV. Competências e habilidades para a gestão de pessoas: a utilização de metodologias ativas no ensino de administração em enfermagem. In: Spagnol CA, Velloso ISC. Administração em enfermagem: estratégias de ensino. 1ª ed. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2014, p.71-83.
33. Teixeira NL, Silva MM, Dragnov PB. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. Rev. Adm. Saúde. [Internet]. 2018 [citado em 2020 Jun 26]; 18(73):1-12. Disponível em: <http://cqhq.org.br/ojs2.4.8/index.php/ras/article/view/138/191>
34. Lopes RS, Albino LRM, Menezes HF, Ribeiro MCM. O enfermeiro mediando conflitos e relações de poder entre a equipe multiprofissional no Centro Cirúrgico. Rev Enferm UFPE. 2015; 9(8):8824-30. doi:10.5205/1981-8963-v9i8a10667p8824-8830-2015
35. Lorenzini E, Mientkewic GA, Deckmann LR, Bazzo KO, Silva EF. Conflitos na equipe de enfermagem: revisão integrativa. Rev.Eletrônica Gestão & Saúde. [Internet]. 2015 [citado em 2020 Jun 26]; 6(2):1764-73. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3011>
36. Spagnol CA, Santiago GR, Campos BMO, Badaró MTM, Vieira JS, Silveira APO. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev. Esc Enferm USP. 2010 Set; 44 (3):803-11. doi: 10.1590/S0080-62342010000300036.
37. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. p.797.

39. Assis AF, Straub A. Gestão de conflitos: a oportunidade de aprendizagem através da exploração de divergências. *Rev FAE*. [Internet]. 2016 [citado em 2020 Jun 26];19(2):220-231. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/106>
38. Marsan C. *Gérer et surmonter les conflits*. 2. ed. Paris, FR: Dunod, 2010.
40. Spagnol CA, L'Abbate S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. *Cienc. Cuid Saúde*. [Intenet]. 2010;9(4):822-27. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i4.7721
41. Boccato SBG. Como gerenciar um grupo em conflito. In: Malagutti W, Caetano KC. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Rubio; 2009. p. 85-100.
42. Silva IS, Arantes CIS, Fortuna CM. O conflito como possível catalisador de relações democráticas no trabalho da equipe de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 Mar; 53:e03455. doi:10.1590/S1980-220X2018003403455
43. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde? *Cad. saúde pública*. 2005; 21 (2): 508-16. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200017
44. Spagnol C.A. *A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus "nós"?* 2006. [Tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
45. Merhy EE. *Saúde- a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002. 189 p.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

João Lucas Campos de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

Ana Maria Müller de Magalhães

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

Nery José de Oliveira Júnior

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Santa Casa de Misericórdia. Porto Alegre, RS, Brasil

Daniela Silva dos Santos Schneider

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil

Carlise Rigon Dalla Nora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

INTRODUÇÃO

O trabalho gerencial do enfermeiro, além de competências relacionais, permeia muitos meios e instrumentos, os quais são aplicados a diversas facetas e recursos inerentes ao labor, sejam eles de ordem direta ao cuidado ou indireta, tais

como alguns inerentes à administração de recursos humanos. Neste âmbito, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma das ações elementares, pois se constitui em um processo sistemático de previsão (planejamento) de pessoal em termos quantitativos (número) e qualitativos (nível de formação, categoria profissional) para prover a assistência de enfermagem qualificada e segura a uma determinada clientela, além de prezar pela segurança dos trabalhadores¹.

Apesar de ser uma das ações de gestão de pessoas mais evidentemente vinculada à prestação do cuidado direto, já que a adequação de pessoal tende a interferir na qualidade assistencial², sabe-se que, quando enfermeiros e gestores de enfermagem não reconhecem os métodos e variáveis inerentes ao dimensionamento de pessoal, fragiliza-se o potencial de negociação e de melhorias no capital humano dos serviços de enfermagem³⁻⁴. Não menos importante, na inexistência e/ou

ineficiência do dimensionamento, as lideranças responsáveis pela aprovação do quadro de pessoal assumem os riscos dos quais usuários/pacientes e trabalhadores são expostos por isso¹.

No contexto brasileiro, a elevação da carga de trabalho de enfermagem – usualmente relacionada à desproporção/desajuste do quantiquantitativo de trabalhadores – já esteve estatisticamente associada a piores resultados assistenciais e gerenciais, tais como aumento da média de permanência e da taxa de infecção urinária, além da diminuição da satisfação do paciente hospitalizado⁵. Por outro lado, o incremento de 40% no quantitativo de enfermeiros e 16% de técnicos de enfermagem resultou, em hospital de grande porte no Rio Grande do Sul, na redução nos afastamentos por doença, no total do banco de horas excedentes, bem como em diminuição nas taxas de lesão por pressão, na incidência de quedas e nas infecções relacionadas ao uso de sonda vesical de demora, para os pacientes².

Na Finlândia, constatou-se chance acrescida de incidentes (10% a 30%) e de mortalidade de pacientes (40%) quando os valores da carga de trabalho de enfermagem estavam acima do nível ideal, mensurada por um sistema denominado RAFAELA⁶. Ademais, estudo que compilou dados de 300 hospitais em nove países da Europa atestou que em hospitais nos quais 60% dos enfermeiros tinham diploma de bacharel e cuidavam de uma média de seis pacientes a mortalidade de pacientes seria até 30% menor do que nos locais onde 30% dos enfermeiros tinham diploma de bacharel e assistiam uma média de oito pacientes por turno⁷.

A carga de trabalho de enfermagem é um construto multifatorial e complexo⁸⁻⁹, além de recorrentemente citada como a medida cerne para o planejamento da força de trabalho da categoria¹⁻⁵, logo, é uma variável central no processo de dimensionamento de pessoal. A carga de trabalho pode ser aferida por muitas vertentes, desde a razão/proporção entre o número de pacientes atribuído por profissional; a especialidade/tipo de unidade de trabalho e tarefas; a complexidade clínica/dependência de cuidados de pacientes; até meios mais sistêmicos que consideram a junção destas e outras métricas mais específicas, como características ambientais⁸.

Destaca-se que outros aspectos laborais também já foram relacionados como constituintes da carga de trabalho de enfermagem, tais como demandas cognitivas e físicas do trabalho, além do tempo dispensado para a execução das atividades de cuidado (in)direto e àquelas não relacionadas ao paciente⁹. Acredita-se que esta definição está, em parte, alinhada à normatização do dimensionamento de pessoal vigente no Brasil, a qual apesar de considerar elementos inerentes à organização, ao serviço de enfermagem e clientela, dá evidente protagonismo à variável tempo para a definição dos quadros de

pessoal¹⁰.

Em “contrapartida” ao exposto, é prudente sinalizar que estudos brasileiros robustos e recentes sediados no estado de São Paulo verificam que algumas atividades (e, portanto, tempo) de enfermagem não são necessariamente consideradas no processo de dimensionamento¹¹⁻¹³. Isso denota que o aparato técnico-legal relacionado ao dimensionamento precisa ser continuamente revisado/atualizado, tal como ocorreu em relação aos parâmetros brasileiros de 2004 para 2017, ponderado como um avanço para a profissão⁴. Para tanto, considerando a relevância de enfermeiros, acadêmicos e gestores de enfermagem apreenderem o dimensionamento de recursos humanos, este capítulo intenta abordar, de forma teórico-prática, o dimensionamento de pessoal em diferentes espaços de trabalho da enfermagem.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Em hospitais, mais precisamente nas unidades de internação críticas ou não, existe a característica eminente da permanência do paciente para o seu processo diagnóstico-terapêutico, o que envolve de forma incisiva a atuação da equipe de enfermagem como a única que presta cuidados nas 24 horas do dia. Para tanto, no dimensionamento de pessoal nestes ambientes, ainda que características inerentes à organização e o serviço de enfermagem (como a jornada de trabalho semanal, ausências de trabalhadores, ocupação e porte hospitalar, por exemplo) sejam necessárias e/ou intervenientes, a mensuração da carga de trabalho da equipe – que é uma variável elementar para o dimensionamento – é, em essência, obtida em acordo ao nível de complexidade assistencial e/ou de dependência de cuidados, e isso se dá por meio dos Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP)^{1,4,10}.

O SCP é um meio de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo dispendido no cuidado direto e indireto, bem como auxiliar na projeção o quantitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente¹⁴. É, portanto, um instrumento de gerenciamento do cuidado e dos serviços de enfermagem, uma vez que viabiliza a estimação das necessidades diárias de cuidado dos pacientes classificados nas diferentes categorias, e também, de carga de trabalho da enfermagem¹⁵. De forma geral, são instrumentos dispostos no formato de escala, na qual a avaliação pelo enfermeiro sobre áreas/domínios de cuidado atribui um escore de pontuação, que reflete uma classificação do paciente em um determinado nível/categoria de dependência, conforme exemplo:

ÁREA DE CUIDADO	GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer Segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA	EV contínua ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	IM ou VO

Figura 1: Sistema de Classificação de Pacientes¹⁵ recomendado pela Resolução nº 543/2017 do COFEN¹⁰.

A Resolução vigente (nº 543/2017) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)¹⁰ que atualiza e trata dos parâmetros e métodos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem no Brasil sugere a utilização de cinco SPC, sendo três destes aqui compreendidos como SCP “gerais”¹⁵⁻¹⁷, já aplicados em muitos contextos de internação hospitalar e de amplo reconhecimento nacional; um SCP focalizado no cuidado pediátrico¹⁸; e outro, na assistência de enfermagem psiquiátrica¹⁹. É oportuno salientar, no entanto, que a evolução do conhecimento científico é concreta e isso repercute inclusive no contexto dos SCP. Assim, recentemente observa-se, por exemplo, a validação de instrumento para classificação de binômios (puérpera-neonato) em Alojamento Conjunto/Maternidade²⁰; e também que há a “versão 2” (atualizada)(21) do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos antes citado¹⁹.

Outra questão importante de ser considerada que sobressai às normas brasileiras vigentes diz respeito ao *Nursing Activities Score* (NAS)²² que não é necessariamente um SCP e não consta na Resolução atual do COFEN, mas é um instrumento de medida de carga de trabalho no cenário de cuidados críticos de reconhecimento internacional, e já utilizado no Brasil para dimensionar a equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva adulto²³, pediátrica²⁴ e neonatal²⁵. Ainda, existem experiências bem-sucedidas de emprego estratégico de SCP para diferentes realidades, como o caso da validação (devidamente autorizada pela autora e mantendo-se o instrumento original) de parâmetros/critérios para o preenchimento do SCP de Perroca²⁶.

Na normatização nacional vigente, consta-se a classificação do paciente mediada por

um determinado SCP em cinco gradações: **cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados de alta dependência, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos**. Essa gradação reflete o nível/grau de dependência de cuidados de enfermagem, em 24 horas, sendo evidentemente crescente; e é baseada, entre outros, em características de (não) autossuficiência do paciente a respeito de suas necessidades humanas básicas^{10,15}.

A classificação do paciente, como já mencionado, é o meio fundamental para obtenção da carga de trabalho de enfermagem no dimensionamento de pessoal hospitalar, neste caso, normatizada atualmente em horas de cuidado requeridas em um dia, da seguinte forma: 4 horas de enfermagem/dia para cada paciente de cuidados mínimos; **6 horas de enfermagem/dia** para cada paciente de cuidados intermediários; **10 horas de enfermagem/dia** para cada paciente de cuidados de alta dependência; **10 horas de enfermagem/dia** para cada paciente de cuidados semi-intensivos; e **18 horas de enfermagem/dia** para cada paciente de cuidados intensivos¹⁰.

Correlatamente, a Resolução vigente também estabelece parâmetros de proporção de pacientes/profissionais de enfermagem, a saber: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes de cuidados mínimos; 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes de cuidados intermediários; 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes de cuidados de alta dependência; 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes de cuidados semi-intensivos; e 1 profissional de enfermagem para 1,33 pacientes de cuidados intensivos¹⁰.

Antes da resolução vigente, o período para classificação de pacientes a ser considerado para fins de dimensionamento era de, no mínimo, 120 dias (quatro meses)²⁷. Na normatização atual esse período não parece claro para o cenário de internação hospitalar, no entanto, autores célebres que tratam com expertise pioneira no assunto recomendam o mínimo de **30 dias de série histórica** de classificação de pacientes¹. Ainda, a resolução vigente cita o período de série histórica de quatro a seis semanas para unidades assistenciais especiais, o que não é o caso de unidades de internação, mas pode ser interpretado como um parâmetro¹⁰. Isso é importante para que os responsáveis pelo dimensionamento tenham uma base sólida/fiel sobre a carga de trabalho da equipe a ser projetada.

Considerando uma média diária de pacientes, por categoria de cuidados do SCP, é possível calcular o Total de Horas de Enfermagem (THE), em acordo a seguinte equação:

$$THE = [(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)]$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

É importante salientar que, no desdobramento/cálculo do dimensionamento de

pessoal, utiliza-se a **média diária** de pacientes, por categoria do SCP. Portanto, o produto da soma de todas as classificações por nível de dependência dividido pelo número de dias de classificação, o que é multiplicado pelo parâmetro de horas de enfermagem de cada categoria. Por exemplo, no cálculo do THE supracitado, multiplica-se a média de Pacientes de Cuidados Mínimos (PCM) por 4, que é o parâmetro de horas de enfermagem em um dia, por paciente. Isso vale para Pacientes de Cuidados Intermediários (PCI), Pacientes de Cuidados de Alta Dependência (PCAD), Pacientes de Cuidados Semi-Intensivos (PCSI) e Pacientes de Cuidados Intensivos (PCIt), ou seja, cada média diária de pacientes sendo devidamente multiplicada pelo valor/parâmetro de horas de enfermagem da Resolução vigente¹⁰. A soma de todas as multiplicações é o THE, portanto, o valor total de horas requeridas/necessárias de enfermagem em uma unidade de internação, em um dia.

Para o cálculo do Quadro de Pessoal (QP) (o quadro dimensionado) em si, outras variáveis devem ser conhecidas, tais como: **a jornada de trabalho semanal**, os **dias da semana trabalhados** (neste caso hospitalar, será uma constante de sete), e o **Índice de Segurança Técnico** (IST). O IST é um adicional ao quadro de pessoal para suprir as ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem e não deve ser inferior a **15%**, valor este que se refere a 8,3% de ausências por férias e 6,7% pelo absenteísmo, ou seja, ausências não previstas¹⁰.

Ao conhecimento dos valores/variáveis antes expostos, é possível identificar a Constante de Marinho (KM) que um é coeficiente deduzido em função do tempo disponível do trabalhador e cobertura das ausências¹⁰. A KM é utilizada para efetivar o cálculo do dimensionamento propriamente dito, segundo uma equação própria descrita a seguir. Para o cálculo da KM, utiliza-se a seguinte equação:

$$KM_{(UAI)} = \frac{DS \times (1 + IST)}{CHS}$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

Onde, $KM_{(UAI)}$ = Constante de Marinho para unidades de atendimento ininterrupto (como a internação); DS = Dias da semana (no caso hospitalar, serão sete); CHS = Carga horária (jornada de trabalho) semanal, comumente na enfermagem de 20h, 24h, 30h, 36h, 40h ou 44h; e 1 + IST significa o fator de ajuste matemático sobre o IST, que, se de 15% (0,15), será 1,15. Assim, considerando a fórmula de cálculo da KM, as jornadas de trabalho expostas, os sete dias de semana trabalhados em hospitais e o IST mínimo de 15%, a KM toma os seguintes valores pré-determinados para unidades de assistência ininterrupta (como a internação hospitalar):

KM_(UII)	Valor
KM(20)	0,4025
KM(24)	0,3354
KM(30)	0,2683
KM(36)	0,2236
KM(40)	0,2012
KM(44)	0,1829

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

É prudente ressaltar que os valores já pré-determinados de KM pela Resolução valem para quando se considera o IST mínimo de 15%. Em caso de necessidade e/ou intenção de buscar IST maior (já que não pode ser menor), autores sugerem fórmula própria para cálculo desta métrica¹ e, inclusive, foi recentemente constatado por pesquisa paulista IST superior ao valor mínimo da Resolução vigente²⁸.

Definido o Total de Horas de Enfermagem (THE) e a Constante de Marinho (KM), é possível calcular o Quadro de Pessoal (QP) de enfermagem de unidades de internação, por meio de duas equações, sendo a primeira:

$$QP_{(UI / SCP)} = THE \times KM_{(UAI)}$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

Ainda, existe a possibilidade de se obter os mesmos resultados em acordo à relação proporcional de profissionais de enfermagem por paciente:

$$QP_{(UI)} = \left\{ \left[\left(\frac{PCM}{6} \right) + \left(\frac{PCI}{4} \right) + \left(\frac{PCAD}{2,4} \right) + \left(\frac{PCSI}{2,4} \right) + \left(\frac{PCIt}{1,33} \right) \right] \times \left(\frac{PF \times DS}{CHS} \right) \times (1 + IST) \right\}$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

A equação acima exposta também chega no resultado esperado do Quadro de Pessoal (QP). Utiliza as médias diárias de pacientes de cuidados por categoria de cuidado, dividindo-as pelas proporções normatizadas; e, considera o período de funcionamento (PF – 24 horas), dias da semana (DS – sete dias); Carga Horária Semanal (CHS – a contratual da equipe); e o IST ajustado¹⁰.

Aplicando-se qualquer uma das equações supracitadas para definição do QP, será obtido o total de trabalhadores de enfermagem dimensionado na unidade de internação. Este total, por sua vez, deverá ser ajustado às proporções de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, ou seja, a dimensão qualitativa do dimensionamento de pessoal. A categoria que obtiver a maior carga de trabalho na unidade (como demanda de horas

de enfermagem/dia) deverá ser considerada para a definição proporcional, normatizada da seguinte forma: **33% de enfermeiros para cuidados mínimos e intermediários** (com no mínimo seis profissionais), e os demais, técnicos/auxiliares de enfermagem; **36% de enfermeiros para cuidados de alta dependência**, os demais, técnicos/auxiliares de enfermagem; **42% de enfermeiros para cuidados semi-intensivos**, e os demais, técnicos de enfermagem; e, **52% de enfermeiros para cuidados intensivos**, e os demais, técnicos de enfermagem¹⁰. Assim, chega-se ao dimensionamento final e os responsáveis pela gestão de pessoal de enfermagem podem trabalhar na alocação, distribuindo os profissionais em turnos, em acordo às normas institucionais, demanda de trabalho por turno e as legislações trabalhistas.

EXEMPLO PRÁTICO

Considere uma Unidade de Internação Médico-Cirúrgica de 40 leitos para adultos que utiliza o SCP de Fugulin¹⁵ para classificação diária de pacientes. A jornada de trabalho/carga horária da equipe de enfermagem é de 36 horas semanais. Considere como determinado o IST mínimo de 15% para suprimento de ausências previstas e não previstas da equipe. A classificação de pacientes, por 30 dias, resultou em:

Dia	PCM	PCI	PCAD	PCSI	PSIt	Total
1	15	13	8	2	-	38
2	15	13	9	2	-	39
3	15	13	9	2	-	39
4	17	14	8	1	-	40
5	17	14	8	1	-	40
6	15	14	9	1	1	40
7	15	13	9	2	1	40
8	15	14	9	1	1	40
9	16	14	10	-	-	40
10	16	14	10	-	-	40
11	14	14	9	1	-	38
12	14	14	9	1	1	39
13	14	14	9	1	1	39
14	14	16	9	1	-	40
15	14	16	9	1	-	40
16	14	16	9	1	-	40
17	16	14	9	1	-	40
18	16	14	9	1	-	40

19	16	14	7	2	1	40
20	16	14	7	2	1	40
21	16	14	7	2	1	40
22	16	14	8	2	-	40
23	16	14	8	1	1	40
24	16	14	8	-	1	39
25	18	15	7	-	-	40
26	18	15	7	-	-	40
27	16	14	7	2	1	40
28	16	14	7	2	1	40
29	16	13	6	2	2	39
30	16	14	9	1	-	40
Total	468	423	249	36	14	1190
Média Diária	15,6	14,1	8,3	1,2	0,46	39,6

Etapa 1: Se embase nas médias diárias de cada categoria do SCP e os parâmetros de horas de enfermagem¹⁰ de cada uma delas para calcular o Total de Horas de Enfermagem (THE) requerido na unidade:

$$THE = [(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)]$$

$$THE = [(15,6 \times 4) + (14,1 \times 6) + (8,3 \times 10) + (1,2 \times 10) + (0,46 \times 18)]$$

$$THE = [62,4 + 84,6 + 83 + 12 + 8,28]$$

$$THE = 250,28 \text{ horas de enfermagem/dia.}$$

Etapa 2: Identifique os dias de semana (DS) trabalhados, a jornada de trabalho/carga horária semanal (CHS) e o Índice de Segurança Técnico (IST) para definir a Constante de Marinho (KM). Na sequência, o cálculo da KM para esclarecimento, mas lembre-se que para unidades de atendimento ininterrupto (UAI) e IST mínimo de 15% os valores de KM seguem pré-definidos em Resolução para a maior parte dos regimes contratuais (jornadas de trabalho) da enfermagem brasileira¹⁰.

$$KM_{(UAI)} = \frac{DS}{CHS} \times (1 + IST)$$

$$KM_{(UAI)} = 7 / 36 \times (1,15)$$

$$KM_{(UAI)} = 0,1944 \times 1,15$$

$$KM_{(UAI)} = 0,2236.$$

Etapa 3: Calcule o Quadro de Pessoal (QP) dimensionado na unidade de internação exemplificada, que utiliza SCP, lembrando-se do arredondamento matemático universal quando o resultado tiver que ser número absoluto, como no caso de trabalhadores:

$$QP_{(UI/SCP)} = THE \times KM_{(UAI)}$$

$$QP_{(UI/SCP)} = 250,28 \times 0,2236$$

$$QP_{(UI/SCP)} = 55,9$$

$$QP_{(UI/SCP)} \cong 56 \text{ profissionais de enfermagem.}$$

Veja o mesmo resultado arredondado utilizando-se a contraprova (método pela relação de proporção profissional/paciente), a qual, além das proporções de pacientes (por categoria do SCP) por cada trabalhador de enfermagem, considera o período de funcionamento da unidade (PF – 24h) dias da semana (DS – 7) e a carga horária semanal (neste caso, 36h), além do IST ajustado matematicamente:

$$QP_{(UI)} = \left\{ \left[\left(\frac{PCM}{6} \right) + \left(\frac{PCI}{4} \right) + \left(\frac{PCAD}{2,4} \right) + \left(\frac{PCSI}{2,4} \right) + \left(\frac{PCIt}{1,33} \right) \right] \times \left(\frac{PF \times DS}{CHS} \right) \times (1 + IST) \right\}$$

$$QP_{(UI)} = \{ [(15,6 / 6) + (14,1 / 4) + (8,3 / 2,4) + (1,2 / 2,4) + (0,46 / 1,33) \times (24 \times 7 / 36) \times (1 + 0,15)] \}$$

$$QP_{(UI)} = \{ [(2,6 + 3,52 + 3,45 + 0,5 + 0,34) \times (4,66) \times (1,15)] \}$$

$$QP_{(UI)} = 10,41 \times 5,35$$

$$QP_{(UI)} = 55,6$$

$$QP_{(UI)} \cong 56 \text{ profissionais de enfermagem.}$$

Etapa 4: Ajuste o quadro de pessoal geral às proporções de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Para isso, utilize a categoria de cuidado do SCP que obteve maior carga de trabalho na unidade. Neste caso, foi a de cuidados intermediários (84,4 horas/dia – equação com o THE – e/ou razão de 3,52 – equação com as relações de proporção). Assim, utilize o percentual de enfermeiros disposto na normatização vigente relacionado à esta categoria, que é de 33%(COFEN, 2017).

$$QP_{(UI/SCP)} = 56$$

$$\text{Enfermeiros} = 56 \times 0,33$$

$$\text{Enfermeiros} = 18,4$$

$$\text{Enfermeiros} \cong 18$$

$$\text{Técnicos/Auxiliares de Enfermagem} = 56 - 18$$

$$\text{Técnicos/Auxiliares de Enfermagem} = 38.$$

Com base no dimensionamento geral e dividido por categorias profissionais, pode-se viabilizar a alocação de pessoal por turnos, como por exemplo: manhã, tarde, noite 1 e noite 2. Ou, dia 1, dia 2, noite 1 e noite 2 e noite 3. Isso, a depender da dinâmica de trabalho do serviço de enfermagem dimensionado. Caso existam características bem definidas de volume de trabalho demandado por turnos, tais como: admissões/altas mais frequentes, cuidados especiais e/ou de maior dispêndio de tempo (exemplo: banho no leito), procedimentos, exames, etc., também merecem ser considerados na alocação de pessoal.

É prudente destacar algumas particularidades normativas que se aplicam ao dimensionamento na internação, tais como: classificar pacientes pediátricos menores do que seis anos, independente da presença de acompanhante, como, no mínimo, cuidados intermediários; e, em alojamentos conjuntos (tais como maternidades) classificar o binômio mãe-neonato como, no mínimo, cuidados intermediários. Além disso, ressalta-se a necessidade de o responsável técnico pelo serviço de enfermagem dispor de no mínimo 5% do quadro geral de enfermagem da instituição para suprir situações relacionadas à rotatividade e capacitação de pessoal, bem como, em unidades assistenciais cujo 50% ou mais de pessoal seja composto por trabalhadores com idade superior a 50 anos ou 20% do quadro possua alguma limitação para o exercício das atividades, deve ser acrescido 10% adicional ao total do quadro de pessoal¹⁰, ou seja, para além do IST.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Tal como em outros âmbitos, no dimensionamento de recursos humanos enfermagem em Centro Cirúrgico (CC) o enfermeiro precisa ter o conhecimento das atividades desenvolvidas e a carga de trabalho exercida para prever o quantitativo de pessoal necessário para prestar o atendimento seguro e qualificado²⁹.

Na ótica do dimensionamento de pessoal, o CC é uma das unidades especiais onde o paciente não permanece internado, e, portanto, não há a *priori* emprego de SCP,

mas já existem parâmetros específicos para tais setores. Neste sentido, para dimensionar o quadro de enfermagem em CC o enfermeiro necessita conhecer premissas quanto à classificação das cirurgias, as horas de assistência de enfermagem de acordo com o porte cirúrgico, o tempo de limpeza da sala e o tempo de espera para uma cirurgia^{10,29}.

Para cirurgias eletivas, as horas de enfermagem são calculadas a partir do porte cirúrgico, que é definido pelo tempo cirúrgico. A atual normatização define os seguintes parâmetros, por cirurgia¹⁰:

Porte 1 – 1,4 horas de enfermagem;

Porte 2 – 2,9 horas de enfermagem;

Porte 3 – 4,9 horas de enfermagem;

Porte 4 – 8,4 horas de enfermagem.

Também é necessário considerar o tempo de espera e tempo para a limpeza após o término de cada cirurgia. Deve-se levar em consideração que para cirurgias eletivas o tempo de limpeza será de 0,5 horas e para cirurgias de urgência e emergência o tempo será de 0,6 horas. Já o tempo de espera por cirurgia é padronizado em 0,2 horas¹⁰.

Ante o exposto, para atender as demandas da programação cirúrgica eletiva, deve-se levar em consideração o Total de Horas de Enfermagem (THE), calculado pela média diária de cada Porte (P) cirúrgico e as horas (H) de enfermagem, a partir da seguinte equação:

$$*THE = (P1 \times H1) + (P2 \times H2) + (P3 \times H3) + (P4 \times H4)$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

O tempo médio de enfermagem, em horas (H), por cirurgia e segundo o porte cirúrgico, é calculado a partir da equação:

$$H = hSO + hL + hE$$

H = horas; hSO = Tempo de sala operatória segundo porte cirúrgico; hL = Tempo de limpeza; hE = Tempo de espera.

Assim, tem-se, por exemplo:

$$H1 = 1,4 + 0,5 + 0,2 = 2,1 \text{ horas;}$$

$$H2 = 2,9 + 0,5 + 0,2 = 3,6 \text{ horas;}$$

$$H3 = 4,9 + 0,5 + 0,2 = 5,6 \text{ horas;}$$

$$H4 = 8,4 + 0,5 + 0,2 = 9,1 \text{ horas.}$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

Em unidades em que o instrumentador cirúrgico, além do circulante, pertencer a equipe de enfermagem, deve-se usar a seguinte equação:

$$H = (n \times hSO) + hL + hE$$

H=tempo médio total; n = número de profissionais necessários (instrumentador e circulante), dependendo do porte cirúrgico. hSO = Tempo de uso de sala operatória segundo porte cirúrgico; hL = Tempo de limpeza (padrão 30 minutos = 0,5 h); hE = Tempo de espera (padrão 12 minutos = 0,2)

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

Determinadas as horas de enfermagem, o cálculo de THE torna-se possível. Vale lembrar que o número de cirurgias por porte (P1, P2, P3 e P4) pode ser obtido por média diária dos procedimentos^{10,30}. Neste sentido, recomenda-se, novamente, a série histórica de no mínimo 30 dias para a obtenção de médias diárias. Assim, viabiliza-se o cálculo de THE:

$$THE = (P1 \times H1) + (P2 \times H2) + (P3 \times H3) + (P4 \times H4)$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

Na sequência, o Quadro de Pessoal (QP) do CC pode ser calculado. Também será utilizada a Constante de Marinho (KM), que, neste caso, a depender do fluxo de funcionamento do CC, poderá ser um coeficiente calculado para unidades de assistência descontinuada (KMUAD)^{COFEN, 2017}:

$$KM_{(UAD)} = \frac{DS \times (1 + IST)}{CHS}$$

Fonte: Resolução COFEN nº 543/2017¹⁰.

Os dias da semana poderão ser de cinco (segunda a sexta-feira) seis (segunda-feira a sábado) ou sete, que então normalmente será empregada KM para unidades de assistência ininterrupta, ou seja, àquelas já dispostas em Resolução¹⁰. A carga horária semanal (CHS) será a de fonte contratual da equipe e o Índice de Segurança Técnico (IST), adicional para suprimimento de ausências previstas e não previstas, não pode ser inferior a 15%. Conhecendo isso e o THE, poderá ser obtido o Quadro de Pessoal (QP) do CC¹⁰:

$$QP_{(CC)} = THE \times KM_{(UAD)}$$

É importante destacar que o cálculo por horas de enfermagem viabiliza o quadro de

pessoal para atendimento da programação de cirurgias eletivas³⁰. A normatização vigente reforça que, para cirurgias de urgência/emergência e outras demandas do CC, como transporte, arsenal e recuperação pós-anestésica, entre outros, deve-se utilizar o Espelho Semanal Padrão¹⁰.

Para o quadro de pessoal dimensionado para um período de 24 horas, a proporção de profissionais de enfermagem distribuídos no CC deve ser: um enfermeiro para cada três salas de cirurgias eletivas; e, quando no caso de urgência/emergência, ou em acordo com a complexidade e porte cirúrgico, o enfermeiro deverá ser exclusivo¹⁰. Para a categoria de técnicos de enfermagem, é recomendado ter um instrumentador e um circulante por sala a partir do porte cirúrgico. Ademais, a resolução COFEN nº 543/2017 determina que pelo menos 20% do quadro funcional do CC seja composto por enfermeiros e 80% por técnicos de enfermagem¹⁰.

A partir das demandas do CC e complexidade da cirurgia, o número e características de profissionais de enfermagem (instrumentador, circulante e enfermeiro, além de idade, por exemplo) poderá ser aumentado. Para além disso, é de extrema importância o enfermeiro compreender as atividades desenvolvidas nos períodos pré-operatório imediato, transoperatório, intraoperatório, recuperação pós-anestésica e pós-operatório imediato³¹. Assim, tende-se a racionalizar a equipe dimensionada de acordo com as demandas do serviço.

EXEMPLO PRÁTICO

Considere um Centro Cirúrgico que possui quatro salas cirúrgicas, contemplando os locais onde se faz necessário alocar enfermeiros e técnicos de enfermagem. O total de cirurgias, por porte cirúrgico em um mês de 30 dias, foi o seguinte: Porte 1 (725); Porte 2 (88); Porte 3 (27) e Porte 4³. Considere que os instrumentadores fazem parte da equipe de enfermagem, e esta equipe tem regime contratual (carga horária) de 36 horas semanais. Considere um Índice de Segurança Técnico (IST) mínimo de 15%. O CC funciona de segunda a domingo de acordo com a demanda/procura. Levar em consideração que se o médico cirurgião tiver interesse em agendar cirurgia, o centro cirúrgico terá equipe e fará o ajuste em escala.

Etapa 1: Calcule a média diária de cirurgias, por porte. Para isso utilize o número total de cirurgias e faça a divisão pelo número de dias (30): Porte 1: $725/30 = 24,1$; Porte2: $88/30 = 2,93$; Porte 3: $27/30 = 0,9$; Porte 4: $3/30 = 0,1$.

Etapa 2: Calcule as horas de enfermagem para cada porte cirúrgico. Lembre-se que será necessária equação que considera o instrumentador como integrante da equipe de enfermagem e também devem ser acrescidas as horas de limpeza e espera.

$$H = (n \times hSO) + hL + hE$$

H=Horas de enfermagem por porte; n=número de profissionais de enfermagem ajustado por porte (neste caso, será utilizado sempre “2”, contemplando instrumentador e circulante); hSO= horas de sala operatória, padronizadas por cada porte cirúrgico; hL=horas de limpeza (0,5); hE=horas de espera (0,2)¹⁰.

Exemplo a partir do Porte Cirúrgico 1.

$$H = (2 \times 1,4) + 0,5 + 0,2$$

$$H = (2,8) + 0,7$$

$$H = 3,5$$

Então, substituindo-se os valores padronizados de hSO para cada porte cirúrgico (1,4; 2,9; 4,9 e 8,4)¹⁰ na mesma equação, tem-se as horas de enfermagem por porte: H1=3,5; H2=6,5; H3=10,5; H4=17,5

Etapa 3: Calcule o Total de Horas de Enfermagem (THE) requerido no CC, em um dia. As notações “P” significam o número médio diário de cirurgias por porte, e, “H” as horas de enfermagem por porte cirúrgico.

$$THE = (P1 \times H1) + (P2 \times H2) + (P3 \times H3) + (P4 \times H4)$$

$$THE = (24,1 \times 3,5) + (2,93 \times 6,5) + (0,9 \times 10,5) + (0,1 \times 17,5)$$

$$THE = 84,35 + 19,04 + 9,45 + 1,75$$

$$THE = 114,59$$

Etapa 4: Calcule/identifique a Constante de Marinho (KM). Considerando o funcionamento desta unidade de CC exemplificada, saiba que deverá identificar uma Constante de Marinho (KM) para Unidades de Assistência Ininterrupta (KMUAI):

$$KM_{(UAI)} = \frac{DS}{CHS} \times (1 + IST)$$

$$KM_{UAI} = 7/36 \times (1 + 0,15)$$

$$KM_{UAI} = 0,1944 \times 1,15$$

$$KM_{UAD} = 0,2236$$

Etapa 5: Calcule o Quadro de Pessoal (QP) do CC:

$$QP(CC) = THE \times KM$$

$$QP(CC) = 114,59 \times 0,2236$$

$$QP(CC) = 25,6$$

$QP(CC) \cong 27$ profissionais de enfermagem.

Etapa 6: Distribua/aloque o quantitativo de pessoal dimensionado, conforme a demanda de trabalho do CC. Lembre-se de atender o mínimo de 20% de enfermeiros e 80% de técnicos de enfermagem; além de um enfermeiro para cada três salas de cirurgias eletivas. Para a categoria de técnicos de enfermagem, é recomendado ter um instrumentador e um circulante por sala a partir do porte cirúrgico¹⁰. Exemplo:

CENTRO CIRÚRGICO	SALAS CIRÚRGICAS	2ª a 6ª feira				Sábado e Domingo			
		Dias da semana				Final de semana			
Categoria	Área	M	T	N1	N2	M	T	N1	N2
Enfermeiro	Sala 1-3	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeiro	Sala 4	-	1	-	-	-	-	-	-
Técnico de enfermagem	Sala 1	2	2	2	2	2	2	2	2
Técnico de enfermagem	Sala 2	2	2	1	1	2	2	-	-
Técnico de enfermagem	Sala 3	2	2	-	-	2	2	-	-
Técnico de enfermagem	Sala 4	2	2	-	-	-	-	-	-
Necessidade de profissionais por turno	Enfermeiro	1	2	1	1	1	1	1	1
	Técnico de enfermagem	8	8	3	3	6	6	2	2

Perceba que entre os turnos dos dias da semana completa-se o quadro dimensionado da equipe de enfermagem de 27 profissionais, sendo 5 enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem. Neste exemplo, os finais de semana podem ser utilizados para suprimento/ fechamento da carga horária semanal e para folgas.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

O Centro de Materiais e Esterilização (CME) é definido, pela legislação, como uma unidade funcional cujo objetivo é o processamento de produtos regulamentados e pertencentes aos serviços de saúde³². A importância do CME cresceu ao longo das décadas devido às evidências de que a qualidade e o rigor da limpeza, desinfecção e esterilização auxiliam na minimização de infecções relacionadas à assistência³³.

Para a viabilização de assistência efetiva e segura ao paciente é necessário que o CME exerça a função fundamental de provedor de recursos materiais esterilizados e/ou desinfetados para serem utilizados no cuidado direto; e por isso, a devida estruturação de recursos próprios ao CME é um requisito anterior, o que inclui a previsão adequada de recursos humanos de enfermagem. Logo, baseado na observação da demanda de atendimento pelo CME é preciso investir na análise de dimensionamento de pessoal para o setor, identificando, por categoria, o quantitativo de trabalhadores que possa suprir as necessidades institucionais³⁴.

Previamente à temática de dimensionamento de pessoal de enfermagem em CME, considera-se necessário compreender os processos desenvolvidos neste setor. É preciso identificar as atribuições de cada categoria profissional, reconhecer as etapas e atividades que são realizadas, bem como quantidade da demanda atendida em cada sítio. Neste momento, é oportuno avaliar e redesenhar processos de trabalho, e se necessário, identificar atividades que não agregam valor à assistência – deslocamentos desnecessários, produção de excesso de estoques pouco utilizados – para que, a partir dessas informações, possa ser aplicado método eficiente para dimensionar as equipes do CME^{10,34}.

De acordo com a legislação brasileira, a responsabilidade do CME ou de uma empresa processadora deve ser de um profissional responsável de nível superior, cujas as atividades exercidas são relacionadas à coordenação de todas as atividades pertinentes ao processamento de produtos para a saúde de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica. Além disso, durante a jornada de trabalho, o profissional deve exercer suas atividades exclusivamente neste setor, ou seja, não é permitido a atuação deste profissional no CME ao mesmo tempo que exerce outras atividades não relacionadas ao setor³².

Para os profissionais que exercem as atividades laborais no CME, a legislação brasileira restringe-se a determinação do conteúdo de capacitação específica e periódica que o profissional deve receber, contemplando temas: classificação de produtos para saúde; conceitos básicos de microbiologia; transporte dos produtos contaminados; processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização e

funcionamento dos equipamentos existentes; monitoramento de processos por indicadores químicos, biológicos e físicos; rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde; manutenção da esterilidade do produto³².

Por sua vez, o COFEN³⁵ normatizou e definiu as atribuições aos profissionais de enfermagem que atuam no CME ou em empresa processadora. Tais atribuições também são sustentadas em orientações da Sociedade Brasileira de Enfermagem Perioperatória³⁶. Assim, tem-se a seguinte disposição de atribuições:

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO³⁵⁻³⁶

- Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde: recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;
- Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Estes documentos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;
- Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;
- Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;
- Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos por empresa processadora terceirizada, quando for o caso, de acordo com critérios preestabelecidos;
- Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;
- Definir critérios de utilização de materiais que não pertençam ao serviço de saúde, tais como prazo de entrada no CME, antes da utilização; necessidade, ou não, de reprocessamento, entre outros;
- Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;
- Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;
- Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos

profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

- Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;
- Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde; e, por fim, mas não menos importante (e sim, para dar-se destaque):
- Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária aos profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM³⁵⁻³⁶

- Realizar as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Com base nas atribuições antes descritas, diversas atividades de trabalho propriamente ditas são realizadas por profissionais de enfermagem no CME. Em estudo realizado em São Paulo³⁷ foram identificadas e validadas as etapas e atividades dos profissionais que atuam no CME, tanto para os técnicos de enfermagem quanto para enfermeiros. Para os técnicos de enfermagem foram validadas seis etapas, com 25 subprocessos e 110 atividades realizadas. Na tabela abaixo isso é descrito de forma detalhada.

A) ÁREA SUJA OU CONTAMINADA (EXPURGO)	
Área destinada à recepção, conferência, limpeza e desinfecção de materiais	
Subprocesso de Trabalho 1 – RECEPÇÃO	
Atividades relacionadas à recepção, conferência e registro de materiais contaminados encaminhados pelas unidades assistenciais	
A.1.1	Recebimento de materiais contaminados provenientes das Unidades: internação, ambulatorios, pronto- socorro, unidades de diagnóstico e imagem, hemodinâmica, endoscopia, outras, por meio de guichê.
A.1.2	Recebimento de materiais contaminados provenientes do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico por meio de guichê.
A.1.3	Recebimento de materiais contaminados provenientes do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico por meio de monta-carga.

A.1.4	Conferência de materiais contaminados provenientes das Unidades: internação, ambulatorios, pronto- socorro, unidades de diagnóstico e imagem, hemodinâmica, endoscopia, centro cirúrgico e centro obstétrico e outras.
A.1.5	Registro de materiais contaminados provenientes das Unidades: internação, ambulatorios, pronto- socorro, unidades de diagnóstico e imagem, hemodinâmica, endoscopia, centro cirúrgico e centro obstétrico e outras.
Subprocesso de Trabalho 2 - SEPARAÇÃO E DESMONTAGEM	
Atividades relacionadas à separação e desmontagem dos materiais peça por peça para início do processo de limpeza	
A.2.1	Separação dos materiais recebidos das unidades consumidoras.
A.2.2	Preparo da solução de limpeza.
A.2.3	Abertura de pinças e desmontagem de outros tipos de materiais recebidos.
A.2.4	Imersão dos materiais de acordo com o tempo de exposição, para posterior limpeza manual.
A.2.5	Montagem dos cestos com instrumentais para limpeza na termodesinfetadora.
A.2.6	Montagem do rack com materiais de assistência ventilatória para limpeza na termodesinfetadora.
A.2.7	Montagem dos cestos para limpeza de materiais na ultra-sônica.
Subprocesso de Trabalho 3 – LIMPEZA	
Atividades relacionadas aos processos de limpeza manual e mecânica	
A.3.1	Limpeza manual dos artigos peça por peça.
A.3.2	Introdução dos cestos no equipamento de limpeza automatizada (lavadora termodesinfetadora) e seleção do ciclo de lavagem.
A.3.3	Introdução do rack com materiais de assistência ventilatória no equipamento de limpeza automatizada (lavadora termodesinfetadora) e seleção do ciclo de lavagem.
A.3.4	Introdução dos materiais no equipamento de limpeza automatizada (lavadora ultra-sônica) e seleção do ciclo de lavagem.
A.3.5	Enxágue dos materiais após serem lavados em máquina ultra-sônica.
Subprocesso de Trabalho 4 - DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA	
Atividades referentes à desinfecção de materiais de assistência ventilatória	
A.4.1	Desinfecção térmica de materiais em lavadora termodesinfetadora.
A.4.2	Desinfecção química de materiais.
Subprocesso de Trabalho 5 - INSPEÇÃO DA LIMPEZA	
Atividades referentes ao processo de inspeção dos materiais após a limpeza	
A.5.1	Inspeção dos materiais lavados manualmente.
A.5.2	Inspeção dos materiais lavados em máquina ultra-sônica.
Subprocesso de Trabalho 6 - RELAVAGEM DOS MATERIAIS	
Atividades referentes ao processo de relavagem dos materiais que apresentaram falhas na limpeza	
A.6.1	Relavagem de todos os artigos submetidos à limpeza que se encontram sujos após verificação.
Subprocesso de Trabalho 7 - SECAGEM DOS MATERIAIS	
Atividades relacionadas à secagem dos materiais e instrumentais	

A.7.1	Secagem manual dos materiais e instrumentais peça por peça, utilizando tecido absorvente.
A.7.2	Secagem manual de materiais no fluxo de ar sob pressão.
B) CONTROLE DE MATERIAIS EM CONSIGNAÇÃO	
Área destinada à recepção, conferência e devolução de materiais em consignação	
Subprocesso de Trabalho 1 - RECEPÇÃO, CONFERÊNCIA E REGISTRO	
Atividades relacionadas à recepção, conferência e registro de materiais enviados pelas empresas fornecedoras	
B.1.1	Recebimento dos materiais consignados a serem esterilizados, enviados pelas empresas fornecedoras, de acordo com a solicitação do médico e listagem enviada pela empresa.
B.1.2	Recebimento dos materiais consignados esterilizados, encaminhados pelas empresas fornecedoras, de acordo com a solicitação do médico e listagem enviada pela empresa
B.1.3	Conferência dos materiais a serem esterilizados, conforme rotina específica da unidade.
B.1.4	Conferência dos materiais esterilizados, conforme rotina específica da unidade.
B.1.5	Registro dos materiais a serem esterilizados, conforme rotina específica da unidade.
B.1.6	Registro dos materiais esterilizados, conforme rotina específica da unidade.
B.1.7	Identificação dos materiais recebidos, conforme rotina específica da unidade.
B.1.8	Entrega dos materiais consignados a serem esterilizados no expurgo para serem limpos.
B.1.9	Entrega dos materiais consignados esterilizados na área de armazenamento e distribuição de materiais e roupas estéreis.
Subprocesso de Trabalho 2 - CONFERÊNCIA DO MATERIAL APÓS A CIRURGIA	
Atividades relacionadas à conferência e o registro dos materiais consignados após cirurgia	
B.2.1	Conferência dos materiais utilizados após o procedimento cirúrgico.
B.2.2	Registro dos materiais utilizados para posterior faturamento, especificações no prontuário do paciente, conforme rotina de cada instituição.
Subprocesso de Trabalho 3 - DEVOLUÇÃO DOS MATERIAIS EM CONSIGNAÇÃO	
Atividade relacionada com a devolução dos materiais consignados às empresas fornecedoras	
B.3.1	Conferência dos materiais em consignação para devolução.
B.3.2	Reconferência do material em consignação, junto ao representante da empresa, registrando a devolução e a saída do material da instituição.
C) ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS	
Área destinada à inspeção e montagem de materiais incluindo os artigos de assistência ventilatória e instrumentais cirúrgicos	
Subprocesso de Trabalho 1 - RECEPÇÃO DOS MATERIAIS VINDOS DO EXPURGO	
Atividades relacionadas à recepção dos materiais e instrumentais limpos	
C.1.1	Recepção de materiais lavados manualmente.
C.1.2	Recepção dos materiais e ou instrumentais lavados e desinfetados na máquina termodesinfetadora. Descarregamento do equipamento.
C.1.3	Recepção dos materiais lavados na lavadora ultra-sônica.

Subprocesso de Trabalho 2 - SECAGEM DOS MATERIAIS	
Atividades relacionadas à secagem dos materiais e instrumentais	
C.2.1	Secagem manual de materiais peça por peça utilizando tecido absorvente.
C.2.2	Secagem manual de materiais no fluxo de ar sob pressão.
C.2.3	Secagem automatizada na máquina secadora.
Subprocesso de Trabalho 3 - SEPARAÇÃO, INSPEÇÃO, LUBRIFICAÇÃO E TESTE DOS MATERIAIS E OU INSTRUMENTAIS LIMPOS	
Atividades relacionadas à separação, inspeção quanto à limpeza e integridade, lubrificação e testes quanto à funcionalidade de materiais e instrumentais	
C.3.1	Separação e identificação dos materiais e instrumentais.
C.3.2	Inspeção dos materiais e instrumentais, avaliando a limpeza.
C.3.3	Lubrificação manual dos materiais e instrumentais.
C.3.4	Verificação da integridade dos materiais e instrumentais.
C.3.5	Teste de funcionalidade dos materiais e instrumentais.
C.3.6	Separação dos materiais não conformes para avaliação e condutas.
C.3.7	Substituição de materiais não conformes.
Subprocesso de Trabalho 4 - CONFERÊNCIA E MONTAGEM DOS MATERIAIS	
Atividades relacionadas aos processos de conferência e montagem dos materiais avulsos, caixas e/ou kits cirúrgicos	
C.4.1	Conferência dos materiais avulsos.
C.4.2	Conferência dos materiais e instrumentais das caixas e ou kits cirúrgicos por tamanhos e tipos.
C.4.3	Conferência dos kits/circuitos de assistência ventilatória.
C.4.4	Conferência das peças dos kits de cirurgia endoscópica.
C.4.5	Montagem do material avulso colocando o indicador químico para o monitoramento do processo de esterilização, conforme a rotina da unidade.
C.4.6	Montagem da caixa ou kit cirúrgico colocando o indicador químico para o monitoramento do processo de esterilização, conforme a rotina da unidade.
C.4.7	Montagem dos kits/circuitos de assistência ventilatória.
C.4.8	Montagem dos kits de cirurgia endoscópica colocando o indicador químico para o monitoramento do processo de esterilização, conforme a rotina da unidade.
Subprocesso de Trabalho 5 - EMBALAGEM DOS MATERIAIS	
Atividades relacionadas à embalagem dos materiais e identificação dos pacotes	
C.5.1	Embalagem do material e instrumental avulso, utilizando papel grau cirúrgico/filme ou tyvek.
C.5.2	Embalagem dos kits e caixas cirúrgicas no papel grau cirúrgico/filme ou tyvek.
C.5.3	Embalagem na técnica manual dos instrumentais avulsos, dos kits e caixas cirúrgicas, utilizando campo de algodão, ou não tecido (<i>spunbonded/meltblown/spunbonded</i>) ou papel crepado.
C.5.4	Embalagem de instrumentais cirúrgicos utilizando contêineres.
C.5.5	Embalagem dos kits de assistência ventilatória em invólucro próprio.
C.5.6	Identificação dos pacotes, conforme rotina da instituição.

Subprocesso de Trabalho 6 - RECEPÇÃO, CONFERÊNCIA E MONTAGEM DE ROUPA NÃO ESTÉRIL	
Atividades relacionadas à recepção, conferência e controle da roupa não esterilizada utilizada como embalagem ou em kits cirúrgicos que serão preparados e montados	
C.6.1	Recebimento da roupa que será esterilizada.
C.6.2	Conferência da roupa que será esterilizada.
C.6.3	Montagem dos pacotes de kits cirúrgicos para serem esterilizados colocando os testes de esterilização, conforme rotina da unidade.
C.6.4	Embalagem dos pacotes de roupa na técnica manual, utilizando campo de algodão ou não tecido (<i>spunbonded/meltblown/spunbonded</i>).
C.6.5	Identificação dos pacotes de roupa montados, conforme rotina da unidade.
Subprocesso de Trabalho 7 - ENCAMINHAMENTO DE MATERIAIS PARA OS SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇÃO TERCEIRIZADOS	
Atividades relacionadas à separação, conferência, teste e registro dos materiais que serão enviados às empresas de esterilização terceirizadas	
C.7.1	Separação dos materiais que serão encaminhados para esterilização em serviços terceirizados.
C.7.2	Teste da funcionalidade e integridade dos materiais que serão encaminhados para esterilização em serviços terceirizados.
C.7.3	Conferência dos materiais que serão encaminhados para esterilização em serviços terceirizados.
C.7.4	Registro dos materiais que serão encaminhados para esterilização em serviços terceirizados.
D) ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE DE VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO	
Área destinada à esterilização de materiais e roupas em autoclave de vapor saturado sob pressão	
Subprocesso de Trabalho 1 - MONTAGEM DA CARGA E ACOMPANHAMENTO DO CICLO DE ESTERILIZAÇÃO	
Atividades relacionadas à montagem, acompanhamento e controle do processo de esterilização dos materiais e roupas	
D.1.1	Realização do teste de Bowie Dick para liberação de funcionamento do equipamento.
D.1.2	Montagem da carga na autoclave, colocando os testes de controle de esterilização.
D.1.3	Registro da carga/ciclo/lote para rastreabilidade, conforme rotina da unidade.
D.1.4	Seleção do ciclo de esterilização.
D.1.5	Acompanhamento dos parâmetros de funcionamento da autoclave.
D.1.6	Documentação dos parâmetros de funcionamento da autoclave.
Subprocesso de Trabalho 2 - RETIRADA DA CARGA ESTÉRIL DA AUTOCLAVE E VERIFICAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO	
Atividades relacionadas ao descarregamento do equipamento e verificação do processo de esterilização através da visualização dos testes	
D.2.1	Retirada da carga esteril da autoclave.
D.2.2	Verificação quanto à alteração de cor nos indicadores químicos e nos indicadores biológicos.
D.2.3	Incubação dos indicadores biológicos.
D.2.4	Leitura e registro dos indicadores biológicos.

D.2.5	Organização e arquivo de formulários com os testes e controles de esterilização.
E) ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO A BAIXA TEMPERATURA	
Área destinada à esterilização de materiais em equipamento a baixa temperatura	
Subprocesso de Trabalho 1 - MONTAGEM DA CARGA E ACOMPANHAMENTO DO CICLO DE ESTERILIZAÇÃO	
Atividades relacionadas à montagem, acompanhamento e controle do processo de esterilização dos materiais	
E.1.1	Realização de testes para liberação de funcionamento do equipamento.
E.1.2	Montagem da carga no equipamento de esterilização colocando os testes de controle de esterilização.
E.1.3	Registro da carga/ciclo/lote para rastreabilidade, conforme rotina da unidade.
E.1.4	Seleção do ciclo de esterilização.
E.1.5	Acompanhamento dos parâmetros de funcionamento do equipamento de esterilização.
E.1.6	Documentação dos parâmetros de funcionamento do equipamento de esterilização.
Subprocesso de Trabalho 2 - RETIRADA DA CARGA ESTÉRIL DO EQUIPAMENTO E VERIFICAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO	
Atividades relacionadas ao descarregamento do equipamento e verificação do processo de esterilização através da visualização dos testes	
E.2.1	Retirada da carga estéril do equipamento de esterilização.
E.2.2	Verificação quanto à alteração de cor nos indicadores químicos e nos indicadores biológicos.
E.2.3	Incubação dos indicadores biológicos.
E.2.4	Leitura e registro dos indicadores biológicos.
E.2.5	Organização e arquivo de formulários com os testes e controles de esterilização.
F) ÁREA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTÉREIS	
Área destinada à armazenagem e distribuição de materiais e roupas estéreis	
Subprocesso de Trabalho 1 - RECEPÇÃO DOS MATERIAIS E ROUPAS ESTÉREIS	
Atividade relacionada à recepção e conferência dos materiais e roupas estéreis	
F.1.1	Retirada da carga estéril proveniente dos equipamentos de esterilização aguardando o resultado dos testes de esterilização para liberação e armazenamento dos pacotes.
F.1.2	Recebimento de materiais e roupas estéreis encaminhados pelos serviços de esterilização terceirizados.
F.1.3	Conferência de materiais e roupas estéreis encaminhados pelos serviços de esterilização terceirizados.
Subprocesso de Trabalho 2 - GUARDA DOS MATERIAIS E ROUPAS ESTÉREIS	
Atividades relacionadas à inspeção e armazenamento adequado dos materiais e roupas estéreis	
F.2.1	Inspeção dos pacotes com materiais e roupas estéreis.
F.2.2	Utilização de embalagem "Cover Bag".

F.2.3	Encaminhamento dos pacotes com embalagem não conforme para reprocessamento.
F.2.4	Guarda dos materiais e roupas estéreis.
Subprocesso de Trabalho 3 - ORGANIZAÇÃO E CONTROLE DO AMBIENTE E DOS MATERIAIS ESTÉREIS Atividades relacionadas à manutenção das condições ideais de armazenamento e controle dos materiais estéreis	
F.3.1	Verificação e registro da temperatura e umidade da área.
F.3.2	Verificação dos prazos de validade dos materiais e roupas estéreis e separação dos itens com prazo de validade vencido.
F.3.3	Encaminhamento dos itens com prazo de validade vencido para reesterilização.
F.3.4	Verificação e registro do estoque de materiais e roupas estéreis.
F.3.5	Montagem dos kits para as cirurgias.
Subprocesso de Trabalho 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS E ROUPAS ESTÉREIS Atividades relacionadas ao registro e à distribuição dos materiais estéreis às unidades consumidoras	
F.4.1	Distribuição e registro dos kits cirúrgicos, materiais em consignação, outros materiais e roupas estéreis ao Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, por meio de monta-carga.
F.4.2	Distribuição e registro dos kits cirúrgicos, materiais em consignação, outros materiais e roupas estéreis ao Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, por meio de guichê
F.4.3	Distribuição e registro por guichê dos kits cirúrgicos, materiais em consignação, outros materiais e roupas estéreis às demais unidades consumidoras, por meio de guichê.

Fonte: Costa³⁷ e Costa³⁸.

Para os enfermeiros atuantes em CME foram identificadas e validadas 25 atividades. Na tabela abaixo são apresentadas as atividades detalhadamente.

ATIVIDADES ESPECÍFICAS DA ENFERMEIRA NO CME	
Atividades realizadas pela enfermeira	
1	Coordenação do processo de trabalho da unidade.
2	Supervisão das atividades realizadas na unidade.
3	Definição da escala de trabalho em cada área de atuação da equipe de enfermagem.
4	Acompanhamento da equipe na execução das atividades, principalmente os trabalhadores novos.
5	Supervisão do funcionamento dos equipamentos utilizados em cada uma das áreas de trabalho.
6	Acompanhamento da realização de testes com produtos, insumos e equipamentos.
7	Supervisão e controle do recebimento dos materiais em consignação.
8	Supervisão e controle do uso e cobrança dos materiais em consignação.
9	Supervisão e controle da devolução dos materiais em consignação.

10	Confirmação da programação diária das cirurgias verificando a entrega dos materiais consignados.
11	Confirmação da programação diária das cirurgias verificando a disponibilidade dos materiais e roupas estéreis.
12	Chechagem da documentação de controle de esterilização.
13	Acompanhamento e controle do estoque de materiais e roupas estéreis.
14	Acompanhamento e avaliação de manutenções nos materiais e equipamentos.
15	Acompanhamento e avaliação da validação e qualificação dos equipamentos.
16	Acompanhamento, planejamento e realização de treinamentos.
17	Participação na compra de materiais, equipamentos e insumos.
18	Participação na avaliação de desempenho dos funcionários.
19	Participação em reuniões administrativas e gerenciais que envolvam a unidade de CME.
20	Participação de programas, comissões, cursos e eventos que envolvam a unidade de CME.
21	Participação na definição de programas para prevenção de riscos ocupacionais e segurança dos trabalhadores.
22	Desenvolvimento de pesquisas.
23	Realização de controle de produtividade da unidade.
24	Atendimento às unidades consumidoras.
25	Acompanhamento da avaliação de indicadores de qualidade na unidade.

Fonte: Costa³⁷ e Costa³⁸.

Para desdobrar o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem em CME orientado pelo COFEN¹⁰ que se embasa no estudo de Costa³⁸, é imprescindível considerar o Índice de Segurança Técnica (IST) (mínimo de 15%), a jornada de trabalho (carga horária semanal contratual) e a carga de trabalho na unidade. Para o CME, a carga de trabalho corresponde a quantidade de materiais ou pacotes manipulados diariamente em cada etapa e em cada processo, já descritos anteriormente nas atividades de enfermagem. Essa produção pode ser transposta em horas de enfermagem, as quais são embasadas no estudo referido³⁸.

Na prática, primeiramente, deve ser quantificado o número de materiais ou pacotes manipuladas em cada etapa. Aconselha-se obter dados de no mínimo três meses³⁸ ou quatro a seis semanas¹⁰. No entanto, pondera-se que o uso de dados de produção anual pode ser interessante, visando a minimização de possíveis vieses sazonais que podem ocorrer devido às mudanças de materiais processados, por exemplo. Ainda, a compilação de dados anuais pode ser profícua para outros mecanismos de planejamento no CME, que não somente àquele voltado à projeção de pessoal de enfermagem.

Após a obtenção dos dados do período de tempo analisado, deve-se a proceder

a média diária para utilizar no dimensionamento de pessoal. Para tanto, sugere-se a elaboração de um esquema que aglutine as atividades de enfermagem, para que se possa ser registrar a média da produção do CME³⁸:

Área	Descrição de atividades	Quantidade média de produção
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados	
	Limpeza dos materiais	
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação	
	Conferência dos Materiais Consignados após cirurgia	
	Devolução dos materiais em consignação	
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza	
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais	
	Montagem e embalagem dos materiais	
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória	
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização	
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização	
Armazenamento e distribuição de materiais	Guarda dos Materiais	
	Montagem dos carros de transporte das unidades	
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis	
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis	

Após a quantificação da produtividade da CME, por área, deve-se fazer o cálculo, multiplicando a produção média (PM) pelo tempo padrão em horas (H) validado das atividades realizadas nas diferentes áreas³⁸ e ao término realizar a soma, chegando ao Total de Horas de Enfermagem (THE) necessário no período de funcionamento. Após isso, é possível calcular o Quadro de Pessoal de Enfermagem (QP), utilizando-se da equação que considera o THE e a Constante de Marinho (KM)¹⁰, já exposta neste capítulo.

EXEMPLO PRÁTICO

Etapa 1: Descrição das atividades de enfermagem no CME, por área. Com isso, pode-se

chegar ao tempo padrão de atividades (considerando horas de atividades validadas³⁸ e a produção média da unidade) e Total de Horas de Enfermagem (THE).

Área	Descrição de atividades	Tempo padrão		THE Área e Atividade
		Hora (H)*	Produção média (PM)**	
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados	0,033	150 kits	4,95
	Limpeza dos materiais	0,033	163 kits	5,379
Controle de	Recepção dos materiais em consignação	0,1	10kits	1,00
	Conferência dos Materiais Consignados após cirurgia	0,15	10kits	1,5
materiais em consignação	Devolução dos materiais em consignação	0,05	10kits	0,5
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza	0,05	70 kits	4,9
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais	0,05	91 kits	4,55
	Montagem e embalagem dos materiais	0,05	358 kits	17,9
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória	0,033	56 kits	1,848
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização	0,133	14 cargas	1,862
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização	0,05	14 cargas	0,7
Armazenamento e distribuição de materiais	Guarda dos Materiais	0,066	14 cargas	0,924
	Montagem dos carros de transporte das unidades	0,083	10 carros	0,83
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis	0,016	14 cargas	0,224
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis	0,033	20 kits	0,66
Total de Horas de Enfermagem (THE) geral				47,727

*Horas de atividades de enfermagem validadas/padronizadas pelo estudo de Costa(38). **É a média diária da produção do CME, em um determinado período de tempo. Lembrar de utilizar o período de quatro a seis semanas, no mínimo¹⁰.

Etapa 2: Identificar/calcular a Constante de Marinho (KM). Para que possa ser calculado o Quadro de Pessoal (QP), é necessário, além do cálculo do tempo total de horas de enfermagem já identificado, ter o conhecimento da carga horária semanal (CHS) e identificar se a unidade possui atividade ininterrupta ou é descontinuada (por exemplo, o CME não funciona aos domingos ou funciona somente em período diurno). A partir dessas informações e também do Índice de Segurança Técnico (IST) é possível calcular a KM, com

base na fórmula já exposta:

$$KM = \frac{DS}{CHS} \times (1 + IST)$$

Para KM em **unidade com atividade ininterrupta (UAI)**, tem-se: Dias da semana = 7. Carga Horária Semanal = isso se dará em acordo ao regime contratual da equipe de enfermagem. Por exemplo, 36 horas semanais. Índice de Segurança Técnica (IST) = não pode ser inferior 15%. Lembrar que alguns autores¹ consideram possibilidade de estimação IST superior com base no controle de ausências dos profissionais. Assim, utilizando-se os valores exemplificados, a KM para unidade de CME ininterrupta assumiria o seguinte valor:

$$\begin{aligned} KM_{(UAI)} &= 7 / 36 \times (1 + 0,15). \\ KM_{(UAI)} &= 0,1944 \times 1,15 \\ KM_{(UAI)} &= 0,2236. \end{aligned}$$

Para KM em **unidade com atividade descontinuada (UAD)**, tem-se, por exemplo: Dias da semana = 5 (de segunda a sexta-feira), 12 horas por dia. Carga horária semanal = 36 horas (por exemplo). Índice de Segurança Técnica (IST) = mantém-se o exemplo de, no mínimo, 15%. Assim, chega-se a outro valor de KM:

$$\begin{aligned} KM_{(UAD)} &= 5 / 36 \times (1 + 0,15) \\ KM_{(UAD)} &= 0,1388 \times 1,15 \\ KM_{(UAD)} &= 0,1596 \end{aligned}$$

Etapa 3: A partir do conhecimento do THE e do KM, calcula-se o Quadro de Pessoal (QP) de enfermagem, utilizando a fórmula abaixo:

$$QP = THE \times KM.$$

Desta forma, o cálculo do quadro de pessoal do exemplo inicial onde THE = 47,727, utilizando a KM para atividade ininterrupta, tem-se:

$$\begin{aligned} QP &= 47,727 \times 0,2236 \\ QP &= 10,67 \\ QP &\cong 11. \end{aligned}$$

Pode-se afirmar que a necessidade de profissionais, com base na necessidade de THE de 47,727, incluindo 15% de IST para um CME com funcionamento previsto de 24h, nos 7 dias na semana, é de 11 técnicos de enfermagem.

Por sua vez, para um CME de funcionamento previsto de segunda a sexta, por 12h diárias, e considerando o mesmo THE (47,727 horas) e IST também de 15%, tem-se:

$$QP = THE \times KM$$

$$QP = 47,727 \times 0,1596$$

$$QP = 7,61$$

$$QP \cong 8 \text{ técnicos de enfermagem.}$$

Para o cálculo de enfermeiros para o CME, orienta-se o uso da escala de programações e folgas semanal padrão, adequando-se à necessidade do serviço³⁸. Contudo, cumpre atentar para o atendimento ao pré-requisito mínimo de um enfermeiro por turno de funcionamento do CME, além do enfermeiro coordenador³⁵. Ainda, também cumpre salientar que a esta categoria deverá ser observada a necessidade de cobertura para ausências previstas e não previstas, ou seja, interpreta-se que ao menos um adicional de 15%, seguindo a lógica do IST proposto pelo COFEN¹⁰.

Até o momento, há escassez de literatura relacionada ao tempo de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, baseadas na lista de identificadas e validada por Costa(38) ou outro referencial. Assim, pondera-se a necessidade contínua de incremento de estudos sobre o método de dimensionamento de pessoal em CME – assim como em outras unidades especiais – para que se possa averiguar as mudanças das demandas e necessidades dos setores, culminando à elaboração de métodos que sejam capazes de resultar na determinação de quadro de pessoal suficiente para atender tais exigências, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada principal do usuário e centro de comunicação da rede de saúde. Essa política tem a Saúde da Família como a estratégia *prioritária* para a expansão e consolidação da APS no território nacional³⁹.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é multiprofissional e composta, no mínimo, por enfermeiro (podendo ser especialista em saúde da família), médico (podendo ser especialista em saúde da família), técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É possível acrescentar a essa composição a equipe de saúde Bucal, a qual é composta pelo odontólogo, técnicos de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Os Agentes de Combates de Endemias (ACE) também podem ser incluídos na ESF³⁹.

A carga horária dos profissionais incluídos na ESF deve ser de 40 horas semanais, o que favorece o vínculo e a proximidade com a população atendida na unidade. Esta equipe mínima deve se responsabilizar por uma população adscrita de 2.000 a 3.500

pessoas, localizada dentro do seu território. Porém, de acordo com as especificidades do território (vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária), é possível ter outros arranjos de adscrição. A decisão a respeito disso fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, desde que assegure-se a qualidade do cuidado³⁹.

Vale destacar que outros modelos de equipes como a Equipe de Atenção Básica (eAB) foram propostas com a nova resolução da PNAB, colocando em risco a construção sócio-histórica da APS brasileira⁴⁰. A eAB pode ser composta somente por enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliar de enfermagem, com carga horária mínima de 10 horas. Não é previsto a presença obrigatória de ACS, profissionais reconhecidos como uma ponte elementar entre o serviço de saúde e a comunidade.

Nesse contexto, predizer o número de profissionais necessários para o atendimento das demandas de uma ESF não é uma tarefa fácil⁴¹. Estudo⁴² refere que além da capacitação do profissional e da garantia na assistência prestada, um desafio é definir o número de profissionais de saúde necessários considerando as especificidades da unidade em termos de risco de saúde e vulnerabilidades envolvidas. Ademais, no contexto da APS, especificamente na ESF, poucos estudos abordam essa temática^{41,43-45} o que dificulta a proposição e/ou evolução de métodos de planejamento da força de trabalho nesses cenários.

Na área da enfermagem, a Resolução nº 543/2017 do COFEN¹⁰ contempla os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem, incluindo a APS. Por si só, isso é um avanço à gestão de pessoas de enfermagem na APS brasileira porque, as normativas anteriores a respeito do tema não consideravam esse contexto assistencial de forma direta.

No anexo II da resolução⁴⁶, encontra-se os componentes do método adaptado do *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN)⁴⁵, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para calcular o tempo de trabalho disponível (TTD) da categoria profissional de enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. O WISN é fundamentado na carga de trabalho, com padrões de atividade (tempo) aplicáveis para cada componente da carga de trabalho e no tempo disponível de cada profissional. É uma metodologia que fornece resultados como a diferença entre o número real e o calculado de profissionais de saúde, identificando a falta ou excesso de uma determinada categoria profissional⁴⁵.

Além do WISN, a resolução tem como base o estudo de Bonfin et al.,⁴¹ que determinou padrões de tempo das intervenções/atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem em Unidades de Saúde da Família (USF) no Brasil. O estudo foi realizado

em 27 USF, em cada unidade os profissionais de enfermagem foram observados a cada dez minutos, durante oito horas de trabalho, em cinco dias consecutivos. A consulta, a documentação, o atendimento à demanda espontânea e visita domiciliar foram observadas entre as atividades mais frequentes realizadas pelos enfermeiros⁴¹. Tal estudo forneceu os padrões de tempos das intervenções (diretas e indiretas) realizadas pela equipe de enfermagem em USF que constam na resolução atual¹⁰, permitindo, portanto, a estimação do quadro de pessoal de enfermagem.

A seguir, apresenta-se um exemplo prático de cálculo de dimensionamento de pessoal (enfermeiro) para uma Unidade de Saúde da Família. Ressalta-se para sua resolução do exercício é fundamental se orientar pelas recomendações sugeridas na Resolução 543/2017 do COFEN¹⁰ bem como, consulta ao Anexo II⁴⁶ da referida normativa

EXEMPLO PRÁTICO

Trata-se de um caso com dados fictícios referente a um serviço de saúde inserido na Rede de Atenção à Saúde de Arco. A Unidade de Saúde da Família chamada Liberdade atende à demanda de promoção e prevenção da saúde, além de usuários que são hipertensos, diabéticos, obesos, desempregados, usuários de drogas lícitas e ilícitas, vítimas de violência doméstica, entre outros.

A Unidade de Saúde é composta em sua totalidade por: um auxiliar de serviços gerais, dois auxiliares administrativos, três enfermeiros, seis técnicos/auxiliares de enfermagem, três médicos, três cirurgiões dentistas, três auxiliares de consultório dentário, e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos os funcionários possuem carga horária semanal de 40 horas, e a jornada de trabalho para todos é de 8 horas por dia, de segunda a sexta-feira. O território de abrangência da unidade é dividido em três microáreas, que são de responsabilidade de cada uma das ESF da unidade.

Os dados da Unidade de Saúde da Família Liberdade se referem ao ano de 2019. No setor de Recursos Humanos da saúde do município foi solicitado os seguintes dados dos enfermeiros da unidade: o número de dias de ausências dos enfermeiros, em razão de feriados=7, razão de férias=30, licença de saúde=13; razão de outras licenças=3.

O número de intervenções diretas realizadas pelos enfermeiros no ano de 2019 foram extraídos de relatórios como o Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (e-SUS) e de informações fornecidas pelo setor de RH, quais sejam: Atendimento à demanda espontânea (3000); Consulta de enfermagem (5000); Administração de medicamentos (1000); Assistência em exames (200); Procedimentos ambulatoriais (300); Controle de imunização e vacinação (1000); Sinais Vitais e medidas antropométricas (7000); Coleta de sangue (200); Visita domiciliar (1200); Promoção de ações educativas

(2000).

O passo a passo para a resolução do dimensionamento de pessoal (enfermeiro), norteou-se por cinco etapas, de acordo com a Resolução vigente¹⁰.

- 1) Delimitação de enfermeiros para os quais se pretende dimensionar o cálculo do Tempo de Trabalho Disponível (TTD) no ano;
- 2) Cálculo da quantidade de enfermeiros para realizar as intervenções diretas;
- 3) Cálculo da quantidade de enfermeiros para realizar intervenções indiretas;
- 4) Cálculo da quantidade de enfermeiros;
- 5) Interpretação dos resultados.

Etapla 1: Delimitação de enfermeiros para os quais se pretende dimensionar o cálculo do Tempo de Trabalho Disponível (TTD) no ano.

Nessa etapa deve-se delimitar a categoria profissional para o qual se pretende dimensionar. Nesse exemplo, o cálculo se dá para a categoria de enfermeiros. No entanto, a resolução atual¹⁰ também prevê o cálculo para técnicos/auxiliares de enfermagem.

Para calcular o tempo de trabalho disponível (TTD) do enfermeiro, em horas por ano, deve-se utilizar a equação:

$$TTD = [A - (B + C + D + E)] \times h$$

Onde:

TTD = Tempo de Trabalho Disponível		
A	número de dias de trabalho possíveis em um ano	O ano de 2019 tem 52 semanas x 5 dias úteis na semana=260 dias
B	número de dias de ausência em razão de feriados em um ano	7
C	número de dias de ausência em razão de férias em um ano	30
D	número de dias de ausências em razão de licença saúde em um ano	13
E	número de dias de ausência em razão de outras licenças em um ano	3
h	número de horas trabalhadas em um dia (jornada de trabalho)	8 horas

Substituindo-se estes valores na equação TTD(Enf) obtém-se:

$$TTD(Enf) = [260 - (7 + 30 + 13 + 3)] \times 8$$
$$TTD(Enf) = [260 - (53)] \times 8$$

$$TTD(Enf) = 207 \times 8$$

$$TTD(Enf) = 1.656 \text{ horas/ano}$$

Etapa 2: Cálculo da quantidade de enfermeiro para realizar as intervenções diretas

As intervenções/atividades de saúde de cuidado direto são aquelas que requerem interação direta com o usuário/família/comunidade e são realizadas por todos os membros de uma categoria profissional. Também são aquelas que identificam a especificidade do trabalho na atenção primária em saúde¹⁰. Em geral, a produção dessas intervenções diretas é registrada pelos enfermeiros. Vale destacar que a intervenção direta “consulta de enfermagem” é privativa do enfermeiro.

Antes de chegar na quantidade de enfermeiros, é necessário estabelecer o tempo dispendido para o atendimento dessas intervenções diretas. Este tempo é obtido da multiplicação da produção anual (P) de cada intervenção direta pelo tempo médio padrão (T), embasado em estudo⁴¹; o que é dividido pelo Tempo de Trabalho Disponível (TDD) previamente calculado. A soma desses valores resulta no número de enfermeiros necessário para o atendimento às intervenções diretas, a saber:

Item	Intervenções diretas	Produção anual (P*) Enf	Tempo médio (T*) Enf.	$Q_{dir} = \frac{(P \times T^*)}{TTD}$
1	Atendimento à demanda espontânea	3000	0,39	0,70
2	Consulta de enfermagem	5000	0,42	1,26
3	Administração de medicamentos	1000	0,21	0,12
4	Assistência em exames	200	0,31	0,03
5	Procedimentos ambulatoriais	300	0,32	0,05
6	Controle de imunização e vacinação	1000	0,42	0,25
7	Sinais Vitais e medidas antropométricas	7000	0,20	0,84
8	Coleta de sangue	200	0,31	0,03
9	Visita domiciliar	1200	0,59	0,42
10	Promoção de ações educativas	2000	0,47	0,56
Total requerido de (Enf) para cuidado direto - Q_{dir}(Enf)				4,2

Nota: P = Produção anual das intervenções diretas dos enfermeiros (apresentados no exercício); T = tempo médio das intervenções/atividades diretas dos enfermeiros com valor de referência do Brasil que foi descrito no estudo⁴¹ e consta no Anexo II da Resolução nº 543/2017 do COFEN(46). Porém ressalta-se que poderia ser identificado o tempo médio das intervenções/atividades diretas dos enfermeiros por estratos (1 a 4, 5 e 6), criados a partir dos resultados do PMAQ de 2012⁴⁷.

O cálculo da quantidade de enfermeiros para realizar as intervenções diretas Qdir(Enf) é realizada pela **Equação**:

$$Q_{dir} = \{[(P1 \times T1) / TTD] + [(P2 \times T2) / TTD] + [(P3 \times T3) / TTD] \dots \}$$

Para substituir os dados da equação, se olham os valores da tabela acima. Sendo:

- P1 igual a 3000 que corresponde a Produção anual (P) Enf. no atendimento à demanda espontânea. O T1 é o Tempo médio (T) Enf. no atendimento à demanda espontânea que foi descrito no estudo³ e consta no Anexo II da Resolução 543/2017⁹. Assim, P2/T2 (...) seguem essa lógica, sucessivamente.
- O Tempo de Trabalho Disponível (TTD) (Enf) foi calculado na etapa 1, com valor de 1.656 horas/ano.

Substituindo os dados na equação, tem-se:

$$Q_{dir}(Enf) = \{[(3000 \times 0,39) / 1.656] + [(5000 \times 0,42) / 1.656] + [(1000 \times 0,21) / 1.656] + [(200 \times 0,31) / 1.656] + [(300 \times 0,32) / 1.656] + [(1000 \times 0,42) / 1.656] + [(7000 \times 0,20) / 1.656] + [(200 \times 0,31) / 1.656] + [(1200 \times 0,59) / 1.656] + [(2000 \times 0,47) / 1.656]\}$$

$$Q_{dir}(Enf) = \{(1.170 / 1.656) + (2100 / 1.656) + (210 / 1.656) + (62 / 1.656) + (96 / 1.656) + (420 / 1.656) + (1.400 / 1.656) + (62 / 1.656) + (708 / 1.656) + (940 / 1.656)\}$$

$$Q_{dir}(Enf) = \{(0,70 + 1,26 + 0,12 + 0,03 + 0,05 + 0,25 + 0,84 + 0,03 + 0,42 + 0,56)\}$$

$$Q_{dir}(Enf) = 4,2$$

Etapla 3: Cálculo da quantidade de enfermeiros para realizar intervenções indiretas

As intervenções/atividades de cuidado indireto são aquelas que não requerem interação direta com o usuário/família/comunidade, mas que dão suporte para o cuidado¹⁰. São realizadas por todos os membros de uma categoria profissional. Geralmente, não tem a sua produção rotineiramente registrada. São exemplos: a reunião de equipe, educação permanente, documentação, entre outros.

O ($Q_{ind\%}$) corresponde ao valor percentual da quantidade de enfermeiros em estudo necessária para atender as intervenções/atividades indiretas.

Item	Intervenções indiretas	Percentual da participação do Enfermeiro
1	Ações educativas dos trabalhadores de saúde	2,1
2	Controle de infecção	0,1
3	Controle de suprimentos	0,5
4	Organização do processo de trabalho	3,7
5	Documentação	12,4
6	Interpretação de dados laboratoriais	0,2
7	Mapeamento e territorialização	0,1
8	Referência e contrarreferência	0,3
9	Reunião administrativa	5,9
10	Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais	1,9
11	Supervisão dos trabalhos da unidade	0,4
12	Troca de informação sobre cuidados de saúde	6,2
13	Vigilância em saúde	1,3
14	Ocasionais indiretas	10,5
Soma dos Percentuais das intervenções de cuidados indiretos (Q_{ind} %)*		45,6

*Nota: O valor do Q_{ind}% (Soma dos Percentuais das intervenções de cuidados indiretos) será sempre 45,6 de acordo com valor de referência do Brasil que foi descrito estudo⁴¹ e consta no Anexo II da Resolução nº 543/2017 do COFEN¹⁰. Porém, ressalta-se que poderia ser identificado o tempo das intervenções/atividades indiretas dos enfermeiros por estratos (1 a 4, 5 e 6)³, criados a partir dos resultados do PMAQ de 2012⁴⁷.

Etapa 4: Cálculo da quantidade de enfermeiros

Nessa etapa é realizado cálculo da quantidade enfermeiros (Q), ou seja, o quadro dimensionado. Para isso, utiliza-se a equação:

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}}$$

Substituindo-se os valores na equação, tem-se:

$$Q = \frac{4,2}{1 - \frac{45,6}{100}}$$

1º faça divisão do denominador: 45,6/100.

$$Q = \frac{4,2}{1 - 0,456}$$

2º faça subtração 1- o resultado da divisão.

$$Q = \frac{4,2}{0,544}$$

3º faça a divisão do numerador pelo denominador.

$$Q = 7,72$$

4º proceda o arredondamento universal.

$$Q \approx 8 \text{ Enfermeiros.}$$

Etapa 5: Interpretação dos resultados

A última etapa constitui-se na interpretação comparativa entre o quadro dimensionado e o quadro real, gerando uma análise de como a carga de trabalho se apresenta na unidade.

Identificação da Unidade	Quadro atual (Enf)*	Quadro dimensionado (Enf)	Diferença (Enf)	Razão*	Carga de trabalho
USF Liberdade	3	8	5	0,3	Insuficiente

*Nota: No quadro atual deve-se incluir os profissionais afastados (férias, licenças) e readaptados; Razão: ao se usar a razão entre os níveis de pessoal atual e dimensionado, avalia-se a pressão de trabalho que os profissionais de saúde sofrem no trabalho diário, em uma unidade de saúde⁴⁶. A razão (relação entre essas duas quantidades) nesse exemplo é calculada dividindo 3 por 8 = 0,3.

Para interpretação dos dados considera-se⁴⁶:

- Razão próxima de um (1): o quadro de pessoal atual que está em **equilíbrio** com as demandas de pessoal para a carga de trabalho da unidade de saúde;
- Razão maior que um (>1): evidencia **excesso de pessoal** em relação à carga de trabalho;
- Razão inferior a um (<1): indica que o número atual de profissionais é **insuficiente** para lidar com a carga de trabalho.

Os enfermeiros da APS têm papel crucial de analisar o cálculo de dimensionamento de pessoal, a fim de aprimorar suas práticas gerenciais e assistenciais, com repercussões no processo de trabalho, no trabalho em equipe e na assistência prestada. Para isso, a documentação de atividades produzidas pela equipe de enfermagem parece ser um meio indispensável para tal. A informatização, nesse aspecto, tende a ser um fator contribuinte, inclusive no dimensionamento como um todo e não somente na APS, ela pode ser útil também pela página eDimensionamento do COFEN <<http://edimensionamento.cofen.gov.br/>>

Nesse exercício, observa-se que existe a necessidade de contratação de 5 enfermeiros na USF Liberdade, para desempenhar todas as atividades exercidas pelos enfermeiros. Ou seja, é necessário adequar o quadro de pessoal às necessidades da comunidade, à segurança dos usuários e trabalhadores, bem como aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Os dados fornecem informações importantes sobre o processo de trabalho dos enfermeiros. Contudo, a falta de profissionais detectada pelo processo de dimensionamento não está em plena governabilidade da equipe, sendo então, primordial elaborar estratégias conjuntas de gestão das instâncias superiores, uma vez que o desprovimento do quadro de pessoal afeta a segurança do trabalhador e do usuário e a qualidade da assistência à saúde ofertada⁴⁴ na APS, em especial, isso pode repercutir na exposição dos usuários a incidentes, além do desgaste de trabalhadores neste contexto assistencial, que é o ordenador do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dimensionamento de pessoal de enfermagem nos sistemas e organizações de saúde mantém-se como um desafio para se alcançar as metas de melhores níveis de qualidade assistencial e resultados de saúde para a população. É, também, uma temática que envolve interesses por vezes conflitantes entre a categoria profissional, as entidades de classe, a legislação e a alta cúpula das organizações. Ainda assim, a sua importância é cada vez mais evidente, o que impõe a necessidade de lideranças de enfermagem munirem-se a seu respeito.

Os resultados dos estudos internacionais e nacionais apresentados e discutidos neste capítulo reforçam a evidência de que os melhores quadros de pessoal de enfermagem têm impacto na qualidade da assistência, representando melhores desfechos clínicos para os pacientes e menores incidências de eventos adversos (além da mortalidade) relacionados aos cuidados de saúde, como diminuição de infecções e tempo de permanência de internações hospitalares, além de redução de métricas gerenciais desfavoráveis, como afastamentos e horas extras. Deste modo, destaca-se que a adequada provisão de pessoal, ainda que seja um tabu à ótica financeira, é também algo que pode auxiliar no alcance de melhores desempenhos organizacionais, além daqueles voltados ao cuidado direto.

A temática do dimensionamento de pessoal em todos os cenários de saúde remete ao compromisso das lideranças em demonstrarem o papel central da enfermagem nos sistemas de saúde e da importância da adequação dos quadros de pessoal para assegurar o cuidado seguro ao paciente e ao profissional. Assim, o reconhecimento da abrangência e das especificidades dos diferentes cenários da prática de enfermagem para o planejamento

e provimento do número e qualificação dos profissionais necessários é fundamental para os gestores de enfermagem, no sentido de ter domínio de argumentos capazes de demonstrar as repercussões negativas da inadequação nos quadros de trabalhadores.

A ação cooperativa e coordenada dos órgãos governamentais, entidades representativas da enfermagem, pesquisadores, enfermeiros, gestores de saúde/enfermagem e a sociedade como um todo pode potencializar as mudanças necessárias, e os avanços no sentido de melhorar os ambientes de práticas de enfermagem, para os pacientes e para os profissionais.

Os conceitos, ferramentas, regulamentações e exemplos práticos discutidos no capítulo trazem elementos para subsidiar os enfermeiros na avaliação de seus cenários laborais, assim como na reflexão e na proposição de estratégias de enfrentamento desse desafio que é o dimensionamento de pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituições de Saúde. In: Kurcgan TP. Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 115–127
2. Quadros DV, Magalhães AMM, Mantovani VM, Rosa DS, Echer IC. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69⁽⁴⁾:638. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690410i>
3. Fugulin FMT, Oliveira JLC, Nicola AL, Araújo ASS, Marinho AM, Canavezi CM, Biehl JI. Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para a prática assistencial. *Divulgação em Saúde para o Debate.* 2016 (56): 126-133. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/002947368>
4. Vasconcelos RO, Rigo DFH, Marques LGS, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. *Esc Anna Nery.* 2017; 21⁽⁴⁾:e20170098. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf>
5. Magalhães AMM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AS, Moura GMSS. Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03255. Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016021203255>
6. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open.* 2018; 8:e016367. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/4/e016367.full.pdf>
7. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014; 383(9931):1824-1830. Available from:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
8. Carayon P, Gurses AP. Nursing Workload and Patient Safety-A Human Factors Engineering Perspective. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>

9. Swiger PA, Vance DE, Patrician PA. Nursing workload in the acutecare setting: a concept analysis of nursing workload. *Nurs Outlook*. 2016; 64⁽³⁾:244-54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.01.003>
10. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
11. Cucolo DF, Perroca MG. The qualitative dimension of Nursing workload: a measurement proposal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; 27:e3238. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pdf_0104-1169-rlae-27-e3238.pdf
12. Souza P, Cucolo DF, Perroca MG. Nursing workload: influence of indirect care interventions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03440. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018006503440>
13. Trovó SA, Cucolo DF, Perroca MG. Time and quality of admissions: nursing workload. *Rev Bras Enferm*. 2020;73⁽⁵⁾:e20190267. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0267>
14. Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática. Tese. São Paulo: USP; 1994.
15. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13⁽¹⁾:72–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>
16. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. esc. enferm. USP*. 1998; 32⁽²⁾. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n2/v32n2a09.pdf>
17. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo de nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19⁽¹⁾. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>
18. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48⁽⁵⁾. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000003>
19. Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. *Rev. esc. enferm. USP*. 2008; 42⁽²⁾:233-41. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/v42n2a3.pdf>
20. Dini AP, Damasceno VF, Oliveira HC, Tanaka EZ, Padilha KM, Gasparino RC. Validation of an Instrument to guide Nursing Staffing in Obstetric Rooming in. *Rev Bras Enferm*. 2020;73⁽⁴⁾:e20190159. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0159>
21. Vieira LC. Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2: um estudo de confiabilidade e validade de conteúdo. (Tese). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Medicina, 2020. Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/192125>

22. Queijo AF, Padilha KG. *Nursing Activities Score (NAS)*: adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43(Esp):1018-25. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns.pdf>
23. Souza VS, Inoue KC, Oliveira JLC, Magalhães AMM, Martins EAP, Matsuda LM. Dimensionamento do pessoal de Enfermagem na terapia intensiva adulto. REME – Rev Min Enferm. 2018. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1264>
24. Maziero ECS, Teixeira FFR, Cruz ED de A, Matsuda LM, Sarquis LMM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de terapia intensiva infantil: carga de trabalho versus legislação. Cogitare enferm. 2020; 25: e64058. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/64058>
25. Grebinski ATKG, Biederman FA, Berte C, Barreto GMS, Oliveira JLC, Santos EBS. Carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em terapia intensiva neonatal. Enferm. Foco 2019; 10 ⁽¹⁾: 24-28. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1468>
26. Macedo ABT, Riboldi CO, Silva KS, Mergen T, Echer IC, Souza SBC. Validação de paâmetros para preenchimento do sistema de classificação de pacientes de Perroca. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20170241. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170241>.
27. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/2004. Revogada pela Resolução nº 543/2017. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html
28. Trettene AS, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CCSD, Spiri WC. Absenteeism and the Technical Safety Index of a tertiary hospital nursing team. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03585. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036003585>
29. Oliveira Junior NJ, Magalhães AMM. Aspectos organizacionais em centro cirúrgico. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale Eg, Peruzzo AS, Felli VEA, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p.9-46.
30. Pedro DRC, Oliveira JLC, Tonini N, Matos FGOA, Nicola AL. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário. Journal Nurs. Health. 2018; 8⁽¹⁾:e188108. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13160>
31. Oliveira Junior NJ, Migowski ER. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na área cirúrgica. In: Riegel F, Oliveira Junior NJ. Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização para Enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2019.
32. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências; 2012.
33. Graziano KU, Silva A, Pasltikidis EM. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri (SP): Manole; 2011.
34. Martins JF, Antunes AV. Staff sizing in the material and sterilization center of a university hospital. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03496. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018027703496>

35. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 424/2012: Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde. 2012. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4242012_8990.html
36. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 7. ed. São Paulo: SOBECC; 2017.
37. Costa JA. Atividades de enfermagem no Centro de Material e Esterilização: subsídios para o dimensionamento de pessoal. (Dissertação). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2009. Available from: <https://teses.usp.br/teses-disponiveis/7/7131/tde-22062009-141143/pt-br.php>
38. Costa JA. Método para dimensionamento de pessoal de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME). (Tese). Programa de Pós- Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2015. Available from: https://teses.usp.br/teses-disponiveis/7/7140/tde-10122015-113836/publico/Costa_JA_Tese.pdf
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
40. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018; 42(116):11- 24. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
41. Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50⁽¹⁾:118-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>
42. Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46⁽⁶⁾:1462-70. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>
43. Bonfim D, Laus AM, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Comparação entre as intervenções de enfermagem realizadas e os registros em sistema informatizado para atenção básica. Acta Paul. Enferm. 2013; 26⁽⁴⁾: 401-08. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400016>
44. Santos LC, Andrade J, Spiri WC. Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery. 2019; 23⁽³⁾: e20180348. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0348>
45. World Health Organization. *Workload Indicators of Staffing Need (WISN): User's manual*. World Health Organization: Genebra, 2015. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/
46. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 543/2017. Anexo II. Parâmetros para dimensionar os profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF). Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-2017-ANEXO-II.pdf>

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES

Data de aceite: 21/01/2023

Maressa Aguiar de Souza

Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília, Brasília, DF,
Brasil

José Luís Guedes dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Rigeldo Augusto Lima

Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília, Brasília, DF,
Brasil

Shena Carolina da Silva Aguiar

Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília, Brasília, DF,
Brasil

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Universidade de Brasília (UnB), Brasília,
DF, Brasil

Simone Roque Mazoni

Universidade de Brasília (UnB), Brasília,
DF, Brasil

Alisson Fernandes Bolina

Universidade de Brasília (UnB), Brasília,
DF, Brasil

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e a mudança do perfil epidemiológico da população têm exigido uma reorganização dos processos de produção do cuidado no ambiente hospitalar. Pacientes hospitalizados demandam, cada vez mais, atendimentos de maior complexidade, necessitando de profissionais de saúde com maior qualificação para a realização de práticas seguras¹.

Os gestores de enfermagem são atores fundamentais no processo de gerir o cuidado nas instituições de nível terciário e carecem de instrumentos sistematizados e aplicáveis no ambiente de prática relacionados, principalmente, com o processo de trabalho e a gestão de pessoas. Tais processos devem garantir e qualificar um cuidado integral e seguro, tendo como cerne as melhores práticas assistenciais². Para tanto, é imprescindível que esse profissional se instrumentalize por meio de métodos confiáveis e válidos, a fim

de minimizar a subjetividade na adequação dos recursos humanos de enfermagem³.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução n.º 543/2017 recomenda o uso de instrumentos de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), para determinar as necessidades diárias de assistência de enfermagem bem como as horas de enfermagem durante as 24 horas de assistência aos pacientes⁴. Na literatura científica, há, também disponíveis outros instrumentos, que mensuram a carga de trabalho de enfermagem e podem ser utilizados no dimensionamento de pessoal em unidades de internação hospitalares^{3,5}. Ambos os métodos têm sido considerados essenciais na prática gerencial da enfermagem, pois são capazes de produzir dados que subsidiam o planejamento quantitativo de pessoal necessário para ofertar cuidados de maneira mais individualizada^{3,5-7}.

Entretanto, as evidências sobre a temática permanecem limitadas, dificultando a tomada de decisão sobre a melhor ferramenta de aplicação na prática de gestão de pessoas. Alguns pesquisadores destacaram que a falta de progresso nessa temática revela a necessidade de investigar as ferramentas e métodos já disponíveis para o uso na prática gerencial, tendo em vista a análise da sua aplicabilidade e operacionalização e, sobretudo, dos custos e impactos de adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem⁸.

Portanto, devido à importância do tema, buscou-se mapear os instrumentos validados, adaptados e/ou elaborados disponíveis na literatura para a mensuração da carga de trabalho de enfermagem e para a classificação de pacientes em unidades de internação hospitalares. Em consulta preliminar à literatura internacional, identificaram-se revisão de escopo sobre SCP em atenção domiciliar⁶ e carga de trabalho associada às ferramentas para o dimensionamento de pessoal de enfermagem⁸. Há, ainda uma revisão com uma retrospectiva histórica que pontua desafios relacionados aos SCPs⁹. No Brasil, destaca-se um estudo teórico sobre diferentes instrumentos utilizados para a avaliação da gravidade dos pacientes, quantificação das demandas de cuidados e estimativa da necessidade de profissionais de enfermagem, porém, com foco na assistência intensiva¹⁰.

Cabe considerar que não foi encontrada, na literatura, revisão de escopo sobre o uso e desenvolvimento desses instrumentos em unidade de internação hospitalar, apresentando-se como lacuna científica. A relevância do estudo reside em contribuir com a identificação, caracterização e síntese de evidências atualizadas sobre instrumentos de SCPs específicos para unidades de internação hospitalar, possibilitar o levantamento de lacunas de pesquisas relacionadas com os métodos de mensuração da carga de trabalho de enfermagem e de classificação de pacientes para ambientes de internação que apresentem determinadas peculiaridades e, especialmente, possibilitar a instrumentalização da gestão de pessoas em enfermagem com base no uso de instrumentos válidos e confiáveis.

A inovação do estudo se situa no impacto que traz com a apresentação de instrumentos específicos por área assistencial, fornecendo subsídios para tomada decisão e incorporação dessas ferramentas no processo de trabalho do enfermeiro, contribuindo para a segurança de quem presta e recebe o cuidado. Além disso, o estudo, também contribui para a identificação de cenários de cuidado que não possuem instrumentos de SCPs que contemplem suas especificidades, apontando possibilidades para novos estudos e pesquisas futuras.

Este capítulo teve como objetivo mapear os instrumentos validados, adaptados e/ou elaborados e disponíveis na literatura, para a mensuração da carga de trabalho de enfermagem e para a classificação de pacientes em unidades de internação hospitalares.

PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma revisão da literatura do tipo revisão de escopo conduzido em conformidade com as recomendações do Instituto Joanna Briggs¹¹.

A questão norteadora dessa revisão foi elaborada com base na estratégia *Participant, Concept e Context* (PCC)¹¹, ficando assim definida: quais instrumentos validados, adaptados e/ou elaborados estão disponíveis na literatura para mensuração da carga de trabalho de enfermagem e/ou para classificação de pacientes em unidades de internação hospitalares?

Considerou-se como critério de elegibilidade os estudos de validação, adaptação e/ou elaboração de instrumentos que avaliam a necessidade de cuidado/classificação de pacientes hospitalizados e/ou mensuram da carga de trabalho de enfermagem. Adotaram-se como critérios de exclusão: relato de caso, cartas ao editor, artigos de revisão, artigos de opinião e reflexão e outras produções científicas sobre temáticas em outros níveis de atenção (Atenção primária, Ambulatório, Instituição de Longa Permanência, Centros de reabilitação, Centros de convivência, Centro de Atenção Psicossocial e Atenção domiciliar).

A busca dos estudos foi realizada no dia 23/11/2021 nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para tal, foram delimitados os descritores controlados e não controlados de acordo com cada base de dados, utilizando ferramentas de pesquisa avançada, ou seja, os descritores selecionados foram cruzados e combinados usando os operadores booleanos “AND” e “OR”¹². Os descritores controlados (MESH) adotados na estratégia de busca dos estudos foram: “*Workload*”, “*Nursing Staff, Hospital*”, “*Workforce*”, “*Needs Assessment*” e “*Validation Studies*” sem limites de anos ou idiomas. Destaca-se que esses termos foram as referências para definição dos demais descritores nas outras bases de dados. A estratégia completa nas bases de dados com os

respectivos descritores controlados e não controlados está pormenorizada no apêndice 1.

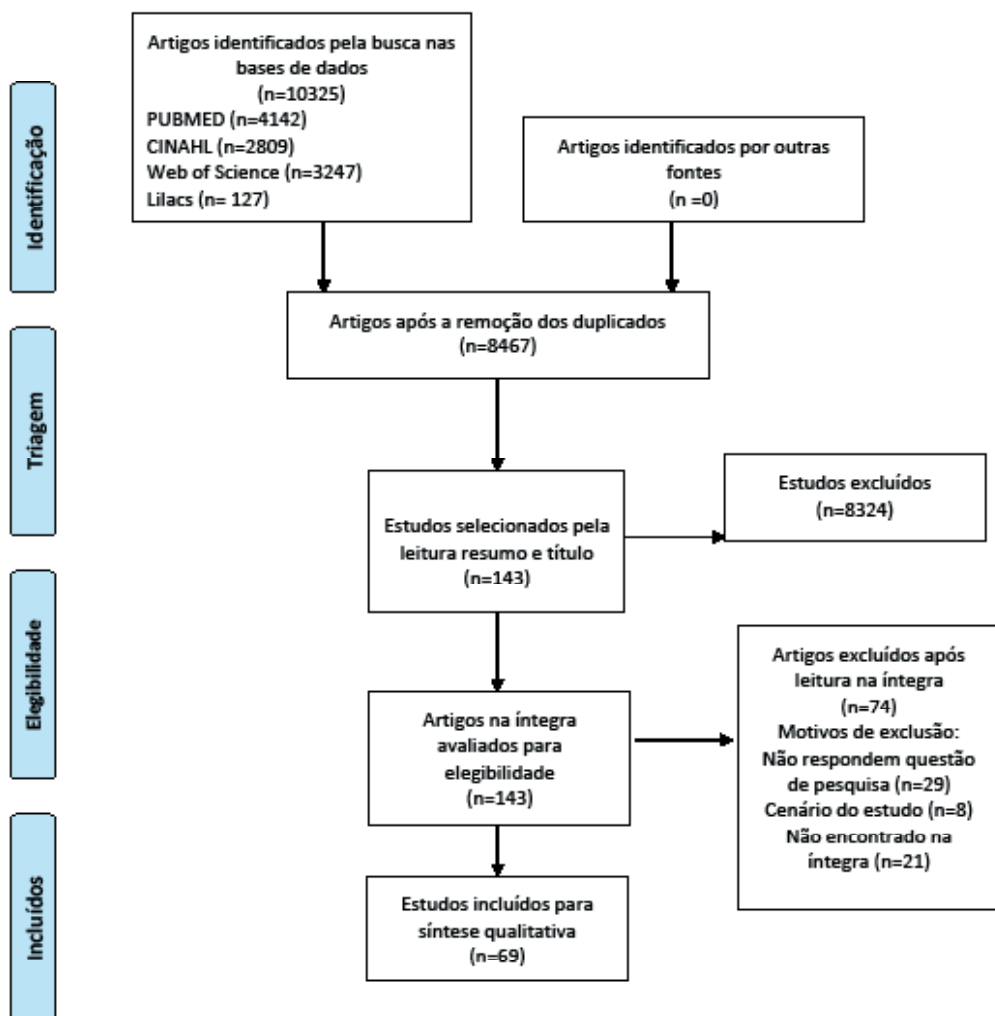
Depois da realização da busca dos estudos, os artigos encontrados foram importados para o software *Endnote - Clarivate Analytics*, para a identificação e exclusão dos duplicados¹³. Posteriormente, foi utilizado o software *Rayyan QCRI - Qatar Computing Research Institute*, para o gerenciamento do processo de seleção da amostragem final¹⁴.

Primeiramente, os estudos foram analisados considerando o título e o resumo. Aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram lidos e analisados na íntegra para seleção da amostragem final. Destaca-se que essas etapas foram conduzidas por dois revisores independentes com discordâncias resolvidas por consenso entre os pesquisadores.

Elaborou-se uma tabela para a extração dos dados que contemplasse as informações de interesse desta pesquisa. A síntese dos dados foi realizada de maneira descritiva e de acordo com a construção de categorias temáticas que abordam os resultados dos estudos sobre a temática.

RESULTADOS

O diagrama PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analys for Scoping Reviews*) foi utilizado para apresentar as etapas de seleção dos artigos (Figura 1).



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Figura 1. Seleção dos estudos nas bases de dados – Brasília, DF, 2021.

A partir da identificação e triagem dos resultados, bem como dos critérios de elegibilidade, 69 fontes de evidências foram incluídas para a síntese da revisão (Figura 1).

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os 69 artigos selecionados originaram-se de 20 países diferentes, com destaque para Brasil (n=25; 36,2%), Estados Unidos (n=9; 13,0%), Espanha (n=6; 8,7%) e Canadá (n=4; 5,8%). Foram publicados em 34 periódicos diferentes, principalmente, em revistas brasileiras: Revista da Escola de Enfermagem da USP (n=11; 15,9%), Revista Latino-Americana de Enfermagem (n=5; 7,2%) e Acta Paulista de Enfermagem (n=4; 5,8%). Dentre os periódicos do exterior, destacaram-se *Journal of Nursing Management* (n=5; 7,2%); *Journal of Advanced Nursing* (n=4; 5,8%); *Enfermeria Intensiva* (n=4; 5,8%) e *Intensive & Critical Care Nursing* (n=3; 4,3%) (Quadro 1).

Quanto ao ano de publicação, o primeiro artigo incluído nessa revisão foi publicado em 1988. Porém, a maioria das produções foi publicada a partir de 2013 (n=40, 58,0%), com maior concentração nesse mesmo ano (n=8, 11,6%) (Quadro 1).

O quadro 1 apresenta uma síntese das características dos artigos selecionados quanto ao autor, ano, país de origem e periódico de publicação.

Autor	Ano	País	Revista
Charbonneau et al. ⁽¹⁵⁾	1988	Estados Unidos	Medical Care
Prescott et al. ⁽¹⁶⁾	1991	Estados Unidos	Research in Nursing & Health
Williams, Anderson ⁽¹⁷⁾	1992	Estados Unidos	Nursing Management
Network ⁽¹⁸⁾	1993	Inglaterra	Archives of Disease in Childhood
MacNaughton ⁽¹⁹⁾	1995	Estados Unidos	Nursing Management
Martins, Haddad ⁽²⁰⁾	2000	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Perroca, Gaidzinski ⁽²¹⁾	2002	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem USP
Perroca, Gaidzinski ⁽²²⁾	2003	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Yamase ⁽²³⁾	2003	Japão	Nursing and Health Sciences
Lohrmann, Dijkstra, Dassen ⁽²⁴⁾	2003	Alemanha	Geriatric nursing

Rauhala, Fagerstro ⁽²⁵⁾	2004	Finlândia	Journal of Advanced Nursing
Perroca, Gaidzinski ⁽²⁶⁾	2004	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Walther et al. ⁽²⁷⁾	2004	Não especificado	Acta Anaesthesiol Scand
Iglesias, Alonso Villa ⁽²⁸⁾	2005	Espanha	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Bochembuzio, Gaidzinski ⁽²⁹⁾	2005	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem
Crouch, Williams ⁽³⁰⁾	2006	Inglaterra	Accident and Emergency Nursing
Martins, Forcella ⁽³¹⁾	2006	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem
Adell et al. ⁽³²⁾	2006	Espanha	Enfermería Intensiva
Conishi, Gaidzinski ⁽³³⁾	2007	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Santos et al. ⁽³⁴⁾	2007	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Marcos et al. ⁽³⁵⁾	2007	Espanha	Enfermería Intensiva
Fagerstroëm et al. ⁽³⁶⁾	2008	Finlândia	Journal of Advanced Nursing
Martins, Arantes, Forcella ⁽³⁷⁾	2008	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Milligan et al. ⁽³⁸⁾	2008	Inglaterra	Archives of Disease in Childhood
Queijo, Padilha ⁽³⁹⁾	2009	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Sawatzky-Dickson, Bodnaryk ⁽⁴⁰⁾	2009	Canadá	Journal of Nursing Management
Perroca ⁽⁷⁾	2011	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Dini et al. ⁽⁴¹⁾	2011	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Gelbcke et al. ⁽⁴²⁾	2012	Brasil	Enfermagem em foco
Perroca ⁽⁴³⁾	2013	Brasil	Journal of Advanced Nursing

Dini, Guirardello ⁽⁴⁴⁾	2013	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem
Arias-Rivera et al. ⁽⁴⁵⁾	2013	Espanha	Enfermería Intensiva
Varndell et al. ⁽⁴⁶⁾	2013	Austrália	Australasian Emergency Nursing Journal
Myny et al. ⁽⁴⁷⁾	2013	Bélgica	Journal of Advanced Nursing
Santos, Fugulin ⁽⁴⁸⁾	2013	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Bosco et al. ⁽⁴⁹⁾	2013	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Canabarro et al. ⁽⁵⁰⁾	2013	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem
Dini et al. ⁽⁵¹⁾	2014	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Dini, Guirardello ⁽⁵²⁾	2014	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Kleinknecht-Dolf et al. ⁽⁵³⁾	2015	Suíça	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Salvini, Perroca ⁽⁵⁴⁾	2015	Brasil	Ciência, Cuidado e Saúde
Valls-Matarín et al. ⁽⁵⁵⁾	2015	Espanha	Enfermería Clínica
Sánchez-Sánchez et al. ⁽⁵⁶⁾	2015	Espanha	Enfermería Intensiva
Stuedahl et al. ⁽⁵⁷⁾	2015	Noruega	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Junttila et al. ⁽⁵⁸⁾	2016	Finlândia	International Journal of Nursing Studies
van Oostveen et al. ⁽⁵⁹⁾	2016	Holanda	Journal of Nursing Management
Halfpap ⁽⁶⁰⁾	2016	Estados Unidos	Journal of PeriAnesthesia Nursing
Palese et al. ⁽⁶¹⁾	2016	Itália	Journal of Nursing Management
Macedo et al. ⁽⁶²⁾	2016	Portugal	Revista Brasileira de Enfermagem
Daraiseh et al. ⁽⁶³⁾	2016	Estados Unidos	Journal of Nursing Administration

Hessels et al. ⁽⁶⁴⁾	2017	Estados Unidos	Journal of Pediatric Nursing
Wang et al. ⁽⁶⁵⁾	2017	China	Intensive and Critical Care Nursing
Macedo et al. ⁽²⁾	2018	Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem
Silva, Castro, Popim ⁽³⁾	2018	Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem
Lachance et al. ⁽⁶⁶⁾	2018	Canadá	Canadian Journal of Critical Care Nursing
Stafseth et al. ⁽⁶⁷⁾	2018	Noruega	Journal of Nursing Measurement
Nieri et al. ⁽⁶⁸⁾	2018	Grécia	Intensive & Critical Care Nursing
Connor et al. ⁽⁶⁹⁾	2019	Estados Unidos	Dimensions of Critical Care Nursing
Hart et al. ⁽⁷⁰⁾	2019	Canadá	Journal of Neonatal Nursing
Piredda, Bambi, Biagioli. ⁽⁷¹⁾	2019	Itália	Intensive & Critical Care Nursing
Iordache et al. ⁽⁷²⁾	2020	Bélgica	Journal of Clinical Nursing
Connor et al. ⁽⁷³⁾	2020	Estados Unidos	Journal of Pediatric Nursing
Ayan, Türkmen ⁽⁷⁴⁾	2020	Turquia	Journal of Nursing Management
Idoffsson et al. ⁽⁷⁵⁾	2020	Suécia	European Journal Anaesthesiol
Lachance et al. ⁽⁷⁶⁾	2020	Canadá	Canadian Journal of Critical Care Nursing
Fantinelli et al. ⁽⁷⁷⁾	2020	Brasil	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Dini et al. ⁽⁷⁸⁾	2021	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Ko et al. ⁽⁷⁹⁾	2021	Coreia do Sul	Nursing Open
Margadant et al. ⁽⁸⁰⁾	2021	Holanda	International Journal of Nursing Studies

Quadro 1. Estudos selecionados pela pesquisa – Brasília, DF, 2021.

MAPEAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM OU DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Os principais cenários de desenvolvimento dos estudos no Brasil foram: unidades de tratamento intensivo para pacientes adultos (n=26; 37,7%) e unidades de internação (n=12; 17,4%). O quadro 2 apresenta os instrumentos de mensuração da carga de trabalho de enfermagem ou classificação de pacientes, distribuídos de acordo com os cenários de cuidado no Brasil e exterior, evidenciados nessa revisão de escopo.

Cenários de cuidado	Instrumentos evidenciados	
	Brasil	Exterior
Unidade neonatal*	1. Instrumento de classificação de RN desenvolvido por Toledo e Fugulin, validado por Bochembuzio ^{29,49} 2. Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos(ICPP) ⁷⁸ 3. Escala Fantinelli ⁷⁷	1. Northern Neonatal Network ¹⁸ 2. British Association of Perinatal Medicine ⁹⁸
UTI neonatal	Não evidenciados na busca	1. Patient Classification System for a Neonatal ICU ⁶³ 2. Winnipeg Assessment of Neonatal Nursing Needs Tool (WANNNT) ⁴⁰ 3. Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO II) ⁶⁹ 4. Winnipeg das Necessidades de Enfermagem Neonatal Tool-Surgical Complex (WANNNT-SC) ⁷⁰
Unidade de pediatria	1. Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) ^{41,44,51,52} 2. Instrumento para determinar a carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades pediátricas ⁴⁸	1. The Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO II) ⁷³ 2. Nursing-Kids Intensity of Care Survey (N-KICS) ⁶⁴
UTI Pediátrica	1. Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS) ⁵⁰ 2. Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) ⁵⁰	1. Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO II) ⁶⁹ 2. Nursing Activities Score (NAS) ⁶⁸ 3. Therapeutic Intervention Scoring System for Critically Ill Children (TISS-C) ⁶⁸

Internação (Enfermaria médico cirúrgica)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fugulin (2005) adaptado⁴² 2. Instrumento de Classificação de Pacientes: complementação do Instrumento de Fugulin et al.³⁴ 3. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca^{2,7,26,43,54} 4. Instrumento que classifica o paciente em quatro graus de dependência³⁶ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oulu Patient Classification (OPC)³⁶ 2. Scale to measure complexity of nursing care in acute care hospitals⁵⁸ 3. Sistema de classificação RAFAELA⁵⁸ 4. Korean patient classification system⁷⁹
UTI adulto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nursing Activities Score (NAS)³⁹ 2. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca^{7,21,22,26,43,54} 3. Instrumento que classifica o paciente em 4 graus de dependência³⁶ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nursing Activities Score (NAS)^{32,45,55-57,61,62,66,67,76} 2. Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS)³² 3. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28)⁶⁵ 4. Nursing Care Recording System (NCR11)²⁷ 5. Comprehensive Nursing Intervention Score (CNIS)²³ 6. Instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca (versão turca)⁷⁴ 7. Nurse Operation Workload (NOW)⁸⁰ 8. Care Dependency Scale (CDS)⁷¹
Unidade de emergência hospitalar (adulto)	Não evidenciados na busca	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jones Dependency Tool - JDT^{30,45} 2. Direct and indirect care activities¹⁹ 3. Workload Assessment of Nurses on Emergency⁷²
Hospital geral	Não evidenciados na busca	<ol style="list-style-type: none"> 1. Care Dependency Scale (CDS)²⁴ 2. Belgian Nursing Minimum Dataset (B-NMDS-2)⁴⁷ 3. Disease Staging, Version 6.0 e Patient Management Categories¹⁵ 4. Patient Intensity for Nursing Index (PINI)¹⁶ 5. Sistema de classificação RAFAELA²³
Psiquiatria	1. Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica ^{31,37}	1. Resource Utilization Systems (RUG) ²⁸

Outros (Recuperação Pós-Anestésica, Unidade de alto risco, transplante, oncologia, Unidade de cuidados intermediários, Unidade de Grandes Queimados)	1. Nursing Activities Score (NAS) ³	1. Postanesthesia Care Unit (PACU) Scoring ⁶⁰ 2. Patient Classification System (PCS) ¹⁷ 3. Nursing Care Score (NCS) ⁸¹ 4. Escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE) ³⁵ 5. Nursing Activities Score (NAS) ⁴⁵ 6. Instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca (versão turca) ⁷⁴ 7. Postanaesthesia workload instrument ⁷⁵
---	--	--

Quadro 2. Instrumentos de mensuração da carga de trabalho ou classificação de pacientes em unidades de internação hospitalares no Brasil e no exterior segundo cenários de aplicação – Brasília, DF, 2021.

* Maternidade/berçário/Alojamento conjunto.

Quarenta e um instrumentos foram identificados. Desses, 12 foram traduzidos e/ou construídos e validados para uso, no Brasil (Quadro 2).

Foram evidenciados instrumentos para Unidade neonatal, UTI neonatal, Unidade de pediatria, UTI Pediátrica, Internação, UTI adulto, Unidade de emergência hospitalar (adulto), Hospital geral e Psiquiatria (Quadro 2).

Apesar de menos frequente, também foram identificados instrumentos em áreas especializadas do cuidado de enfermagem: *Postanesthesia Care Unit (PACU) Scoring*⁶⁰, *Postanaesthesia workload instrument*⁷⁵ (ambos para Sala de Recuperação Pós-Anestésica); *Patient Classification System (PCS)*¹⁷ (Unidade de alto risco); *Nursing Care Score (NCS)*⁸¹ (Unidade de transplante); *Escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE)*³⁵; (Unidade de cuidados intermediários); *Nursing Activities Score (NAS)*^{3,45} (Internação oncológica e Unidade de Grandes Queimados, respectivamente) e Instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca⁷⁴ (Enfermaria Cirúrgica Oncológica).

O NAS foi um dos instrumentos mais utilizados, sendo encontrados 13 estudos (18,8%) de validação, tradução e avaliação para a sua aplicabilidade. A área de abrangência do NAS contemplou UTI Pediátrica⁶⁸, UTI adulto^{32,45,55-57,61,62,66,67,76}, Unidade de grandes queimados⁴⁵ e Unidade de Internação Oncológica³ (Quadro 2).

Estudos internacionais trouxeram o uso de instrumento único e padronizado para aplicação em hospitais gerais, independentemente do tipo de assistência prestada

(cuidados clínicos, cirúrgicos, intensivos, etc.)^{15,16,23,24,47}.

No Brasil, constatou-se a ausência de instrumentos validados para mensuração da carga de trabalho de enfermagem ou classificação de pacientes em UTI neonatal e Unidade de emergência hospitalar. A tradução e adaptação transcultural dos instrumentos *Patient Classification System for a Neonatal (ICU)*⁶³, *Winnipeg Assessment of Neonatal Nursing Needs Tool (WANNNT)*⁴⁰ e *Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO II)*⁶⁹ para UTI neonatal e dos instrumentos *Jones Dependency Tool (JDT)*^{30,45}, *Direct and indirect care activities* e *Workload Assessment of Nurses on Emergency*⁷² para unidade de emergência¹⁹ podem ser interessantes alternativas para sanar lacunas relacionadas com a necessidade de classificar os pacientes nesses ambientes de prática no Brasil (Quadro 2).

Foram identificadas diferentes etapas e métodos para elaboração e validação dos instrumentos de classificação do paciente ou mensuração da carga de trabalho de enfermagem. Ressalta-se que a construção e validação de instrumentos de análise do ambiente de prática são processos que exigem rigor metodológico, a fim de atender às especificidades do trabalho em saúde, conferir assistência adequada ao paciente e gerar menor impacto na carga de trabalho do profissional de saúde. Na discussão, foram abordados, de forma mais detalhada, os achados nacionais e internacionais.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de instrumentos específicos para a mensuração da carga de trabalho de enfermagem/classificação de pacientes e a adaptação transcultural ou o aprimoramento daqueles já disponíveis são necessidades para os serviços de saúde, a fim de gerar escalas válidas e confiáveis que traduzem a carga de trabalho real da assistência, possibilitando a adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais de saúde.

Na revisão de escopo, verificou-se que o Brasil concentra uma quantidade expressiva de estudos, o que pode estar relacionado com o crescimento dos programas de pós-graduação em enfermagem, principalmente da modalidade profissional, que foca no desenvolvimento de variados tipos de produção tecnológica sob a forma de produtos e serviços com ênfase nos cuidados de Enfermagem⁸².

O aumento de estudos a partir das últimas décadas também pode estar relacionado com o envelhecimento populacional e à transição epidemiológica. Tais mudanças geram a necessidade de revisão e discussão de novas formas de classificar os pacientes e dimensionar a prática da enfermagem, considerando as modificações nas demandas de cuidado e a necessidade da realização de uma assistência com qualidade e segurança⁸³.

A concentração de estudos nas áreas de internação (médico-cirúrgica) e UTI

Adulto foi uma tendência observada na presente revisão, sendo também constatada no recorte nacional. Embora em menor frequência, é importante ressaltar que unidades, tais como: neonatal, pediátrica, de emergência hospitalar adulto, psiquiatria, recuperação pós-anestésica, alto risco, transplante, oncologia, cuidados intermediários, UTIs neonatal, pediátrica e de grandes queimados também foram encontradas como cenários de aplicação.

O foco operacional hospitalar tem maior relevância nos cenários da emergência, também com menção ao centro cirúrgico, internação, terapia intensiva ou leito geral, enquanto vislumbrados sob a ótica da transição do cuidado. Entretanto, no paradigma multifocal, as especialidades, a exemplo da acupuntura, ginecologia obstétrica, pediatria, atendimento ao queimado, medicinas de emergência, paliativa, fetal, esportiva, física, de reabilitação, preventiva e social, dentre outras, também passaram a abranger modelos hospitalares⁸⁴.

Em particular, a UTI é um ambiente que apresenta necessidades de cuidados contínuos e especializados, o que requer maior aprofundamento acerca do tema para a garantia de uma assistência segura e de qualidade. Nas unidades de internações, também se concentram maior número de leitos no contexto hospitalar, com atendimento a pacientes de diferentes especialidades e níveis de complexidade. Porém, é crescente o aumento da demanda por cuidados de pessoas idosas ou com doenças crônicas, o que impacta na organização do cuidado e distribuição dos profissionais de enfermagem. Sendo assim, ambas as unidades demandam, cada vez mais, ações de cuidado de enfermagem difíceis de serem quantificadas.

Cabe destacar os estudos que investigaram a aplicabilidade de instrumentos nos hospitais, de forma geral, sem especificar as especialidades em que foram pesquisados, a exemplo do uso da *The Care Dependency Scale*²⁴, *Belgian Nursing Minimum Dataset (B-NMDS-2)*⁴⁷, *Disease Staging, Version 6.0* e *Patient Management Categories*¹⁵ e *Patient Intensity for Nursing Index* e Sistema de classificação RAFAELA²³.

A busca de instrumentos válidos e confiáveis que representem cargas laborais reais na assistência hospitalar e estimem com maior precisão o qualiquantitativo profissional com abrangência de um maior número de especialidades é uma expectativa frequente no cotidiano de enfermeiros, sendo também um inquietante motivo para o desenvolvimento do que aqui foi exposto e aplicação da prática baseada em evidência no âmbito dos hospitais de ensino.

Desse modo, observa-se que, apesar de as pesquisas contemplarem a maioria dos cenários de cuidados, os estudos demonstraram o uso de instrumentos em diferentes cenários, apontando uma heterogeneidade de métodos que exigem investigação de forma mais aprofundada. Assim como ocorreu com o NAS que foi um dos instrumentos mais

encontrados, abrangendo expressivo percentual dos estudos de validação, tradução e avaliação para a sua aplicabilidade^{3,32,45,55-57,61,62,66-68}.

No que diz respeito ao Brasil, nota-se abrangência de estudos acerca do instrumento de classificação de Perroca^{2,7,21,22,26,43,54,74}, seguido do instrumento de Fugulin^{29,34,41,42,48,49} e de instrumento de classificação de pacientes pediátricos^{44,51,52} com ou sem adaptações. O NAS, instrumento de mensuração de carga de trabalho de enfermagem, também foi citado por três estudos. Ressalte-se que a Resolução Cofen n.º 543/2017⁴ recomenda em seu anexo I os instrumentos de SCP dos autores Perroca, Dini, Guirardello, Fugulin, Gaidzinski, Kurcgant e Martins^{7,52,85-87}.

Instrumentos de medidas são ferramentas importantes na avaliação de saúde, prática clínica e pesquisa, entretanto, antes que sejam aplicados, é preciso conhecer com detalhes as propriedades de medidas às quais foram submetidos, e se a confiabilidade e a validade são consideradas as principais propriedades psicométricas no âmbito de análises⁸⁸. Os achados da revisão apontam que aproximadamente pouco mais da metade dos instrumentos analisados no Brasil passaram por testes de validade e confiabilidade, sendo eles: Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica³⁷, Instrumento que classifica o paciente em quatro graus de dependência²⁰, NAS³⁹, Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP)^{44,51} e Instrumento de classificação de pacientes de Perroca^{21,43,54}.

O NAS foi submetido ao teste de propriedades psicométricas de confiabilidade, no qual se considerou a estabilidade, medida pela concordância entre avaliadores (interavaliadores) e a consistência interna e, também à validade de critério concorrente e convergente³⁹. Um estudo propôs parâmetros para qualificar o preenchimento da classificação de pacientes proposto por Perroca por meio de revisão da literatura para elaboração do conteúdo (instrumento) e validação por consenso entre *experts*².

Nessa perspectiva, é elementar que esses apontamentos subsidiem novas pesquisas com amostras representativas e subgrupos de cenários para os instrumentos mais mapeados, seja por meio do campo da prática, seja por intermédio de revisões sistemáticas que avaliem a eficácia na ótica da validade e confiabilidade dos instrumentos elegíveis para maior investigação.

Como limitação da análise apresentada, não foi realizada busca da literatura cinzenta; porém, foram identificados mais de dez mil registros nas bases de dados informatizadas adotadas na revisão de escopo. Ademais, os resultados devem ser avaliados com cautela, considerando a diversidade da origem do instrumento, dos tipos de estudo e cenários de cuidado em que as pesquisas foram desenvolvidas. Recomenda-se a realização de estudos de revisão sistemática que incluam a avaliação do risco de viés metodológico

das evidências incluídas, especialmente quanto ao processo de validação adotado para avaliação dos instrumentos.

Ao explorar a temática evidenciaram-se instrumentos de SCPs para uso em diferentes cenários de atuação que devem ser incorporados na prática assistencial. Tal resultado traz importantes implicações para a enfermagem brasileira no que tange à autonomia profissional, bem como ao planejamento de uma assistência que mantenha o equilíbrio entre o desempenho profissional e as necessidades do paciente, conferindo segurança e qualidade ao cerne da prática profissional do enfermeiro: o cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1- Möller G, Magalhães AMM. Bed baths: nursing staff workload and patient safety. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em: 29 maio 2020];24(4):1044-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003110014>
- 2- Macedo ABT, Riboldi CO, Silva KS, Mergen T, Echer IC, Souza SBC. Validação de parâmetros para preenchimento do sistema de classificação de pacientes de Perroca. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 maio 2020];39:e20170241. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170241>
- 3- Silva TCMS, Castro MCN, Popim RC. Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 maio 2020];71(5):2383-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0015>
- 4- Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, de 18 de abril de 2017. (BR) [Internet]. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. *Diário Oficial da União*. 08 maio 2017. [acesso em: 29 maio 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
- 5- Velozo KDS, Garcia PCR, Piva JP, Fiori HH, Cabral DD, Einloft PR, et al. Escores TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 maio 2020];15(4):470-475. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO4028>
- 6- Flo J, Landmark B, Tønnessen S, Fagerström L. Patient classification systems used to classify nursing intensity and assess nursing staffing resources in home health care: A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2019 [acesso em: 29 maio 2020];99:103361. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.009>
- 7- Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em: 29 maio 2020];19(1):58-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>
- 8- Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 [acesso em: 29 maio 2020];103:103487. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>

- 9- Malloch K, Meisel M. Patient Classifications System: state of the science. Nurse Lead [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];11(6):35-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2013.09.008>
- 10- Tranquilliti AM, Padilha KG. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2007 [acesso em: 29 maio 2020];41(1):141-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100019>
- 11- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Capítulo 11: revisões de escopo. In: Aromataris E, Munn Z (editors). JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI, 2020 [acesso em: 29 maio 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- 12- Lefebvre C, Manheimer E, Glanville J. Chapter 6: Searching for studies. In: Higgins JP, Green S, (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0 (updated March 2011) [Internet]. The Cochrane Collaboration, 2011[acesso em: 29 maio 2020]. Disponível em: <https://handbook-5-1.cochrane.org>
- 13- EndNote [Internet]. Clarivate [acesso em: 29 maio 2020]. Disponível em: <https://access.clarivate.com/login?app=endnote>
- 14- Rayyan Qatar Computing Research Institute - QCRI [internet]. Web application [acesso em: 29 maio 2020]. Disponível em: <https://rayyan.qcri.org/welcome>
- 15- Charbonneau C, Ostrowski C, Poehner E, Lindsay P, Panniers T, Houghton P, et al. Validity and Reliability Issues in Alternative Patient Classification Systems. Med Care [Internet]. 1988 [acesso em: 29 maio 2020];26(8):800-13. Disponível em: www.jstor.org/stable/3765464
- 16- Prescott PA, Ryan JW, Soeken KL, Castorr AH, Thompson KO, Phillips CY. The Patient Intensity for Nursing Index: A Validity Assessment. Res Nurs Health [Internet]. 1991 [acesso em: 29 maio 2020];14(3):213-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.4770140308>
- 17- Williams GH, Anderson JJ. Developing a labor and delivery patient classification system. Nurs Manage [Internet]. 1992 [acesso em: 29 maio 2020];23(10):74-80. Disponível em: DOI: 10.1097/00006247-199210000-00019
- 18- Northern Neonatal Network. Measuring neonatal nursing workload. Arch Dis Child [Internet]. 1993 [acesso em: 29 maio 2020];68(5 Spec):539-43. Disponível em: https://doi.org/10.1136/adc.68.5_spec_no.539
- 19- MacNaughton N. Emergency Department Patient Classification System. Nurs Manage [Internet]. 1995 [acesso em: 29 maio 2020];26(10):34, 36-8. Disponível em: DOI: 10.1097/00006247-199510000-00007. PubMed PMID: 7566804.
- 20- Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2000 [acesso em: 29 maio 2020];8(2):74-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000200012>
- 21- Perroca MG, Gaidzinski. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores – correlação. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2002 [acesso em: 29 maio 2020];36(3):245-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000300006>

- 22- Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2003 [acesso em: 29 maio 2020];37(1):72-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000100009>
- 23- Yamase H. Development of a comprehensive scoring system to measure multifaceted nursing workloads in ICU. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2003 [acesso em: 29 maio 2020];5(4):299-308. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00165.x>
- 24- Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. The Care Dependency Scale: an assessment instrument for elderly patients in German hospitals. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2003 [acesso em: 29 maio 2020];24(1):40-3. Disponível em: doi: 10.1067/mgn.2003.8. PubMed PMID: 12598866.
- 25- Rauhala A, Fagerström L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [acesso em: 29 maio 2020];45(4):351-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02918.x>
- 26- Perroca MG, Gaidzinski RR. Perroca's patient classification instrument: construct validity analysis. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2004 [acesso em: 29 maio 2020];12(1):83-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100012>
- 27- Walther SM, Jonasson U, Karlsson S, Nordlund P, Johansson A, Mälstam J; south-Eastern Intensive Care Network Of Sweden. Multicentre study of validity and interrater reliability of the modified Nursing Care Recording System (NCR11) for assessment of workload in the ICU. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2004 [acesso em: 29 maio 2020];48(6):690-6. Disponível em: doi: 10.1111/j.0001-5172.2004.00397.x
- 28- Iglesias C, Alonso Villa MJ. A system of patient classification in long-term psychiatric inpatients: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2005 [acesso em: 29 maio 2020];12(1):33-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00789.x>
- 29- Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrument for classification of neonates in according of dependence degree of nursing's care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [acesso em: 29 maio 2020];18(4):382-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400006>
- 30- Crouch R, Williams S. Patient dependency in the emergency department (ED): reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accid Emerg Nurs* [Internet]. 2006 [acesso em: 29 maio 2020];14(4):219-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.06.005>
- 31- Martins PASF, Forcella HT. Patient system classification in psychiatric nursing. *Acta paul. Enferm* [Internet]. 2006 [acesso em: 29 maio 2020];19(1):62-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100010>
- 32- Adell AB, Campos RA, Bou MY, Bellmunt JQ, García CG, Canuto MS, et al. Care work load in critical patients. Comparative study NEMS versus NAS. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2006 [acesso em: 29 maio 2020];17(2):67-77. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(06\)73918-9](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(06)73918-9)
- 33- Conishi RMY, Gaidzinski RR. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2007 [acesso em: 29 maio 2020];41(3):346-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300002>
- 34- Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Patient classification system: a proposal to complement the instrument by Fugulin et al. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 [acesso em: 29 maio 2020];15(5):980-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500015>

- 35- Marcos BB, Campo Ugidos RM, Méndez EF, Villa Santoveña M. Proposal of a new assessment scale of work load and nursing times (VACTE®). *Enferm Intensiva* [Internet]. 2007 [acesso em: 29 maio 2020];18(3):115-25. Disponível em: DOI: 10.1016/S1130-2399(07)74393-6
- 36- Fagerström L, Rainio AK, Rauhala A, Nojonen K. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 [acesso em: 29 maio 2020];31(2):481-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01277.x>
- 37- Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Patient classification system in psychiatric nursing: clinical validation. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2008 [acesso em: 29 maio 2020];42(2):233-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200004>
- 38- Milligan DW, Carruthers P, Mackley B, Ward Platt MP, Collingwood Y, Wooler L, et al. Nursing workload in UK tertiary neonatal units. *Arch Dis Child* [Internet]. 2008 [acesso em: 29 maio 2020];93(12):1059-64. Disponível em: doi: 10.1136/adc.2008.142232
- 39- Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2009 [acesso em: 29 maio 2020];43(spe):1018-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>
- 40- Sawatzky-Dickson D, Bodnaryk K. Validation of a tool to measure neonatal nursing workload. *J Nurs Manag* [Internet]. 2009 [acesso em: 29 maio 2020];17(1):84-91. Disponível em: doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00877.x
- 41- Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLOR, Guirardello EB. Pediatric Patient Classification System: construction and validation of care categories. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 [acesso em: 29 maio 2020];45(3):575-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300004>
- 42- Gelbcke FL, Matos E, Schmoeller R, Mesquita MPL, Benedet SA. Instrumento para classificação do grau de dependência de usuários: um estudo para contribuir no dimensionamento de pessoal. *Enferm. Foco* [Internet]. 2012 [acesso em: 29 maio 2020];3(1):25-8. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n1.216>
- 43- Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];69(8):1862-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12038>
- 44- Dini AP, Guirardello EB. Construction and validation of an instrument for classification of pediatric patients. *Acta paul. Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];26(2):144-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200007>
- 45- Arias-Rivera S, Sánchez Sánchez MM, Fraile-Gamo MP, Patiño-Freire S. Transcultural adaptation into Spanish of the Nursing Activities Score. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];24(1):12-22. Disponível em: doi: 10.1016/j.enfi.2012.10.002
- 46- Varndell W, MacGregor C, Gallagher R, Fry M. Measuring patient dependency - Performance of the Jones Dependency tool in an Australian emergency department. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];16(2):64 -72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.04.001>

- 47- Myny D, De Bacquer D, Van Hecke A, Beeckman D, Verhaeghe S, Van Goubergen D. Validation of standard times and influencing factors during the development of the Workload Indicator for Nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];70(3):674-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12232>
- 48- Santos NC, Fugulin FMT. Creation and validation of an instrument to identify nursing activities in pediatric wards: information for determining workload. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];47(5):1052-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500007>
- 49- Bosco CS, Toma E, Oliveira SMJV, Belli MAJ. Reliability of an instrument to classify newborns according to care complexity. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];47(4):788-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400003>
- 50- Canabarro ST, Velozo KDS, Eidt OR, Piva JP, Garcia PCR. Concurrent Validation of Nursing Scores (the NEMS and TISS-28) in pediatric intensive care. *Acta paul. Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em: 29 maio 2020];26(2):123-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200004>
- 51- Dini AP, Alves DFS, Oliveira HC, Guirardello EB. Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em: 29 maio 2020];22(4):598-603. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3575.2457>
- 52- Dini AP, Guirardello EB. Pediatric patient classification system: improvement of an instrument. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 [acesso em: 29 maio 2020];48(5):787-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000003>
- 53- Kleinknecht-Dolf M, Grand F, Spichiger E, Müller M, Martin JS, Spirig R. Complexity of nursing care in acute care hospital patients: results of a pilot study with a newly developed questionnaire. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2015 [acesso em: 29 maio 2020];29(3):591-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12180>
- 54- Salvini MF, Perroca MG. Comparative study between two instruments for classifying patients. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em: 29 maio 2020];14(4):1498 -504. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.22647>
- 55- Valls-Matarín J, Salamero-Amorós M, Roldán-Gil C, Quintana-Riera S. Inter-rater concordance of the «Nursing Activities Score» in intensive care. *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [acesso em: 29 maio 2020];25(4):204-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.05.003>
- 56- Sánchez-Sánchez MM, Arias-Rivera S, Fraile-Gamo MP, Thuissard-Vasallo IJ, Frutos-Vivar F. Validating the Spanish version of the Nursing Activities Score. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2015 [acesso em: 29 maio 2020];26(2):63-71. Disponível em: [doi: 10.1016/j.enfi.2015.02.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.003)
- 57- Stuedahl M, Vold SI, Klepstad P, Stafseth SK. Interrater reliability of Nursing Activities Score among Intensive Care Unit health professionals. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 [acesso em: 29 maio 2020];49(spe):117-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700017>
- 58- Junttila JK, Koivu A, Fagerström L, Haatainen K, Nykänen P. Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];60:46-53. Disponível em: [doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.008). PubMed PMID: 27297367

- 59- van Oostveen CJ, Ubbink DT, Mens MA, Pompe EA, Vermeulen H. Pre-implementation studies of a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management in university hospitals. *J Nurs Manag* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];24(2):184-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12297>
- 60- Halfpap E. Staff Developed PACU Acuity Scoring Grid. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];31(4):303-8. Disponível em: [doi:10.1016/j.jopan.2014.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.09.008). PubMed PMID: 27444762
- 61- Palese A, Comisso I, Burra M, DiTaranto PP, Peressoni L, Mattiussi E, et al. Nursing Activity Score for estimating nursing care need in intensive care units: findings from a face and content validity study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];24(4):549-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12357>
- 62- Macedo APMC, Mendes CMFS, Candeias ALS, Sousa MPR, Hoffmeister LV, Lage MIGS. Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];69(5):826-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- 63- Daraiseh NM, Vidonish WP, Kiessling P, Lin L. Developing a Patient Classification System for a Neonatal ICU. *J Nurs Adm* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];46(12):636-41. Disponível em: [doi: 10.1097/NNA.0000000000000419](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000419). PubMed PMID: 27851704.
- 64- Hessels AJ, Darby SW, Simpser E, Saiman L, Larson EL. National Testing of the Nursing-Kids Intensity of Care Survey for Pediatric Long-term Care. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 maio 2020];37:86-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.026>
- 65- Wang Z-w, You L-m, Zheng J, Wang Y-x. Evaluation of the simplified therapeutic intervention scoring system: Chinese version. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 maio 2020]. Disponível em: [doi: 10.1016/j.iccn.2017.09.009](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.009). PubMed PMID: 29158024.
- 66- Lachance J, Douville F, Oliveira DM, Dallaire C, Oliveira AHC, Houle J, et al. Cultural adaptation of the Nursing Activities Score to the French-Canadian context and reliability evaluation. *Can J Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 maio 2020];29(3):32-8. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11794/16384>
- 67- Stafseth SK, Tønnessen TI, My Diep L, Fagerstrøm L. Testing the Reliability and Validity of the Nursing Activities Score in Critical Care Nursing. *J Nurs Meas* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 maio 2020];26(1):142-62. Disponível em: [doi: 10.1891/1061-3749.26.1.142](https://doi.org/10.1891/1061-3749.26.1.142)
- 68- Nieri AS, Manousaki K, Kalafati M, Padilha KG, Stafseth SK, Katsoulas T, et al. Validation of the nursing workload scoring systems “Nursing Activities Score” (NAS), and “Therapeutic Intervention Scoring System for Critically Ill Children” (TISS-C) in a Greek Paediatric Intensive Care Unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 maio 2020];48:3-9. Disponível em: [doi: 10.1016/j.iccn.2018.03.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.005). PubMed PMID: 29655596.
- 69- Connor JA, LaGrasta C, Gauvreau K, Porter C, Hickey PA. Validation of the Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO II) Acuity Tool for Pediatric Critical Care Nursing. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 [acesso em: 29 maio 2020];38(3):153-9. Disponível em: [doi: 10.1097/DCC.0000000000000355](https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000355). PubMed PMID: 30946124.

- 70 – Hart K, Marchuk A, Walsh J-L, Howlett A. Validation of a surgical neonatal nursing workload tool. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2019 [acesso em: 09 dez 2021];25(6):293-297. Disponível em: doi.org/10.1016/j.jnn.2019.06.002
- 71 – Piredda M, Bambi S, Biagioli V, Cross-validation of the Care Dependency Scale in intensive care unit (ICU-CDS). *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 [acesso em: 09 dez 2021];57:102787. Disponível em: doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102787
- 72 – Lordache S, Elseviers M, Cock R, Rompaey BV. Development and validation of an assessment tool for nursing workload in emergency departments. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2020 [acesso em: 09 dez 2021];29(5-6):794-809. Disponível em: doi.org/10.1111/jocn.15106
- 73 - Connor JA, LaGrasta C, Porter C, Hurtig M, McHugh S, King E, et al. The Measurement of Pediatric Inpatient Nursing Using the Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO©) Tool. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2020 [acesso em: 29 maio 2020];51:42-8. Disponível em: doi: 10.1016/j.pedn.2019.12.005. PubMed PMID: 31887720.
- 74 - Ayan G, Türkmen E. The transcultural adaptation and the validity and reliability of the Turkish Version of Perroca's Patient Classification Instrument. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2020 [acesso em: 09 dez 2021];28(2):259-266. doi: 10.1111/jonm.12916. PMID: 31793125.
- 75 - Idoffsson A, Olsson C, Homén A, Granberg-Axell A, Chew MS. Development and validation of an instrument to measure nursing workload in the postanesthesia care unit. *Eur J Anaesthesiol*. [Internet]. 2020 [acesso em: 09 dez 2021];37:864–873. DOI:10.1097/EJA.0000000000001284
- 76 - Lachance J, Douville F, Oliveira EM, Dallaire C, Houle J, Gallani MC. Validation of the French-Canadian version of the Nursing Activities Score. *Can J Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 [acesso em: 09 dez 2021];31(3):12–22. Disponível em: [https://www.thefreelibrary.com/Validation of the French-Canadian version of the Nursing Activities...-a0661722622](https://www.thefreelibrary.com/Validation+of+the+French-Canadian+version+of+the+Nursing+Activities...-a0661722622)
- 77 - Fantinelli AA, Borges RF, Stein RT, Molin RSD, Roncada C. Desenvolvimento e validação do instrumento específico para complexidade assistencial de puérperas e recém-nascidos: Escala Fantinelli. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2020 [acesso em: 09 dez 2021];20(2):441-450. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200006>
- 78 - Dini AP, Oliveira ACV, Almeida-Hamasaki BP, Mejias Quinteiro N, Carmona EV. Adaptation of an instrument to classify neonatal patients into care categories. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [acesso em: 09 dez 2021];55:e03674. Disponível em: doi.org/10.1590/S1980-220X2019033603674
- 79 - Ko Y, Park B, Lee H, Kim D. Developing and testing a Korean patient classification system for general wards based on nursing intensity. *Nurs Open* [Internet]. 2021 [acesso em: 09 dez 2021];8:1870–1878. Disponível em: doi.org/10.1002/nop2.845
- 80 – Margadant CC, Keizer NF, Hoogendoorn ME, Bosman RJ, Spijksstra JJ, Brinkman S. Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021 [acesso em: 09 dez 2021];113:103780. Disponível em: doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103780
- 81- Giammona S, Arena G, Calò M, Barone MA, Scelsa D, Lepre A, et al. Nursing workload and staff allocation in an Italian hospital: a quality improvement initiative based on nursing care score. *Cent. Eur. J. Nurs* [Internet]. 2016 [acesso em: 29 maio 2020];7(2):420-7. Disponível em: doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0010

- 82- Ferreira RE, Tavares CMM. Analysis of the technological production of three professional master's programs in the field of nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso em: 29 maio 2020];28:e3276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3916.3276>
- 83- Zolnieriek C, Watson JJ, Ruiz D. Texas Team Action Coalition Advancing Health Through Nursing: Past, Present, and Future. *Nurs Adm Q* [Internet]. 2021 [acesso em: 29 maio 2020];45(1):35-45. Disponível em: doi: 10.1097/NAQ.0000000000000451. PubMed PMID: 33259369.
- 84- Uzuelli FHP, Costa CD, Guedes B, Sabiá CF, Batista RR. Remodeling hospital care - an account of experiences in the Federal District of Brazil. *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2019 [acesso em: 29 maio 2020]; 24(6): 2147-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08612019>
- 85- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2005 [acesso em: 29 maio 2020];13(1):72-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100012>
- 86- Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade de enfermagem psiquiátrica: validação clínica [tese na internet]. Universidade de São Paulo, São Paulo; 2007 [acesso em: 29 maio 2020]. 123p. Disponível em: doi: 10.11606/T.7.2007.tde-20042007-105158
- 87- Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 1998 [acesso em: 29 maio 2020];32(2):153-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341998000200009>
- 88- Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em: 29 maio 2020];26(3):649-59. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Alexandre Pazetto Balsanelli

Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Fabiane Vieira da Rosa

Hospital Universitário da Universidade
Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)/
EBSERH, Florianópolis, SC, Brasil

enfermeiros que possuem esta competência desenvolvida têm recebido reconhecimento por promover a integração da equipe visando assistência segura ao paciente,² influenciar o clima organizacional e a permanência de colaboradores na instituição,³⁻⁴ bem como efetivar mudanças e alcance de metas institucionais com reduzido investimento financeiro.

Entretanto, dentre as competências profissionais do enfermeiro com ênfase em gestão, liderança, tomada de decisão, administração e gerenciamento e educação permanente,⁵ são consideradas as competências mais complexas de serem desenvolvidas durante a formação, uma vez que não se baseiam somente em aspectos técnicos, mas requerem uma formação holística e pautada em vivências práticas.⁶

Considerando que a gestão do cuidado e de equipes de saúde são atividades centrais para o fazer profissional do enfermeiro, e que a liderança tem grande potencial contributivo para

INTRODUÇÃO

As constantes transformações e avanços na atenção à saúde somados à necessidade de articulações multidisciplinares para resolução de problemas e crescente valorização do capital intelectual nos serviços de saúde têm exigido investimentos no desenvolvimento de competências individuais e organizacionais junto aos enfermeiros.¹

Neste contexto, a competência liderança tornou-se essencial para as organizações de saúde. Ao longo dos anos,

prática clínica e gerencial, faz-se necessário ampliar a discussão teórica sobre o tema, explorando abordagens clássicas e contemporâneas, evidenciando estratégias para o seu desenvolvimento.

ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS

A liderança do enfermeiro, entendida como competência profissional, está sendo motivo de atenção de centros formadores na capacitação de seus profissionais, de gestores de serviços e das principais organizações internacionais de saúde.

Competência é conceituada como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilita o aperfeiçoamento de processos e impacta positivamente nos resultados individuais e institucionais, quando aliada aos objetivos da organização.⁷ Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para formação dos enfermeiros, a liderança é capacidade de assumir a posição de líder na equipe multiprofissional de saúde, permeada por atributos como compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz visando à qualidade de vida da população.⁵

O fenômeno da liderança é estudado desde os tempos antigos com os filósofos clássicos como Aristóteles e Platão, no entanto é a partir do século XIX que os estudos passaram a ser sistematizados para o contexto organizacional.⁸⁻⁹

Os primeiros estudos relevantes sobre liderança datam da década de 1930, tendo como enfoque principal os traços de personalidade, cujo pressuposto básico era de que um líder possuía traços inatos em sua personalidade que o tornavam líder. Esta visão da liderança logo perdeu força, pois os estudos foram inconclusivos sobre as características de um líder somente com base em sua personalidade, ademais é uma visão restritiva e pouco prática para situações do ambiente corporativo.⁹⁻¹⁰

Neste mesmo período, três psicólogos, Lewin, White e Lippitt, iniciaram estudos com enfoque na situação grupal e no comportamento do líder, realizando um experimento com um grupo de escoteiros para identificar os tipos de liderança.¹¹ O primeiro grupo tinha um líder autoritário que determinava as regras e com pouca participação dos integrantes da equipe; o segundo grupo era conduzido por um líder democrático que dialogava com o grupo para tomar as decisões; e o terceiro grupo era conduzido por um líder que deixava o grupo tomar as decisões sozinho. A partir dos resultados, os pesquisadores definiram três tipos de liderança e as repercussões de cada uma para o alcance dos objetivos grupais:

- Autocrática: o líder determina as diretrizes sem a participação do grupo. A produtividade é mais alta em relação aos outros tipos, porém o grupo apresenta mais sinais de agressividade, tensão e ansiedade;

- Democrática: as diretrizes são debatidas pelo grupo conduzido pelo líder. A produtividade é intermediária, porém o grupo apresenta maior coesão e comprometimento;
- *Laissez-faire* ou liberal: o grupo determina as diretrizes sem influência do líder. A produtividade é baixa, o grupo demonstra sinais individualismo e agressividade.

A partir da década de 1960 o mundo corporativo passou por um processo de modernização intensa com a entrada de novas tecnologias, ferramentas de trabalho somadas aos movimentos como a Reengenharia e Qualidade Total, neste novo cenário, as teorias sobre a liderança começaram a ficar obsoletas. O foco de análise da liderança deixou de ser centrado na figura do líder passando para a análise da relação de influência entre o líder e os liderados em determinado ambiente sendo denominadas teorias situacionais ou contingenciais. Ao deslocar o foco da figura do líder, passando a analisar as variáveis ambientes, os estudiosos como Fred Fiedler, concluíram que o líder é aquele que consegue identificar situações posicionando-se de maneira a conduzir o grupo ao objetivo, assim o líder, pode ser qualquer um dentro do grupo que assuma este papel.¹⁰⁻¹² Seguindo nesta linha de análise, o líder é o integrante do grupo melhor preparado para aquela tarefa conduzindo o mesmo para o resultado final, desta forma não há um único líder, mas cada um poderá vir a ser líder.

MODELOS CONTEMPORÂNEOS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

As exigências do mundo e do mercado de trabalho tem impulsionado os estudiosos a proporem novos modelos de liderança para modernizar a gestão de pessoas. Neste contexto, destacam-se: liderança transformacional, liderança autêntica, liderança e liderança ressonante. Nos parágrafos abaixo descreve-se cada um destes modelos e suas implicações para os serviços de enfermagem.

Liderança Transformacional

A liderança transformacional é voltada para a qualidade da atenção à saúde prestada pela enfermagem, sobretudo na gerência, na educação e na assistência. O líder transformacional tem paixão por um ideal, inspira e motiva seus liderados a transcender seus próprios interesses para o bem da organização, modificando sua visão sobre as coisas, ajudando-os a pensar nos problemas de nova forma. São capazes de entusiasmar e estimular a darem o máximo de si para alcançar os objetivos da equipe. Eles oferecem consideração individualizada e promoção intelectual aos seus liderados, além de possuírem carisma.¹³

A Liderança transformacional tem em James McGregor Burns e Bernard Bass

seus principais estudiosos.¹⁴ Burns apresenta sua proposta em 1978, com dois modelos distintos de liderança: transacional e transformacional, conforme descrito no quadro 1. A primeira coloca a capacidade de influência do líder em atender os interesses particulares dos seguidores, utilizando uma lógica utilitarista de recompensa e punição. Modelo que enfatiza o auto interesse – líder e liderados, com preocupação baixa com aspectos morais, estando nas primeiras necessidades da escala de Maslow ou nas primeiras etapas da escala de desenvolvimento moral de Kohlberg. Nas instituições de saúde, ainda há uma perpetuação deste tipo de liderança, frequentemente os profissionais relatam fazer uso de tal prática para minimizar ou solucionar questões referentes ao trabalho.¹⁴

Liderança transacional	Liderança transformacional
Tem o foco nas tarefas administrativas	Identifica valores comuns
É aquele que cuida	É comprometido
Usa negociação para alcançar metas	Inspira os outros com a visão
Examina as causas	Tem uma visão de longo prazo
Utiliza a recompensa contingencial	Observa os efeitos
	Delega poder

Quadro 1 - Comparação da Liderança transacional x transformacional

Fonte: Vizeu, 2011.¹⁴

A Liderança Transformacional é centrada em uma relação dual – envolvimento dos líderes e liderados horizontalmente, busca o desenvolvimento de todos na adoção de posturas emancipatórias norteadas por princípios e valores morais com a coletividade, que deve transcender os interesses individuais em prol da coletividade.¹³ O foco está em influenciar todos para um desempenho acima das expectativas, procurar desenvolver posturas reflexivas sobre a situação vivida na busca de novas possibilidades de resolução ou de mudanças significativas em si, no outro como no ambiente (trabalho ou na sociedade). Para tal, o autodesenvolvimento e o desenvolvimento coletivo são entendidos como fatores que favorecem a transformação, bem como a autorrealização e o comprometimento coletivo.¹³⁻¹⁴

As principais contribuições de Bernard Bass estão na sistematização de uma metodologia para a liderança transformacional e o desenvolvimento de um instrumento para medir características desta liderança conhecido como *Multifactor Leadership Questionare* (MLQ)¹⁴⁻¹⁵ que ainda não está validado para o Brasil.

O modelo sistematizado indica quatro dimensões para a liderança transformacional:

influência idealizada; inspiração visionária; estimulação intelectual e consideração individualizada, conforme descrito abaixo ¹⁴⁻¹⁵:

1. A influência idealizada é a capacidade de influenciar liderados por meio de um ideal, uma ideologia ou valores socialmente compartilhados. Esta característica que associa o estilo transformador a comportamentos coletivamente orientados, como o altruísmo e a atitude cívica. O líder acaba se tornando um modelo a ser seguido e ganha a admiração, o respeito e a confiança dos liderados.
2. A motivação inspiradora está relacionada à criação de significado e de desafios para o trabalho do liderado e ao estímulo ao trabalho em equipe. Estabelece-se uma visão de futuro atrativa, com a comunicação de metas claras que levam à superação de limites.
3. A estimulação intelectual diz respeito à capacidade do líder de provocar a reflexão e fazer o liderado ir além de sua própria visão das coisas. Está ligada à inovação e à criatividade.
4. A consideração individualizada se refere ao estímulo e ao autodesenvolvimento dos liderados por meio de uma atenção individualizada. O líder investe tempo em atividades de mentoria e reconhece que os liderados têm desejos e necessidades diferentes.

Hermann, em seu estudo, apontou a necessidade de compartilhar e inspirar uma visão em diferentes níveis da organização. Demonstraram a importância de desenvolvimento de treinamentos e recomendam a inclusão nas disciplinas de enfermagem administrativa, especialmente as implicações da liderança transformacional para enfermeiros líderes.¹⁶

A liderança transformacional tem visão do futuro e, deve entusiasmar e empoderar os seguidores. O líder transformacional demonstra sólido compromisso com a profissão e a organização, procura estabelecer estratégias em conjunto para superar obstáculos, cria ambientes de sinergia que fortalecem a mudança, a criatividade e a inovação.¹⁵⁻¹⁷

Em uma pesquisa realizada em Taiwan, buscou-se avaliar a relação dos supervisores de enfermagem quanto à liderança transformacional, demonstrando uma relação positiva entre o líder e o liderado, principalmente relacionado à satisfação no trabalho.¹⁸

Os (as) enfermeiros (as) líderes transformacionais devem criar a cultura livre de culpa pela empoderamento dos liderados, desenvolvendo uma cultura de verdade e percebendo que o erro é uma oportunidade para o processo de crescimento e que possibilita uma assistência segura.¹⁹

Implementar e desenvolver ambientes para um trabalho saudável é uma premissa hoje para as organizações em que a rotatividade dos profissionais é alta. Assim a liderança transformacional vem para colaborar e melhorar a satisfação no trabalho e a retenção dos

profissionais.¹⁷

Neste contexto o líder transformacional tem um papel de facilitador e integrado para a construção emancipatória das pessoas e/ou dos grupos, sem perder a visão coletiva e os valores sociais compartilhados dentro de um contexto socialmente determinado.

Estudos¹³⁻¹⁸ na enfermagem apontam que o modelo da liderança transformacional pode influenciar a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros.

Liderança autêntica

O modelo de Liderança Autêntica vem sendo defendido recentemente por Walumbwa *et al*²⁰ Muito utilizado na área industrial, financeira, de varejo e aos poucos vem adentrando a área da saúde, sobretudo na Enfermagem, apesar de seus estudos serem limitados.²¹ Esse modelo traz um impacto positivo indireto no processo da condução de equipe e nos resultados almejados, de uma maneira geral, nas instituições.

A Liderança Autêntica revela a dimensão na qual o líder apresenta padrão de abertura e clareza em seu comportamento por meio da partilha de informações necessárias para a tomada de decisão, aceitando a entrada de outras pessoas. Este líder faz a divulgação de seus valores pessoais, motivações e sentimentos de uma forma que permite que os seguidores avaliem com mais precisão a competência e a moralidade de suas ações.²²

Os componentes de um líder autêntico são quatro: processamento balanceado, perspectiva moral e ética, transparência e autoconsciência e são mensurados por meio de um instrumento denominado *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ).²¹

1. Processamento balanceado envolve análise de todas as informações relevantes objetivamente e a procura pela opinião dos outros antes da tomada de decisões;
2. Perspectiva moral e ética envolve o comportamento dos líderes que são guiados por normas e valores morais internos do que com base nas pressões externas, advindas de seus pares, da organização, da sociedade;
3. Transparência constitui-se em fazer divulgações pessoais, como compartilhamento de informações e expressar abertamente suas verdades, pensamentos e sentimentos, valores morais com os seguidores;
4. Autoconsciência compreende a confiança nas próprias motivações, sentimentos, desejos, bem como reconhecimento de pontos fortes e fracos.²¹⁻²²
5. Destaca-se que o ALQ está em processo de validação no Brasil.

O líder autêntico possui capacidades psicológicas positivas de confiança, esperança, otimismo e resiliência, incluindo uma perspectiva moral positiva caracterizada por elevados padrões éticos que direcionam a tomada de decisão e comportamento. Eles demonstram

que realmente desejam compreender a sua própria liderança para servir os outros de modo mais eficaz. Agem de acordo com valores pessoais e convicções profundas para construir credibilidade e ganhar respeito e a confiança de seus seguidores. Ao incentivar diversos pontos de vista e construir rede de relações de colaboração com os seguidores, conduzem de uma forma que os seguidores percebem-no como autêntico.²¹ A transparência na relação solidifica a confiança, criando um clima ético positivo, que se reflete no trabalho, gerando nos seguidores sentimentos de autonomia, identificação com seu supervisor e, em consequência, promovendo maior engajamento na empresa e um ambiente de bem-estar no trabalho.²¹

Em seus estudos, Wong e Giallonardo²¹ reportam que algumas pesquisas na área da saúde em relação à aplicação da Liderança Autêntica, especificamente na Enfermagem, vêm trazendo impacto positivo na qualidade do cuidado prestado. Isso porque, quando o enfermeiro mantém uma relação de confiança com seus gestores, há um comprometimento afetivo por parte do enfermeiro, satisfação no trabalho e um aumento da qualidade do cuidado na unidade. Também ocorreu aumento das práticas de segurança nas organizações resultando em menos erros de medicação e quedas dos pacientes.²¹⁻²²

Líderes autênticos criam ambientes de maior empoderamento, melhorando a comunicação, capacitando o liderado a realizar seu trabalho de modo colaborativo com todos os membros da equipe de saúde, favorecendo assim uma ótima assistência ao paciente. Além disso, eles proporcionam uma colaboração interprofissional de qualidade, maior respeito no relacionamento médico-enfermeiro, com maior satisfação no trabalho, diminuindo riscos de ocorrência da síndrome de *burnout*, facilitando relações positivas genuínas e maior integração à equipe de saúde, particularmente em enfermeiros recém-graduados/recém-admitidos, beneficiando os pacientes por meio de um cuidado de qualidade, menos fragmentado.²³

Em um estudo sobre a influência da LA e as seis áreas de vida profissional no engajamento de enfermeiros, constatou-se que o líder autêntico tem uma relação positiva com a vida profissional do liderado, correlacionando com o melhor engajamento no trabalho. Os líderes autênticos são influentes na criação de ambientes de trabalho que promovam clima organizacional ético, inclusivo e solidário, com controle sobre a prática e o envolvimento na tomada de decisão, reconhecimento, trabalho em equipe, respeito e reflexão sobre justiça e valores.²⁴

Liderança Coaching

Uma das primeiras considerações sobre *coaching*, segundo a literatura, surgiu em uma cidade da Hungria, primeiramente denominada Kocs, em meados do século XV, estando associada a um tipo de transporte, no caso a carruagem. Posteriormente, foi

relacionada ao esporte, já na língua inglesa, chamado de *coach*. Tanto o treinador quanto a carruagem conduziam os indivíduos a algum lugar, ou até um objetivo. Depois, o *coaching* ou metodologia *coaching* passou a ser definido como uma técnica para desenvolvimento de atletas.²⁵

Já outro ponto de vista, reitera que o *coaching* é um tipo de orientação ou instrução.²⁶ Outra definição mais atual é de que é um processo na qual pessoas e grupos possam transformar-se, refletindo a respeito de suas visões, crenças e valores, podendo aprofundar esta aprendizagem incorporando novas habilidades. Através do processo de , novas competências emergem, tanto para o líder (*coach*) quanto para o liderado (*coachee*). Empoderar pessoas para que elas produzam e suas ações alcancem resultados, e estes resultados possam transformar-se em ações, fazem parte do processo *coaching*.²⁶

A liderança *coaching*, que deriva da teoria da Liderança Situacional, é uma forma de desenvolvimento de liderança, que apoiará os liderados a atingirem o seu maior potencial, utilizando seus pontos fortes como ferramenta de melhora na busca pelos melhores resultados.²⁵

Das habilidades inerentes ao *coach* na enfermagem, enfatiza-se: a comunicação, dar poder e exercer influência, apoiar a equipe para o alcance de resultados e dar e receber feedback como características imprescindíveis ao líder: ²⁷

1. A liderança inserida na comunicação tem a função de facilitar e coordenar os esforços de indivíduos e grupos e, com isso contribuir para as realizações das metas organizacionais. A eficácia tanto da comunicação interpessoal quanto da comunicação organizacional, determina em grande parte, o sucesso como um todo.²⁸ A comunicação assertiva e o gerenciamento tornam-se imprescindíveis frente às inúmeras demandas que o ambiente de trabalho apresenta. O sucesso do enfermeiro líder *coaching* neste ambiente é altamente dependente dos esforços colaborativos e eficientes de todos os setores de cuidados de saúde.²⁹
2. Dar poder e exercer influência acontece de modo natural e espontâneo. Significa reconhecer o vínculo e o respeito entre líderes e liderados. A partir do exposto, reitera-se que o uso adequado desse poder implica no grau de satisfação vivenciado pelos seguidores.²⁷
3. Apoiar a equipe para o alcance de resultados “é a função que o líder assume para articular as expectativas individuais com as metas e objetivos organizacionais. Tal atitude demonstra o quanto os líderes importam-se com seus seguidores, correspondendo, dessa forma, à confiança que neles foi depositada. Assim, os líderes coaches colocam seus liderados em posição de fazer face aos desafios futuros sem que percam sua percepção estimulante do presente, dando aos que seguem o senso coletivo de um objetivo compartilhado”.²⁷

4. A habilidade de dar e receber *feedback* está ligada ao exercício do empoderamento sobre o liderado, seja através do controle direto, seja pela influência ou responsabilidade. Receber o *feedback* também está associado ao sentido de poder, seja ele influenciado ou sob responsabilidade do liderado. Este meio também compete a estratégia de liderança *coach* na relação líder e liderado.²⁷ O *feedback* é uma maneira importante para mencionar pontos a serem melhorados e os positivos. Ele envolve a avaliação do desempenho de alguém no trabalho. É um processo que requer delicadeza e tato que se realizado de forma adequada, pode melhorar o desempenho e os resultados.²⁷⁻³⁰

Cardoso construiu e validou para o Brasil dois instrumentos para mensurar estas dimensões tanto na perspectiva do líder quanto do liderado.³¹

Liderança Ressonante

O modelo de liderança ressonante também tem se destacado por suas características inovadoras.³² Está pautado nos pressupostos da Inteligência Emocional proposto por Goleman.³³ Desta forma, o líder consegue realizar sintonia com as pessoas ao seu redor, estabelecer relações fortes e confiantes e gerenciar suas emoções de maneira eficaz. Tem compreensão de que as emoções são contagiosas e cria um clima de esperança e otimismo em torno delas.

Nesta perspectiva, Cummings e colaboradores,³⁴⁻³⁵ tendo como base os pressupostos de Goleman, Boyatzis e McKee,³⁶ desenvolveram o *Resonant Leadership Scale* que encontra-se em processo de validação para o Brasil. A escala é dividida nos quatro domínios da Inteligência Emocional.³³⁻³⁶

1. autoconhecimento: trabalha o conceito de abertura do líder;
2. autogerenciamento que aborda os conceitos de integridade, otimismo, realização da equipe e autocontrole;
3. consciência social que engloba os conceitos de empatia;
4. gestão de relacionamentos com foco nos conceitos de desenvolvimento de outros, gerenciamento de conflitos, inspiração visionária e empoderamento .

Revisão sistemática identificou que estilos ressonantes foram positivamente relacionados com componentes do ambiente da prática profissional de enfermagem, tais como modelos de cuidado e relação médico-enfermeiro. Além disso, melhora o gerenciamento de conflitos, saúde da equipe, segurança e satisfação no trabalho, bem como diminui níveis de ansiedade, exaustão emocional e estresse.³⁷

A liderança é um fenômeno grupal, existente em uma determinada circunstância e lugar histórico, ao compreender que o líder não está descontextualizado das relações

sociais do ambiente, o fenômeno da liderança torna-se um processo complexo com múltiplas facetas e determinantes.¹¹ Desta forma, as análises contemporâneas deste fenômeno se debruçam sobre determinados aspectos, não sendo contraditórias ou excludentes, por isso, o líder é aquele que sintetiza as aspirações do grupo em determinado momento, ou seja, a liderança é circunstancial a determinado momento sócio-histórico.

O líder é aquele que sempre aprende, que busca com sinceridade a opinião da sua equipe visando a evolução profissional de todos; é aquele que atua em prol de uma causa.³⁸⁻³⁹ O líder é um designer, ao criar as contingências adequadas, ou seja, metaforicamente falando, a infraestrutura, para a aprendizagem da organização; é um professor, ao desenvolver em seus liderados o pensamento sistêmico de maneira humilde, atuando como um eterno aprendiz e; é um guia, que orienta o grupo, sem possessividade.³⁸

ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇA

O desenvolvimento das competências gerenciais como a liderança integram a formação acadêmica-científica de novos profissionais por meio de cursos de graduação e pós-graduação assim como programas específicos de treinamento e desenvolvimento, elaborados a partir do mapeamento das necessidades sociais e das necessidades das organizações de trabalho.^{38,40-42} Neste tópico serão descritas algumas estratégias voltadas para o desenvolvimento da competência liderança nos profissionais.

Programa de Desenvolvimento de Líderes

As relações de trabalho estão passando por mudanças rápidas e profundas criando uma nova estrutura social e organizacional além de novas formas de gerir pessoas no ambiente corporativo.⁴³⁻⁴⁴ Frente a este cenário, surge a necessidade de desenvolver programas de treinamentos que atendam a estas mudanças. A Educação Permanente ou Educação em Serviço constitui-se em programas específicos de treinamento e desenvolvimento de competências, tanto técnicas quanto comportamentais e gerenciais.

Programas específicos para o desenvolvimento de líderes fazem, cada vez mais parte, do cotidiano de muitas organizações, nestes programas são abordados temas como liderança nos tempos atuais, comunicação, *feedback*, melhoria dos processos de trabalho, desenvolvimento de carreira, sucessão, gestão de equipes, gestão de conflitos, diferença entre diferentes gerações no ambiente corporativo, dentre outras temas relevantes para a organização capacitando líderes ou futuros líderes para analisarem a situação e atuarem de maneira mais eficaz e eficiente.

Uma das metodologias utilizadas nestes programas são oficinas, ou seja, encontros pré-agendados nos quais os participantes interagem entre si por meio de uma atividade

e discutem o desenvolvimento de estratégias para implantação no cotidiano de trabalho.

Outro exemplo de programa de desenvolvimento de líderes são os Programas de Trainee, no qual os profissionais recém-formados passam por diversas etapas de seleção como dinâmica de grupo, provas de conhecimentos (inglês, raciocínio lógico, português, entre outras) e entrevistas para participar do programa. Após a admissão, os novos profissionais passam por uma bateria de treinamentos visando desenvolvê-los nas competências gerenciais para que possam vir a ocupar cargos estratégicos.

Cultura de feedback

O *feedback* é um termo oriundo da Biologia, que foi agregado ao ambiente organizacional, consistindo no processo de receber e de fornecer informações a um interlocutor com objetivo de aprimoramento e evolução.³⁹ define que o *feedback* como uma ferramenta gerencial para o desenvolvimento da equipe e do profissional - líder e liderado, no entanto acima disso, é uma postura proativa que consiste em fazer com que o outro seja franco com você para cultivarem um relacionamento baseado na confiança mútua e no interesse sincero.

De maneira geral o processo educacional não é centrado no *feedback*, mas no julgamento por isso no ambiente corporativo muitos líderes e liderados encontram dificuldades em praticar o *feedback* de maneira adequada. Porém, como descreve Schein,³⁹ esta é a ferramenta mais importante para um líder pois é por meio desta troca efetiva e sincera que os profissionais e a organização poderão crescer.

Políticas de Gestão de Pessoas

As políticas de gestão de pessoas de uma organização constituem-se nas diretrizes formais para o comportamento profissional assim como na descrição de ferramentas utilizadas para a gestão das equipes. Como exemplo de política de gestão de pessoas podemos citar o Código de Ética e Conduta de uma organização, no qual são definidos os valores institucionais, as definições estratégicas como missão e visão, as condutas esperadas e as condutas inadequadas para o ambiente organizacional. Outro exemplo de política de gestão de pessoas são as diretrizes para as avaliações de desempenho, nas quais pode ser institucionalizada a prática do *feedback*.

Tutoria

A tutoria é uma prática milenar, muito comum na cultura oriental. Nesta prática o pupilo segue os passos do mestre, aprendendo a comportar-se diante das situações cotidianas e buscando soluções para os problemas. No mundo corporativo a tutoria é uma prática pouco explorada, no entanto constitui uma ferramenta poderosa de ensino aos

novos membros da organização assim como a transmissão da cultura organizacional e dos valores daquela instituição.

Coaching

O profissional que atua em cargos formais de liderança ou que atua de maneira informal como líder de equipe também precisa ter ciência de quais são os seus pontos fortes e quais são os seus pontos de melhoria, por meio do *feedback* é possível ter este retorno. Além dos *feedbacks* recebidos, o profissional pode contar com a ajuda especializada de outros profissionais por meio de processos de *coaching* visando o autoconhecimento e o desenvolvimento profissional.

Aperfeiçoamento profissional

O desenvolvimento das competências gerenciais parte tanto da organização quanto do profissional por isso os programas de treinamento são uma das opções para as organizações de trabalho e para os profissionais há a opção de cursos de pós-graduação *lato sensu*, ou seja, programas de especialização profissional assim como cursos de curta duração, de forma presencial ou *online*. Neste ponto cabe uma ressalva ao estudante estar atento para que o curso de pós-graduação seja reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), a consulta dos cursos credenciados está disponível no *site* do órgão.

CONCLUSÃO

Urge neste contexto que as instituições de saúde e também as formadoras adotem um modelo de liderança para que as estratégias para desenvolvimento sejam alinhadas e eficazes. Isto permitirá desenvolver enfermeiros líderes pautados num modelo referendado pela literatura saindo de um papel utópico de líder para outro mais real e adequado às necessidades do mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Mello AL, Brito LJS, Terra MG, Camelo SH. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. Esc. Anna Nery [Internet]. 2018; 22(1): e20170192. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0192
2. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nurs Outlook. 2018 Mar-Apr; 66(2): 180-189. Doi: 10.1016/j.outlook.2017.10.004
3. Balsanelli AP, Cunha IC. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. Out 2014; 48 (5): 938-43. Doi: 10.1590/s0080-6234201400005000022.

4. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, Chatterjee GE. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018 Sep; 85(1): 19-60. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016
5. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3 de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil; 2001 [acesso em 2020 Out 18]. Nov 9, Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
6. Siqueira CL, Bernadeli ACF, Gasparino RC, Feldman LB, Cunha ICKO, Oliveira RA. Knowledge of responsible technical nurses on management skills: a qualitative study. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jan-Feb; 72(1): 43-48. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0761
7. Sade PMC, Peres AM, Wolff LDG. The formation of the managerial competencies of nurses: an integrative review. *J Nurs UFPE Online [Internet]*. 2014; 8(6): 1739-45. Doi: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201438
8. Góis RMO, Santos AAA, Reis JB, Freitas JEF, Santos REC. Liderança em Enfermagem: desafio nas práticas gerenciais a partir de um estudo bibliográfico. *CGCBS*. 2015 Out; 3(1): 73-86. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/2429>
9. Hayashida KY. Liderança em enfermagem e o processo no contexto hospitalar [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2017. Doi: 10.11606/D.22.2018.tde-28022018-200424
10. Albuquerque FJB; Puente-Palacios KE. Grupos e Equipes de Trabalho nas Organizações in: Zanelli JC; Borges-Andrade JE; Bastos AVVB. *Psicologia, Organizações e Trabalho*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.
11. Pantoja SRG. Liderança: uma relação eficaz [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Civil; 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/265509>
12. Lapolli J; Beirão-Filho JA; Lapolli EM; Franzoni AMB. Líder coach: fazendo a diferença. In: Lapolli EM, Franzonni AMB, Melo MB, Gomes-Júnior WV. *Gestão de Pessoas em organizações empreendedoras*. Florianópolis: Pandion, 2010.
13. Strapasson MR, Medeiros CRG. Liderança transformacional na enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. Apr 2009 ; 62 (2): 228-233. Doi: 10.1590/S0034-71672009000200009
14. Vizeu F. Uma aproximação entre liderança transformacional e teoria da ação comunicativa. *Rev. Adm. Mackenzie (Online)*. 2011; 12(1): 53-81. Doi: 10.1590/S1678-69712011000100003
15. Fonseca AMO, Porto JB. Validação fatorial de escala de atitudes frente a estilos de liderança. *Aval. psicol.* [Internet]. Aug 2013; 12(2): 157-166. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200007&lng=pt
16. Herman S, Gish M, Rosenblum R. Effects of nursing position on transformational leadership practices. *J Nurs Adm*. Feb 2015; 45(2): 113-9. Doi: 10.1097/NNA.0000000000000165

17. Soto-Fuentes P, Reynaldós-Grandón K, Martíñez-Santana D, Jerez-Yañez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan* [Internet]. 2014 Mar; 14(1): 79-99. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.1.7
18. Lin PY, MacLennan S, Hunt N, Cox T. The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study. *BMC Nurs*. 2015 May 14;14:33. Doi: 10.1186/s12912-015-0082-x
19. Merrill KC. Leadership style and patient safety: implications for nurse managers. *J Nurs Adm*. 2015 Jun;45(6):319-24. Doi: 10.1097/NNA.0000000000000207
20. Walumbwa F, Avolio B, Gardner W, Werning TS, Peterson SJ. Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure Validation of a Theory-Based Measure. *Journal of management*. 2008; 34(1):89-126. Doi: 10.1177/0149206307308913
21. Wong CA, Giallonardo LM. Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. *J Nurs Manag*. 2013 Jul;21(5):740-52. Doi: 10.1111/jonm.12075
22. Walumbwa FO, Wang P, Wang H, Schaubroeck J, Avolio BJ. Psychological processes linking authentic leadership to follower behaviors. *The Leadership Quarterly* [internet]. 2010; 21(1): 901-914. Disponível em: <http://www.paper.edu.cn/scholar/showpdf/MUT2AN3I>
23. Laschinger HK, Smith LM. The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. *J Nurs Adm*. 2013 Jan;43(1):24-9. Doi: 10.1097/NNA.0b013e3182786064
24. Bamford M, Wong CA, Laschinger H. The influence of authentic leadership and areas of worklife on work engagement of registered nurses. *J Nurs Manag*. 2013 Apr;21(3):529-40. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01399.x
25. Oliveira-Silva LC, Werneck-Leite CDS, Carvalho PSF, Anjos AC, Brandão HIM. Desvendando o : uma Revisão sob a Ótica da Psicologia. *Psicol. cienc. prof*. 2018 Jun; 38(2): 363-377. Doi: 10.1590/1982-3703000942017
26. Ives Y. What is ? An Exploration of Conflicting Paradigms. *IJEBCW*. 2008 Aug; 6(2): 100-113. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2009-04457-009>
27. Cardoso ML, Ramos LH, D'Innocenzo M. Liderança : um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [: a reference model for the practice of nurse-leaders in the hospital context]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun;45(3):730-7. Doi: 10.1590/S0080-62342011000300026
28. Santos RO. A importância da comunicação no processo de liderança. *Rev. Adm. Saúde*. 2018 Set; 72(18): 1-26. Doi: 10.23973/ras.72.128
29. Negandhi P, Negandhi H, Tiwari R, Sharma K, Zodepy SP, Quazi Z, Gaidhane A, Jayalakshmi N, Gijare M, Yeravdekar R. Building Interdisciplinary Leadership Skills among Health Practitioners in the Twenty-First Century: An Innovative Training Model. *Front Public Health*. 2015 Oct 7;3:221. Doi: 10.3389/fpubh.2015.00221
30. Williamsom M. Part one: about . In: Donner G, Wheeler M. in nursing: an introduction. Geneva/ Indianapolis: Internacional Council of nurses/sigma theta tau internacional; 2009. p.9-13

31. Cardoso ML, Ramos LH, D’Innocenzo M. leadership: leaders’ and followers’ perception assessment questionnaires in nursing. *Einstein (São Paulo)*. 2014 Jan-Mar;12(1):66-74. doi: 10.1590/s1679-45082014ao2888
32. McKee A, Massimilian D. Resonant leadership: a new kind of leadership for the digital age. *Journal of Business Strategy*. 2006;27(5):45-49. Doi: 10.1108/02756660610692707
33. Goleman D. *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
34. Estabrooks CA, Squires JE, Cummings GG, Birdsell JM, Norton PG. Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Serv Res*. 2009 Dec 15;9:234. Doi: 10.1186/1472-6963-9-234
35. Estabrooks CA, Squires JE, Hayduk LA, Cummings G, Norton PG. Advancing the argument for validity of the Alberta context tool with unregulated nursing care providers in residential long-term care. *BMC Medical Research Methodology*. 2011; 11:107.
36. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *The new leaders: transforming the art of leadership into the science of results*. London, England: Sphere Books, 2002.
37. Cowden T, Cummings G, Profetto-McGrath J. Leadership practices and staff nurses’ intent to stay: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2011 May;19(4):461-77. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x
38. Senge, P. *A quinta disciplina: a arte e a prática da organização que aprende*. 32ª ed. Rio de Janeiro: Bestseller, 2017.
39. Schein, E. H. *Liderança sem ego: a arte da indagação humilde para construir equipes fortes e comprometidas*. São Paulo: Editora Cultrix, 2018.
40. Zanelli JC, Silva N. *Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
41. Leme R. *Gestão por competências no Setor Público*. 1º ed. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2011.
42. Zucatti APN, Silveira LMOB, Abbad GS, Flores CD. Criação de uma simulação para o desenvolvimento de competências em um hospital. *Psicol. cienc. prof*. 2009 May; 39(1):e181204. Doi: 10.1590/1982-3703002102017
43. Richter SA, Santos EP, Kaiser DE, Capellari C, Ferreira GE. Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32(1):46-52. Doi: 10.1590/1982-0194201900007
44. Siqueira CL, Bernadeli ACF, Gasparino RC, Feldman LB, Cunha ICKO, Oliveira RA. Knowledge of responsible technical nurses on management skills: a qualitative study. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jan-Feb;72(1):43-48. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0761

TOMADA DE DECISÃO PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Fernando Henrique Antunes Menegon

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Patricia Klock

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Bruno de Campos Gobato

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

José Luís Guedes dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

a da saúde sofreram diversas influências em decorrência da ação das forças sociais, econômicas e políticas que levam a uma crescente necessidade das organizações reverem seus modelos de gestão e atenção à saúde como também a buscarem profissionais qualificados e competentes¹.

Entre os profissionais da área da saúde demandados pelo atual mercado de trabalho, destaca-se o enfermeiro. Ele é responsável pelo desempenho de funções educacionais, administrativas e assistenciais objetivando à promoção da saúde e realização de cuidados. A esfera de trabalho educacional tem como finalidade prestar ações educativas para todos os atores que permeiam o trabalho em saúde. Especificamente, a perspectiva assistencial possui a finalidade de prestar e executar ações de assistência integral aos pacientes, tendo como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem. Já a perspectiva gerencial é constituída pela realização de ações que englobam o

INTRODUÇÃO

Devido à globalização da economia, inserção de novas tecnologias, desenvolvimentos das mídias sociais e a rápida mudança referente a processos de trabalho cada vez mais dinâmicos, percebem-se a necessidade dos diversos setores de produção de trabalho acompanharem as transformações exigidas pelo mercado de trabalho. Nessa perspectiva, áreas como

cuidado ao paciente, instituição, organização do ambiente e a coordenação do trabalho coletivo da enfermagem ².

A articulação entre as esferas gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro permite a realização de mudanças constantes em sua prática profissional tendo o cuidado de enfermagem como eixo central de suas ações por meio do auxílio do trabalho gerencial. Com foco no trabalho do enfermeiro, percebe-se que a tomada de decisão é um elemento transversal no cotidiano nos serviço de saúde visto que a todo o momento este profissional é confrontado por inúmeras demandas que o levam a tomar decisões^{3,4}.

A tomada de decisão é definida como ação de realizar uma escolha entre alternativas que permitem alcançar um determinado resultado. Para que o objetivo esperado seja alcançado, a tomada de decisão deve ser feita com conhecimento, racionalidade, competência e consciência. Dessa forma, um processo tende a sistematizar a ação de tomar decisões, sendo fundamental para considerar todos os elementos relevantes e evitar erros. A partir dele, a complexidade e incerteza gradativamente dão lugar à compreensão mais aprofundada do problema e do custo-benefício das opções disponíveis visando uma assertividade no trabalho em saúde⁵.

O processo decisório tem início a partir da identificação de que algo está fora do padrão de normalidade. A origem do problema pode estar pouco ou bem delimitada devido a sua forma de ocorrência. Logo, é necessário levar em consideração a tomada de decisões não programadas no seu dia a dia e a tomada de decisões programadas, sendo aquelas que o problema é identificado com antecedência permitindo a sistematização das ações.

DECISÕES PROGRAMAS E DECISÕES NÃO PROGRAMADAS

Desde o início da produção de cuidados na construção da profissão até os dias atuais, existe o imaginário de que o enfermeiro consegue resolver inúmeros problemas em sua prática profissional por meio da capacidade de gerir diversos aspectos no seu cotidiano de trabalho e por muitas vezes ao mesmo tempo. Essa imagem pode ter surgido devido à capacidade de resolver problemas, decidindo com calma em relação a cada problema identificado no seu processo de trabalho. Quando um problema é identificado, surge a necessidade de decidir, para isso, é necessário elencar prioridades quando se trata da resolutividade de questões de diferentes naturezas⁶.

Questões rotineiras já vivenciadas dentro do ambiente de trabalho não exigem resoluções complexas, podendo ser resolvidas por decisões programadas, visto que no dia a dia o enfermeiro se depara frequentemente com a mesma situação para ser resolvida. Entretanto, quando situações não planejadas surgem e necessitam de decisões não programadas, os profissionais tendem a dar mais importância ou até mesmo tentar ser

resolutivo com base no imediatismo, visto que o acontecimento foi inesperado e exige decisões não programadas do seu cotidiano^{7,8}.

As decisões programadas dão origem geralmente para soluções de problemas rotineiros, de acordo com procedimentos pré-estabelecidos pela dinâmica do serviço de saúde tendo como base as regras, políticas e protocolos. Esse tipo de decisão resume a tomada de decisão em situações repetitivas e servem para enfrentar problemas que se repetem e que podem ser previstos e analisados. Como aspecto positivo, as decisões dessa origem economizam tempo, em contrapartida, as decisões programadas limitam a liberdade na tomada de decisão, pois o enfermeiro deve seguir normas já estabelecidas para solucionar um determinado problema recorrente⁹.

As decisões não programadas são soluções específicas criadas por meio de um processo não estruturado que visa resolver problemas não rotineiros, ou seja se um problema não surge com frequência, esse tipo de tomada de decisão tende a não ser estruturada em etapas ou sistematizada e consequentemente o enfermeiro utiliza de estratégias para obter governabilidade para resolver os problemas incomuns que surgirem em seu cotidiano de trabalho⁹.

As decisões não programadas permeiam diferentes alternativas que tangem a imprevisibilidade, e muitas vezes estão relacionadas a acontecimentos futuros. Para lidar com essas situações inesperadas, deve-se entender que algumas variáveis podem interferir no processo decisório, sendo elas: a certeza, o risco, a incerteza e turbulência⁹.

A certeza relaciona-se às condições precisas, mensuráveis e confiáveis que levam a tomada de decisão, conferindo maior grau de acerto, visto que o enfermeiro pode identificar com clareza a alternativa que melhor responderá o seu objetivo na solução de problemas. A condição de incerteza é antagonista da certeza, a qual é resultante de pouco conhecimento sobre as alternativas para a tomada de decisão ou sobre os futuros resultados. A turbulência trata-se da falta de identificação correta do problema a ser resolvido ou quando as metas e objetivos não são definidos e não há conhecimento sobre as alternativas para dar solução ao problema e como consequência há um desperdício de tempo para resolução do principal problema. O risco permeia toda a tomada de decisão e ocorre quando por que não se pode prever o resultado das ações tomada⁹.

PENSAMENTOS QUE COMPÕEM A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO

A capacidade para aplicação da tomada de decisão necessita o desenvolvimento de habilidades de raciocínio ou pensamentos pautados nas experiências práticas e teóricas, resultantes das vivências dos enfermeiros dentro dos serviços de saúde¹⁰. Para a realização da tomada de decisão, três pensamentos compõem o processo de raciocínio

desse profissional, sendo os pensamentos: intuitivo, crítico e reflexivo.

O pensamento intuitivo é descrito como um julgamento que provém da intuição adquirida por meio de experiências ao longo da prática profissional. Esse pensamento parte da ordem dos sentimentos e associações para a solução de problemas ainda desconhecidos ou para a realização da tomada de decisão não programada¹¹.

Já o pensamento reflexivo pode ser considerado uma forma de pensar questionadora nos serviços de saúde, pois abrange um estado de dúvida, uma vez que visa à resolução de problemas. Nesse sentido, o pensamento reflexivo é mais que o pensar em si, trata-se de refletir sobre uma ação para avaliar as alternativas elencadas para a tomada de decisão¹².

O pensamento crítico, por sua vez, é um julgamento baseado em evidências científicas. Esse pensamento pode representar atributos e habilidades de um enfermeiro racional que guia sua prática profissional por meio de estudos comprovados pela comunidade acadêmica. A prática baseada em evidências é considerada uma estratégia essencial e de responsabilidade criteriosa, que assegura qualidade para o desenvolvimento dos cuidados⁸.

O julgamento baseado no pensamento crítico do enfermeiro permite uma compilação das informações e ponderação das alternativas para realização do julgamento de maneira mais sistemática, permitindo que o profissional utilize de etapas para assim poder gerenciar o cuidado por meio da tomada de decisão⁴.

TOMADA DE DECISÃO SISTEMÁTICA

A busca pela qualidade da assistência em saúde tem desafiado o enfermeiro no desenvolvimento da enfermagem como profissão reconhecida por sua expertise, capacidade crítica e autonomia para a realização da tomada de decisão. Nesse sentido, as rápidas mudanças no trabalho do enfermeiro têm exigido uma ampliação da tomada de decisão dentro dos serviços de saúde⁴.

Para isso, o pensar e agir científico do enfermeiro permite o desenvolvimento da autonomia e liderança frente aos diversos casos em sua prática profissional. Em especial, nos serviços de saúde, a competência relacionada à tomada de decisão mostra-se essencial para a promoção de uma prática segura e de qualidade¹⁰.

Para isso, uma abordagem racional e sistemática pode garantir uma maior probabilidade de soluções mais assertivas. Desta forma, os profissionais que se deparam com a necessidade de tomar decisões, optam pelo modelo racional por meio do pensamento crítico como estratégia para a tomada de decisão⁴.

Para a operacionalização do processo decisório, ou seja, o caminho que leva à tomada de decisão pelo enfermeiro nos serviços de saúde, sendo que este modelo,

composto por um processo de cinco etapas inter-relacionadas. Destacam-se as seguintes etapas: identificação do problema, identificação das alternativas para tomar a decisão, implementação da tomada de decisão e avaliação⁹.

Para a construção da tomada de decisão sistemática, primeiramente, realiza-se um levantamento de dados ou problemas prioritários mediante a avaliação do enfermeiro, isto ocorre por meio da identificação dos problemas inerentes a prática profissional. Destaca-se a relevância para o levantamento dos dados visto que é nesse momento que o profissional pode definir a raiz do problema que deve ser resolvido mostrando-se como essencial para o prosseguimento da sistematização da tomada de decisão⁹.

Em seguida, os dados levantados na etapa anterior são interpretados com base nos conhecimentos técnico-científicos que são alicerçados com a experiência prática ou pessoal de cada profissional. Nesse momento, é que o enfermeiro consegue distinguir as decisões programadas das não programadas, onde por meio da reflexão o profissional consegue avaliar se as alternativas elencadas são novas ou já vivenciadas⁹.

Como consequência dessa avaliação, formulam-se alternativas que por meio de hipóteses são analisadas para cumprir com os objetivos decorrentes do problema levantado. A aplicação prática da ação surge pela implementação da melhor alternativa gerada pela hipótese, visto que a tomada de decisão de enfermeiros é permeada por diferentes alternativas sendo que muitas envolvem acontecimentos futuros e imprevisíveis⁹.

Como desfecho, uma avaliação final é realizada para verificar a acurácia e assertividade das decisões tomadas pelos enfermeiros. Essas decisões são suscetíveis a mudanças à medida que o enfermeiro identifica a necessidade de reavaliação das medidas tomadas⁹.

A figura 1 ilustra o processo de tomada de decisão sistemática do enfermeiro.

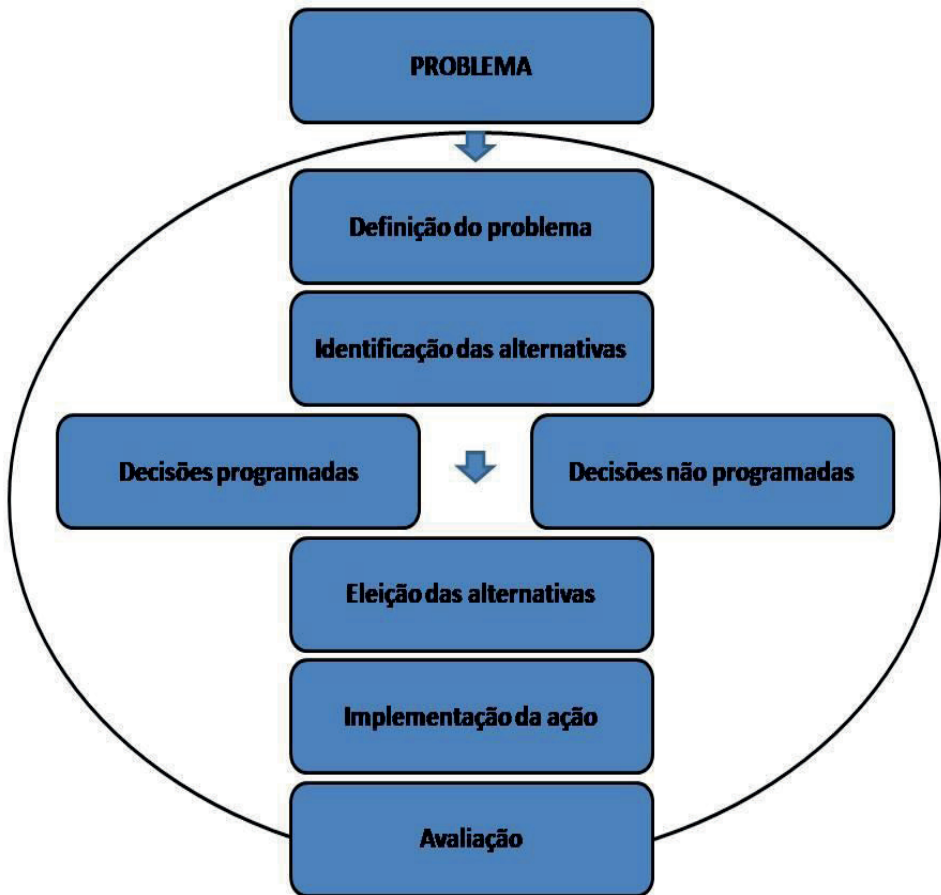


Figura 1 - Processo de tomada de decisão sistemática do enfermeiro.

Fonte: Desenvolvido pelos autores. 2021

A tomada de decisão sistemática confere maior confiança para realização da escolha de ações dos enfermeiros nos serviços de saúde. Contudo, mesmo que esses profissionais possuam competência para tomar decisões, é necessário o envolvimento neste processo. O envolvimento na tomada de decisão contribui significativamente para a qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes. Evidencia-se que o processo de envolvimento na tomada de decisão interfere no desenvolvimento das atividades relacionadas com o planejamento, a liderança, a comunicação, administração de conflitos que são aspectos inerentes à dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro¹³.

O ENFERMEIRO NOS AMBIENTES DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Desde a consolidação da enfermagem enquanto um trabalho especializado e

reconhecido como necessário para a sociedade devido seu domínio de conhecimento, cabiam aos enfermeiras tanto a realização de assistência direta aos pacientes, como também o gerenciamento dos diferentes ambientes de trabalho. Essa perspectiva surge na teoria ambientalista de Florence Nightingale, que observou a influência das condições do ambiente de cuidado no processo de saúde e doença bem como no processo de trabalho e que ainda hoje reflete nas discussões acerca do trabalho dos enfermeiros nos diferentes serviços de saúde¹⁴.

Nesse sentido, os ambientes de trabalho dos enfermeiros permeiam a complexidade devido à articulação de recursos tecnológicos, humanos, financeiros, educacionais e estruturais, além das ações de cuidado direto e indireto ao paciente. Especificamente quando se fala do trabalho do enfermeiro, percebe-se a complexidade em articular as demandas e as especificidades de cada serviço de saúde⁵.

As transformações nos ambientes de cuidados possibilitaram o desenvolvimento das práticas de trabalho como um importante componente para melhorar os resultados. O ambiente de prática de enfermagem começou a ser estudado no início da década de 1980, pela Academia Americana de Enfermagem e a partir disso, com o surgimento dos Hospitais *Magnet* o ambiente de prática do enfermeiro ganhou destaque nas discussões acerca das melhorias na assistência ao paciente e no trabalho dos profissionais¹⁵.

O ambiente de prática profissional é definido pela presença de características do trabalho que facilitam ou dificultam o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. Essa definição vem sendo adotada em estudos que visam observar fenômenos inerentes ao ambiente da prática profissional do enfermeiro. Dentre esses aspectos destacam-se a autonomia, suporte de outros setores, organização do trabalho, controle sobre o ambiente, relações profissionais entre a equipe de trabalho e a satisfação com o trabalho¹⁶.

Nota-se que o ambiente de prática pode facilitar ou restringir o trabalho dos enfermeiros dentro dos serviços de saúde. As maiores influências negativas neste processo são a condições de trabalho inadequadas, a sobrecarga de trabalho, as relações interpessoais, pouca autonomia profissional, ambiguidade de funções e a falta de expectativa profissional, que podem prejudicar o processo de trabalho como um todo, além de influenciar nos resultados com os pacientes. Em contrapartida, ambientes de prática favoráveis promovem maior autoridade e autonomia para decisões que competem ao enfermeiro, além de estabelecer melhores relações com a equipe de trabalho, diminuir a intenção de deixar o trabalho e aumentar a satisfação profissional¹⁷.

A atuação do enfermeiro nos ambientes dos serviços de saúde engloba diferentes especificidades e articulações que são indissociáveis a sua prática profissional. Dessa maneira, o aprimoramento no manejo das decisões e uma representação expressiva do

trabalho desse profissional configura-lhe um papel de suma importância no processo de tomada de decisão para gerenciar o cuidado¹⁸.

A presença de atributos que influenciam no ambiente de trabalho do enfermeiro-são responsáveis por propiciar melhores resultados para os pacientes, profissionais e para a instituição. Portanto, ofertar ambientes de trabalho favoráveis é importante para que o enfermeiro desenvolva uma prática profissional com qualidade, oportunizando a prestação de cuidados seguros e resultados positivos para a instituição de saúde, aproximando-se cada vez mais do processo de decisão na gerência do cuidado¹⁸.

TOMADA DE DECISÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO NOS AMBIENTES DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Na perspectiva do trabalho do enfermeiro, surge a necessidade de prestar uma assistência de enfermagem diferenciada e qualificada com vistas ao desenvolvimento dos cuidados. A gerência do cuidado de enfermagem envolve ações expressivas e instrumentais de cuidado, articulando aspectos técnicos, sociais, econômicos, políticos e éticos nos cenários de saúde sendo resultante da articulação entre as dimensões assistencial e gerencial no trabalho do enfermeiro¹⁹.

Em consequência da grande demanda de serviços e da singularidade de cada cenário, o enfermeiro deve gerenciar os processos e as necessidades de saúde de maneira que exerça sua capacidade de comunicação, educação, liderança e de tomada de decisões para o desenvolvimento da prática profissional. Para realizar as ações de gerência do cuidado de enfermagem, a incorporação de ferramentas e instrumentos gerenciais para sua efetivação na prática profissional, mostra-se como uma tarefa importante para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e propiciando cuidados com segurança e qualidade aos pacientes¹.

Esse conceito tange a lógica de que o cuidado integral em todos os contextos de saúde deve abarcar aspectos gerenciais, ou seja, o cuidado deve ser planejado dentro das instituições com racionalidade. Nesse contexto, a gestão do cuidado mostra-se como um elemento impulsionador para a evolução das práticas profissionais do enfermeiro nos ambientes de trabalho pautadas em um modelo mais sistemático para a tomada de decisão¹.

Tendo a sistematização das atividades como ferramenta para a gerência do cuidado nos diferentes níveis de complexidade deste, é necessário planejar, obter estratégias e organizar o cuidado de enfermagem, o processo de trabalho da equipe de enfermagem, o controle sobre o ambiente e todos os recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Nesse sentido, visando cuidados mais qualificados em prol do processo de

trabalho e considerando a dinamicidade dos cenários de cuidado, percebe-se que os enfermeiros são atores que tem a capacidade de modificar sua prática profissional além de prover seguimento na continuidade da assistência nos contextos de trabalho^{1,18}.

Essa habilidade de gerir os processos assistenciais por meio da articulação da gerência do cuidado em prol da prática profissional é cada vez mais pertinente e necessária para o desenvolvimento de competências como a tomada de decisão, liderança e autonomia por meio das experiências adquiridas. Consequentemente, o aprimoramento científico, manejo das decisões e uma representação expressiva no processo de trabalho desse profissional configuram um papel de suma importância no processo de tomada de decisão⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou refletir sobre a utilização da tomada de decisão como uma ferramenta que sirva de subsídio para o Enfermeiro, diante das mudanças e avanços científicos que são inerentes à gerência do cuidado. O protagonismo assumido pela Enfermagem neste cenário constitui-se como um fator que tem transformado a qualidade de assistência ao paciente e a organização dos serviços de saúde, consolidando cada vez mais sua prática profissional.

Lidar com momentos de riscos e imprevisibilidade, situações de certezas/certezas, de forma criativa e inovadora, além de considerar os objetivos almejados, convida este profissional a se reinventar e buscar na gestão por ferramentas que confirmem uma escolha alinhada aos objetivos propostos. Nesse contexto, a tomada de decisões oportuniza realizar a gestão do cuidado de forma crítica-reflexiva, com criatividade e inovação do cuidado.

REFERENCIAS

1. Santos TBS, Andrade ALAM, Suzart NA, Pinto ICM. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2020 [Acesso em 09 mar 2021];25(9):3597-609. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903597&lng=en&nrm=iso>.
2. Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. Revista de Administração em Saúde. [Internet]. 2017 [Acesso em 09 mar 2021];17(69):1-15. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>>.
3. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. Acta paul. enferm. [Internet]. 2017 [Acesso em 09 mar 2021];30(3):323-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=pt&lng=pt>

4. Carvalho DPSRP, Vitor AF, Cogo ALP, Bittencourt GKGD, Santos VEP, Júnior MAFJ. Mensuração do pensamento crítico geral em estudantes de cursos de graduação em enfermagem: estudo experimental. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2020 [Acesso em 09 mar 2021];29:e20180229. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100308&tlng=en>
5. Faraco MM, Lavarda RAB, Gelbocke FL. Tomada de decisão em hospitais de ensino: entre formalismo e síntese intuitiva. Revista de Administração Pública. [Internet]. 2019 [Acesso em 09 mar 2021];53(4):769-79. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/79921/76386>>.
6. Fischer SA, Horak D; Kelly LA. Decisional Involvement. Journal of Nursing Care Quality. [Internet]. 2018 [Acesso em 09 mar 2021];33(4):354-332. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29256944>>.
7. Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2018 [Acesso em 09 mar 2021];20(spe):131-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017>.
8. Dias JAA, David HMSL, Rodrigues BMRD, Peres PLPP, Pacheco STA, Oliveira MS. A moral e o pensamento crítico: competências essenciais à formação do enfermeiro. Rev. Enferm. Uerj. [Internet]. 2017 [Acesso em 09 mar 2021];25:1-5. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26391>>.
9. Stoner JAF, Freeman RE. Administração: Tomada de decisões. 5.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1994.
10. Menegon FHA, Santos JLG, Gonçalves N, Kahl, C, Barreto MS, Gelbocke FL. Desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. Rev Rene. [Internet]. 2019 [Acesso em 09 mar 2021];20(1):e40249. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-997325>>.
11. Perkis R, Supiano K. Describing a concept of nurse intuition and implications for dementia care in nursing home. Innov Aging. [Internet]. 2019 [Acesso em 09 mar 2021];3(suppl 1):s838. Disponível em: <https://academic.oup.com/innovateage/article/3/Supplement_1/S838/5618395>.
12. Cárdenas BL, Jiménez GMA, Bardallo PMD, López OJ, Monroy RA, Alves AAPV. Presence of the Reflective and Critical Thinking Capacity in Nursing Curricula in Iberian America. Invest. educ. enferm [Internet]. 2020 [Acesso em 09 mar 2021];38(3):e14. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129011>>.
13. Gatbonton RRG. Decisional Involvement on Work Quality of Nurses. Nursing And Palliative Care International Journal. [Internet]. 2019 [Acesso em 09 mar 2021];2(21-27). Disponível em: <http://ologyjournals.com/npcij/npcij_00011.pdf>
14. Santos JLG, Menegon FHA, Pin SB, Erdmann AL, Oliveira RJTO, Costa IAP. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. Rev Rene. [Internet]. 2017 [Acesso em 09 mar 2021];18(2):195-203. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/19246/29963>
15. Petry S, Filho CAT, Mazera M, Schneider DG, Martini JG. Autonomia da Enfermagem e sua Trajetória na Construção de uma Profissão. Hist. Enferm. Rev. eletrônica. [Internet]. 2019 [Acesso em 09 mar 2021];10(1):66-75. Disponível em: <<http://here.abennacional.org.br/here/v10/n1/a7.pdf>>.

16. Anderson V, Johnston ANB, Massey DL, Warde BA. Impact of MAGNET hospital designation on nursing culture: an integrative review. *Contemporary Nurse*. [Internet]. 2018 [Acesso em 09 mar 2021];54(4-5):483-510, Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/326947006_Impact_of_MAGNET_hospital_designation_on_nursing_culture_an_integrative_review>.
17. Leiter MP, Laschinger HKS. Relationships of work and practice environment to professional burnout. *Nursing Research*. [Internet]. 2006 [Acesso em 09 mar 2021]; 55(2):137-46. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16601626>>.
18. Martins CAM, Berns KI, Maciel NM, Antunes MFH, Regina AS, Santos JLG. Liderança no ambiente hospitalar: diferenças entre enfermeiros assistenciais e enfermeiros gerentes. *Enferm. foco*. [Internet]. 2019 [Acesso em 09 mar 2021];10(6):143-48. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099617>>
19. Christovam, BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet]. 2012 [Acesso em 09 mar 2021];46(3):734-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso>.

EMPREENDEDORISMO: APROXIMAÇÕES À ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Thayza Mirela Oliveira Amaral

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

Jouhanna do Carmo Menegaz

Universidade do Estado de Santa
Catarina (UDESC), Chapecó, SC, Brasil
e Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

José Luís Guedes dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

fomento e difusão do empreendedorismo no exercício da profissão.

Dessa forma, os objetivos deste capítulo são:

- Descrever aspectos históricos e proporcionar aproximações conceituais acerca do empreendedorismo;
- Apresentar o empreendedorismo aplicado à Enfermagem;
- Discorrer sobre a educação empreendedora e contextualizá-la na Enfermagem.

Para alcançar estes objetivos, desenvolvem-se a seguir os seguintes tópicos: Aspectos históricos e conceitos; Fomento ao empreendedorismo no Brasil; e, Educação empreendedora e contextualizações à Enfermagem.

ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS

Ao longo da história, temos modificado nossa compreensão sobre empreendedorismo e também nosso

INTRODUÇÃO

O termo “empreendedorismo” pode ser definido como uma capacidade desenvolvida para realizar ações, nos âmbitos gerencial e assistencial, para criar e aperfeiçoar projetos, serviços e negócios¹. Observando o crescimento deste fenômeno, é relevante que a Enfermagem tome conhecimento sobre o empreendedorismo e suas formas. Destaca-se a importância de que, com base neste conhecimento, gestores possam ampliar estratégias de

entendimento sobre o empreendedor.

Consagradamente, seria possível considerar como o primeiro empreendedor o mercador Marco Polo, que, em meados do século XIII, atravessou diversos países junto ao seu pai e tio, estabelecendo transações comerciais e firmando parcerias econômicas. Isto ocorreu graças a um homem proprietário de bens, que, a fim de vender os seus produtos, assinou um contrato com Marco Polo para que ele os vendesse. Nos dias atuais, com o capitalismo e os sujeitos nesse processo, é possível compreender que, na época de Marco Polo, o capitalista era o indivíduo que empreendia de maneira passiva, enquanto o empreendedor de fato possuía papel ativo, se expondo aos riscos físicos, financeiros e emocionais².

Em meados dos anos 1930, o economista e cientista político Joseph Schumpeter afirmava que os empreendedores entram em um processo de “destruição criativa”. Esse processo consiste em romper com velhos hábitos a fim de gerar novas respostas às demandas do mercado. Ou seja, o empreendedor cria situações objetivando mudanças benéficas³.

Em 1961, David McClelland definiu o empreendedor como um indivíduo que exerce controle sobre os meios de distribuição e produz mais do que pode consumir, com o intuito de vender ou trocar o produtor, para obter uma renda individual⁴.

Nos anos 1990, Peter Drucker afirmou que o empreendedor é alguém que investe dinheiro com uma nova capacidade de produzir riqueza. Um indivíduo que cria e desenvolve um negócio⁵. Drucker afirmava que o empreendedor de sucesso deveria possuir foco e disciplina, e estas características poderiam ser aprendidas³.

O empreendedorismo ganhou diversos conceitos e perspectivas e, por isso, é considerado um fenômeno. Vários pesquisadores e estudiosos tentaram definir o empreendedorismo a partir de suas experiências e contextos. Em 1934, por exemplo, Schumpeter definiu o empreendedor como alguém que proporciona algo novo para sociedade e que deveria ser remunerado com o lucro de seu empreendimento. Em 1973, McClelland⁴ afirmou que o empreendedor é alguém dinâmico, que corre riscos e deseja conquistar algo. Já, no século XXI, em 2010, Bruyat e Julien⁶ definiram o empreendedorismo como fenômeno complexo que envolve questões políticas, econômicas, familiares e sociais.

O empreendedorismo é complexo, e ficar preso apenas a algumas definições não proporciona a compreensão desse fenômeno. Além disso, outros fatores como o contexto político e econômico, as relações familiares, as redes de contato e outros interferem diretamente nas ações do empreendedor⁶.

FOMENTO AO EMPREENDEDORISMO NO BRASIL

O empreendedorismo começou a ser fomentado de maneira intensa no Brasil a partir dos anos 70, com o intuito de multiplicar novas oportunidades de trabalho e movimentar a economia do país⁷. A partir dessa década, houve um aumento nos empréstimos e investimentos estrangeiros, o deslocamento da população da área rural para a área urbana, o crescimento das empresas e, conseqüentemente, dos empregos e a inserção das mulheres no mercado de trabalho⁸.

Com o início da globalização, muitas empresas brasileiras foram forçadas a criar alternativas para aumentar a produtividade, diminuir os custos e se manter no mercado de trabalho. E, com o fechamento de muitas empresas, o governo e as entidades buscaram meios para popularizar o empreendedorismo e manter o desenvolvimento econômico⁹.

Uma das primeiras entidades criadas para o fomento do empreendedorismo no Brasil foi o SEBRAE (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas). Criada em 1972, é uma entidade privada de serviço social sem fins lucrativos, que possui o objetivo de capacitar e promover o desenvolvimento econômico de micro e pequenas empresas. Inicialmente, a instituição possuía vínculo com o governo federal, porém, em 1990, desvinculou-se da administração pública¹⁰.

Em 1999, foi criado pelo governo federal o Programa Brasil Empreendedor, que consiste em uma entidade formada por escolas técnicas, profissionalizantes e de idiomas, com a finalidade de oferecer capacitação profissional de maneira mais acessível para quem busca ingressar no mercado de trabalho¹¹.

Essas iniciativas contribuíram fortemente para o crescimento e popularização do empreendedorismo. Entre os anos de 1990 e 1999, houve um total de 4,9 milhões de empresas no Brasil, sendo 2,7 milhões microempresas¹².

O Global Entrepreneurship Monitor, mais conhecido como GEM, reúne vários grupos nacionais e instituições acadêmicas que desenvolvem pesquisas focadas no empreendedorismo. Desde o ano 2000, o Brasil participa do projeto GEM e esteve presente em todas as pesquisas realizadas¹³.

O relatório realizado pela Gêmeos, em 2019, mostrou a trajetória de crescimento do empreendedorismo no Brasil, através das taxas de empreendedorismo baseadas nos dados da população brasileira entre 18 e 64 anos. A taxa de empreendedorismo total (TTE) em 2011 foi de 26,9%, e em 2015 atingiu o percentual de 39,3%, ou seja, um ganho de 12,4% em quatro anos. A TTE no ano de 2019 atingiu 38,7%, em números absolutos isto demonstra uma estimativa de que 53,5 milhões de brasileiros desenvolveram alguma atividade empreendedora. O empreendedor brasileiro, segundo o Gêmeos, é, em sua maioria, do sexo masculino, adulto e não possui curso superior. Quando analisados os

negócios estabelecidos, este perfil se intensifica¹³.

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM

As problemáticas que envolvem a saúde e bem-estar das populações, além do fato de que a assistência em saúde pode proporcionar desenvolvimento econômico e social para o país, são dois fatores que fortalecem a necessidade de novas oportunidades e inovação¹⁴. E a inovação não apenas requer a abertura de novos mercados, mas também exige a implementação de novas formas de servir aqueles já estabelecidos e maduros¹⁵.

O desenvolvimento de projetos inovadores na área da saúde possui elevado valor para o setor, tanto por apresentar diversas vantagens, quanto por possibilitar melhorias na qualidade de vida das populações. O empreendedorismo permite projetos inovadores de níveis diferentes de progresso tecnológico, que passam pela biotecnologia, indústria farmacêutica, indústria de equipamentos médicos, material de consumo médico-hospitalar, procedimentos clínicos, inovações de gestão, administrativas e estruturais, entre outras¹⁶.

Na Enfermagem, identificaram-se três tipologias do empreendedorismo que mais se destacam: empreendedorismo social; empreendedorismo empresarial e intraempreendedorismo¹⁷. A Figura 2 exibe os principais pesquisadores do tema na enfermagem e os conceitos propostos:

Empreendedorismo Social¹⁸

O enfermeiro busca propostas práticas de resolução dos problemas sociais, e cria estratégias de inserção social, projetos sociais inovadores e ações autossustentáveis.

Empreendedorismo Empresarial¹⁹

O enfermeiro pode ser proprietário de uma empresa, oferecendo serviços de enfermagem de prática clínica de forma direta, de educação, de pesquisa, de cunho administrativo ou ainda de consultoria.

Intraempreendedorismo²⁰

No âmbito organizacional, o enfermeiro deve buscar exercer em sua prática a liderança e a melhor qualidade nos ambientes laborais.

Figura 2: Vertentes do empreendedorismo que mais se destacam na Enfermagem

Fonte: Elaborado por Thayza Amaral, 2021.

O empreendedorismo social envolve uma compreensão sistêmica da realidade social e, com isso, cria propostas resolutivas para problemas sociais e inovação através de projetos sociais²¹. Ou seja, nesta vertente, os empreendedores lançam-se em projetos com o intuito de solucionar um problema social²².

O empreendedor social busca o desenvolvimento sustentável, qualidade de vida e mudanças nos contextos de atuação a fim de beneficiar as comunidades mais carentes e negligenciadas²³.

Na enfermagem, o empreendedorismo social se caracteriza por realizar consultas, visitas e consultorias de enfermagem, além de atividades comunitárias como conceder exames gratuitos²⁴.

O empreendedorismo empresarial está relacionado a negócios. Refere-se à atuação autônoma. Há oportunidades de negócios em atividades próprias da enfermagem, como, por exemplo, consultas autônomas a pacientes com feridas. Em contrapartida, também há atividades inovadoras para a área que não estão limitadas ao domínio da enfermagem, como consultoria em empresas que não estejam associadas à área da saúde^{25,26}.

O intraempreendedorismo, também chamado de empreendedorismo corporativo,

começou a ser estudado a partir da década de 90. Diz respeito a empreendedores empregados corporativos. Nessa vertente, o empreendedor propõe soluções criativas e gera inovações em empresas já existentes. Apesar de ter uma nomenclatura própria, o intraempreendedorismo possui analogia com o empreendedorismo comum, pois tem o objetivo de situar o contexto de atuação desse empreendedor^{27,28,22}.

EDUCAÇÃO EMPREENDEDORA E CONTEXTUALIZAÇÕES À ENFERMAGEM

A educação empreendedora é um dos campos da educação que mais cresce mundialmente²⁹. Isto é um indicativo da importância do empreendedorismo para a economia de qualquer sociedade. Pesquisas apontam ligações entre o fornecimento da educação empreendedora e o crescimento econômico, a geração de oportunidades de emprego e o aumento do desenvolvimento econômico em geral^{30,31,32,33}.

Além disso, existe um debate entre os acadêmicos e empreendedores a respeito do ensino do empreendedorismo. Alguns entendem o empreendedorismo como um talento com o qual alguém nasce e que não pode ser ensinado. Todavia, isso também pode ser dito a respeito de outras profissões como Medicina e Engenharia, e ninguém contestará a necessidade de ensinar aos estudantes sobre os temas³⁴.

Nos últimos anos, tem crescido o campo de pesquisa em aprendizagem empreendedora, entretanto, alguns estudos argumentam que parte deste interesse é concentrado na oferta de uma educação empreendedora e não em uma demanda que valoriza a maneira como os empreendedores aprendem³⁵. Em virtude de os primeiros cursos de empreendedorismo terem sido ofertados na educação convencional de negócios, muitas pesquisas focaram em explorar os programas já fornecidos. Apenas muito tempo depois, surgiu o interesse em explorar o lado do aluno, na tentativa de compreender como os empreendedores aprendem e adquirem as competências empreendedoras³⁶.

Em 2016, o Instituto Endeavor, em parceria com a SEBRAE, desenvolveu uma pesquisa a fim de caracterizar o empreendedorismo nas universidades brasileiras e o perfil dos estudantes. De acordo com esse estudo, entre os alunos do ensino superior, 5,7% já empreendiam e 21% eram potenciais empreendedores, ou seja, consideravam a possibilidade de empreender futuramente. O estudo também mostra que os potenciais empreendedores possuíam grande probabilidade de se tornarem empreendedores, pois 53,4% afirmaram que algum familiar iniciou um novo negócio e 60,2% já haviam ocupado uma função remunerada ou não em uma empresa de pequeno porte³⁷.

Entretanto, o potencial para empreender não se converte imediatamente em atuação empreendedora, no caso do empreendedorismo empresarial, por exemplo, não se converte em negócios criados³⁸. Assim, aparentemente o empreendedor de negócios é tipicamente

alguém de ação e de execução, que possui características pessoais intrínsecas, mas que também necessita do desenvolvimento de habilidades específicas que tornem as ações e os empreendimentos concretos²².

Ruiz²² afirma que o empreendedor de negócios necessita de um conjunto de habilidades técnicas, gerenciais e pessoais para empreender. Conhecimentos acerca dos produtos/serviços, campo de atuação, clientela, administração, planejamento, coordenação, além de exercer um bom relacionamento interpessoal, conduzem o empreendedor de negócios a resultados satisfatórios. Este rol de conhecimentos será traduzido a cada campo profissional de atuação de forma peculiar, mas uma coisa é fato: a promoção de grande parte destas habilidades ocorrerá por meio da educação empreendedora.

No campo da Enfermagem, alguns estudos apontam a importância de desenvolver competências para empreender^{39,19,40}. E, apesar de o empreendedorismo ser incipiente no campo da formação em Enfermagem, entende-se que o ensino em enfermagem deve estar alinhado com a criatividade e inovação, para atender às novas mudanças e exigências do mercado de trabalho^{41,1,42}.

As competências e habilidades da área da Enfermagem buscam a melhoria na formação profissional do futuro enfermeiro, para que o mesmo esteja capacitado para enfrentar o mercado de trabalho. Sendo assim, as competências e habilidades a serem trabalhadas durante o processo de preparação deste profissional devem enriquecer condutas técnico-científicas, éticas e socioeducativas, para que o enfermeiro atue buscando qualidade em sua assistência prestada, organização, planejamento, gerenciamento e avaliação do processo de trabalho no contexto em que está inserido⁴³.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCNs-Enf) perpassam pelo perfil do estudante e do profissional, competências e habilidades, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização do curso e o acompanhamento e avaliação⁴⁴. A Figura 4 pontua os principais elementos abordados no documento:

Perfil profissional	Competências e habilidades gerais	Competências e habilidades específicas
<p>Formação generalista, humanista e crítico-reflexiva</p> <p>Seguir o rigor científico e os principais éticos</p> <p>Conhecer e intervir sobre os problemas envolvendo a saúde de determinada comunidade</p>	<p>Atenção à saúde: desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde</p> <p>Comunicação: profissionais acessíveis, que mantenham a confidencialidade das informações</p> <p>Administração e gerenciamento: além de administrar e gerenciar, estar apto a ser empreendedor, gestor ou empregador</p> <p>Tomada de decisões: avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas</p> <p>Liderança: compromisso, responsabilidade, empatia, etc.</p> <p>Educação permanente: aprender continuamente, tanto na formação quanto na prática</p>	<p>O aluno é sujeito de seu processo de formação</p> <p>Campo de aprendizagem diversificados</p> <p>Articulação entre teoria e prática</p> <p>Metodologias ativas para desenvolver competências e habilidades</p> <p>Articulação entre pesquisa, ensino e extensão</p>

Figura 4: O perfil profissional e as competências e habilidades abordadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem

Fonte: Elaborado por Thayza Amaral, 2021.

No caso dos profissionais enfermeiros, ao analisarmos o perfil do egresso, as competências gerais e específicas previstas nas DCNs-Enf, como diagnosticar e solucionar problemas de saúde, comunicar-se, tomar decisões, intervir no processo de trabalho, trabalhar em equipe e enfrentar situações em constante mudança⁴⁴, percebe-se que os egressos, a partir de sua publicação, estariam habilitados, em parte, para empreender.

É visto que, desde 2001, o empreendedorismo já era citado, mesmo que nas entrelinhas, como um dos tópicos a ser trabalhado dentro de uma das competências e habilidades gerais propostas nas DCNs-Enf. A competência “administração e gerenciamento” disserta que o profissional de enfermagem deve estar capacitado para ser empreendedor,

gestor, ou líder na equipe de saúde⁴⁴.

Um importante passo dado recentemente pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolve o ensino do empreendedorismo, foi a Resolução CNS nº 573, que aprova o Parecer Técnico nº 28/2018⁴⁵. Essa resolução contém recomendações à proposta de DCNs para os cursos de graduação em Enfermagem, e aborda de maneira explícita o empreendedorismo como um dos temas transversais a ser trabalhado na formação, dentro do âmbito da gestão e gerenciamento.

Essa explicitação do empreendedorismo na formação do enfermeiro tem conduzido as instituições de ensino superior a investir em mudanças de ações e papéis. Sendo assim, os cursos de enfermagem são incentivados, cada vez mais, a investir em novas metodologias, metodologias ativas e problematizadoras. Cabe destacar aqui que este movimento já encontrava-se em curso na formação em enfermagem, em virtude do desejo de induzir a formação de um profissional crítico, reflexivo e humanista, que possibilite vivências na realidade social do enfermeiro⁴⁶, outro ponto que torna a formação do enfermeiro mais permeável à educação empreendedora.

Para isso, é necessário que os discentes estejam envolvidos em ações que estimulem uma postura ativa diante das possibilidades e desafios que a profissão enfrenta. Além disso, o ambiente acadêmico deve encorajar tomadas de decisões, proatividade, postura crítica e ideias inovadoras para a construção de projetos que atendam às necessidades de saúde individuais e coletivas⁴⁷.

Seguindo esta perspectiva de alinhar-se à educação empreendedora, observa-se no Brasil que, paulatinamente, os cursos de graduação têm inserido disciplinas e se aproximado de incubadoras que trabalham com o empreendedorismo. A disciplina optativa “Mercado de trabalho em Enfermagem e novas modalidades de prestação de serviço, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pode ser considerada a pioneira no âmbito do ensino do empreendedorismo em enfermagem. A disciplina surgiu em 2007 e busca abordar as possibilidades de mercado de trabalho na saúde e na enfermagem, além de discutir os aspectos legais e organizacionais necessários nestas possibilidades⁴⁸.

Mais recentemente, desde julho de 2020, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, oferta a disciplina “Inovação e Empreendedorismo em Saúde e Enfermagem”, com carga horária de 30 horas. Esta disciplina tem o objetivo de que o aluno compreenda os conceitos e as abordagens fundamentais relacionados à inovação e ao empreendedorismo, e potencialize o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que contribuam na identificação de problemas e soluções inovadoras no âmbito da assistência, gestão e educação em saúde e enfermagem⁴⁹.

Assim, percebe-se que a crescente tendência em abordar o empreendedorismo acompanha cada vez mais expressão a educação em enfermagem, mas que pode estar circunscrita ao momento da formação inicial, a um formato mais tradicional e curricular, que é a oferta por meio de disciplinas, e estar mais localizada no fomento de uma atuação intraempreendedora.

Certamente isso responde a uma necessidade prática e concreta do profissional enfermeiro, que muitas vezes ocupa cargos de gerência e gestão nos mais diversos serviços de saúde, cujas mudanças têm exigido sofisticadas formas de desempenho para atender às demandas organizacionais, tornando fundamental o desenvolvimento de competências para empreender no exercício de cargos gerenciais, e de gestores com uma postura empreendedora^{50,51}. Sendo assim, o ensino do empreendedorismo na formação inicial e o desenvolvimento de competências empreendedoras nos estudantes têm o potencial de fortalecer, a médio e longo prazo, a gestão em enfermagem.

Entretanto, há necessidade de a formação inicial ofertar o vislumbre de outras possibilidades de atuação empreendedora, como o empreendedorismo social e o empresarial. Este último um fenômeno de muita expressão nos últimos três anos, após a regulamentação dos consultórios e clínicas de enfermagem, e também com a regulamentação de algumas especialidades, bem como das organizações de saúde assumirem de modo compartilhado a responsabilidade de educar enfermeiros permanentemente para o empreendedorismo, enquanto cultivam internamente uma cultura de excelência e inovação.

O fomento do empreendedorismo dentro da Enfermagem não está relacionado apenas a estimular a abertura de novos negócios, mas também a conquistar outros espaços de atuação, alcançar maior autonomia profissional e transformar a realidade dos enfermeiros e daqueles que são beneficiados pelos serviços oferecidos.

É necessário que as instituições de ensino diversifiquem o foco de mercado, e que proporcionem o desenvolvimento de competências e habilidades que sejam utilizadas em outros espaços de atuação, como empresas, empreendimentos sociais e atividades intraempreendedoras. Em seu estudo, Andrade, Dal Ben e Sanna⁵² apontam que o movimento de discutir o empreendedorismo no âmbito acadêmico é um meio para formar profissionais diferenciados e evitar o fracasso nos empreendimentos, pois empreender demanda ferramentas psicológicas e comportamentais que podem ser desenvolvidas em estudantes.

A enfermagem atualmente tem a possibilidade de utilizar o empreendedorismo como um instrumento para proporcionar aos profissionais e estudantes um novo modo de recriar a profissão e construir novos caminhos e, através disso, gerar serviços de qualidade e bons rendimentos financeiros. Desta maneira, o fomento da cultura empreendedora carrega

visibilidade para o mercado de trabalho do enfermeiro, contribuindo para o desenvolvimento da atual conjuntura da enfermagem no Brasil⁵³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após resgatar aspectos históricos, proporcionar aproximações conceituais, apresentar o empreendedorismo aplicado à Enfermagem e discorrer sobre a educação empreendedora, há expectativa de que os leitores, em particular enfermeiros no exercício de cargos de gestão universitária e os que atuem na gestão ou gerência de serviços de enfermagem e saúde, desejem explorar mais o tema com vistas ao desenvolvimento de estratégias de fomento e difusão no âmbito da enfermagem de todas as vertentes.

Este é ainda um campo pouco explorado, em que se faz necessário reconhecer de modo amplo o estado da arte, particularmente, se confrontarmos o perfil do empreendedor brasileiro com o perfil dos enfermeiros brasileiros, os últimos profissionais de nível superior, em que predominam mulheres. Assim, encoraja-se também a socialização de experiências exitosas em meios formais como livros e publicações de caráter acadêmico, bem como em sítios institucionais e redes sociais.

REFERÊNCIAS

1. Copelli FHS, Erdmann AL, Santos JLG, Lanzoni GMM, Andrade SR. Empreendedorismo na gestão universitária pública de enfermagem: entraves e estratégias. *Rev Rene*. 2017;18(5):577-83.
2. Dornelas, José Carlos Assis. *Empreendedorismo: transformando ideias em negócios*. 5. Ed. São Paulo: Elsevier, 2016.
3. Leite, Emanuel. *O fenômeno do empreendedorismo*. São Paulo: Saraiva, 2012.
4. McClelland, D. Testing for Competence Rather Than for Intelligence. *American Psychologist*. January, 1973.
5. Drucker, Peter F. *People and performance: the best of Peter F. Drucker on management*. New York: Harper & How, p. 18-430, 1997.
6. Bruyat, Christian; Julien, Pierre-André. Defining the field of research in entrepreneurship. *Journal of Business Venturing*. Elsevier Science Inc. 16, p. 165-180, 2010.
7. Villarinho, Paula Rocha Louzada. *Características e Habilidades dos enfermeiros empreendedores adquiridas por meio do aprendizado na formação e na prática profissional*. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.
8. Melo, Natália Máximo e. *Sebrae e Empreendedorismo: origem e desenvolvimento*. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências Sociais]. Universidade Federal de São Carlos; 2008.

9. Dornelas, José Carlos Assis. Empreendedorismo: transformando ideias em negócios. 4. Ed. Rev. e Atual. São Paulo: Elsevier, 2005.
10. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Quem somos. Disponível em: https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/canalais_adicionais/conheca_quemsomos. Acesso em: 03 fev 2021.
11. Brasil Empreendedor. Disponível em: <https://www.programabrasilempreendedor.com.br>. Acesso em: 03 fev 2021.
12. Naretto N, Botelho M dos R, Mendonça M. A trajetória das políticas públicas para pequenas e médias empresas no Brasil: do apoio individual ao apoio a empresas articuladas em arranjos produtivos locais. PPP [Internet]. 5º de julho de 2022 [citado 16 de abril de 2021];(27). Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/51](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/51)
13. Global Entrepreneurship Monitor (GEM). Empreendedorismo no Brasil: Relatório Executivo 2019. Curitiba: IBQP, 2019. Disponível em: <https://ibqp.org.br/PDF%20GEM/Relatório%20Executivo%20Empreendedorismo%20no%20Brasil%202019.pdf>. Acesso em 10 abr 2021.
14. Riva, ED. Innovación: el último clavo ardiendo. Santiago de Compostela: Tórculo Edicións, S.L. 2006.
15. Bessant, John; Tidd, Joe. Inovação e empreendedorismo [recurso eletrônico]. John Bessant, Joe Tidd; tradução: Francisco Araújo da Costa. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2019.
16. Carneiro, Victor Sá. O Empreendedorismo e a Inovação na Saúde, factores potenciadores de novos projetos. Porto. Dissertação [Mestrado em Gestão]. Universidade Lusófona do Porto; 2012.
17. Copelli, Fernanda Hannah da Silva, Erdmann, Alacoque Lorenzini e Santos, José Luís Guedes dos. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2019;72(1):289-298. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>.
18. Backes, Dirce Stein, Erdmann, Alacoque Lorenzini e Büscher, Andreas. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2010, v. 23, n. 3 [Acessado 21 Abril 2021] , pp. 341-347. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300005>. Epub 29 Jul 2010. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300005>.
19. Colichi, Rosana Maria Barreto et al. Entrepreneurship and Nursing: integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2019;72(1):321-330. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0498>.
20. Wilson A, Whitaker N, Whitford D. Rising to the challenge of health care reform with entrepreneurial and intrapreneurial nursing initiatives. Online J Issues Nurs. 2012 May 31;17(2):5. doi: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No02Man05>
21. Backes, Dirce Stein et al. Nursing students in the community: entrepreneurial strategy and proponent of changes. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018;71(4):1799-1804. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0382>.
22. Ruiz, Fernando Martinson. Empreendedorismo. São Paulo: Editora Senac, 2019.

23. Nassif VMJ, Prando RA, Consentino HM. Ações estatais assistencialistas e empreendedorismo social sustentável no Brasil: um estudo exploratório. *Gestão & Planejamento*. 2010; 11(2): 316-366.
24. Kirkman A, Wilkinson J, Scahill S. Thinking about health care differently: nurse practitioners in primary health care as social entrepreneurs. *J Prim Health Care*. 2018 Dec;10(4):331-337. doi: 10.1071/HC18053.
25. Wall S. Nursing entrepreneurship: motivators, strategies and possibilities for professional advancement and health system change. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2013;26(2):29-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809640>
26. Wall, S. Self-employed nurses as change agents in healthcare: strategies, consequences, and possibilities. *J Health Organ Manag*. 2014;28(4):511-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25241597>
27. Sundin E, Tillmar M. A nurse and a civil servant changing institutions: entrepreneurial processes in different public sector organizations. *Scand J Manag*. 2008;24(2):113–24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956522108000298>
28. Dawes D. How nurses can use social enterprise to improve services in health care. *Nurs Times* [Internet]. 2009 [cited 2021 abr 16];105(1):22-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19330985>
29. Morris MH, Liguori E. *Annals of Entrepreneurship Education and Pedagogy*. Elgar online, 2016. <https://doi.org/10.4337/9781784719166>.
30. Dzisi, S. Entrepreneurial activities of indigenous African women: a case of Ghana. *Journal of Enterprising Communities: People and Places in the Global Economy*. 2008;2(3):254-264. <https://doi.org/10.1108/17506200810897231>
31. Ligthelm, A. Survival Analysis of Small Informal Businesses in South Africa, 2007–2010. *Eurasian Bus Rev* 1. 2011:160–179. <https://doi.org/10.14208/BF03353804>
32. Mojica M, Gebremedhin T, Schaeffer P. A county-level assessment of entrepreneurship and economic development in appalachia using simultaneous equations. *Journal of Developmental Entrepreneurship (JDE)*. 2010;15:3-18. <https://doi.org/10.1142/S1084946710001452>
33. Pacheco D, Dean T, Payne D. Escaping the Green Prison: Entrepreneurship and the Creation of Opportunities for Sustainable Development. *Journal of Business Venturing*. 2010; 25:464-480. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2009.07.006>.
34. Fayolle, A. and Gailly, B. The Impact of Entrepreneurship Education on Entrepreneurial Attitudes and Intention: Hysteresis and Persistence. *Journal of Small Business Management*. 2015;53:75-93. <https://doi.org/10.1111/jsbm.12065>
35. Pittaway L, Thorpe R. A framework for entrepreneurial learning: A tribute to Jason Cope. *Entrepreneurship and Regional Development*. 2012;24:837-859. <https://doi.org/10.1080/08985626.2012.694268>

36. Sirelkhatim F, Gangi Y. Entrepreneurship education: A systematic literature review of curricula contents and teaching methods. *Cogent Business & Management*. 2015;2: 1052034. 10.1080/23311975.2015.1052034.
37. Endeavor Brasil, Sebrae. Empreendedorismo nas Universidades Brasileiras 2016. Porto Alegre: Endeavor Brasil; Sebrae, 2016. Disponível em: <https://cer.sebrae.com.br/wp-content/uploads/2015/12/Pesquisa-Endeavor.pdf>
38. Bresnitz S, Zhang Q. Fostering the growth of student start-ups from university accelerators: an entrepreneurial ecosystem perspective. *Industrial and Corporate Change*. 2019;28(4): 855-873.
39. Parreira P, Pereira F, Arreguy-Sena C, Salgueiro A, Gomes A, Marques S, Melo R, Oliveira D, Fonseca C, Carvalho C, Mónico L. Representações sociais do empreendedorismo: o papel da formação na aquisição de competências empreendedoras. *Riase - Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*. 2015;1(3):266-285. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).266](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).266).
40. Fernandes, Roberto Barbosa et al. Tendência empreendedora e comunicação interpessoal de estudantes de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2020;54. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018056603615>
41. Jahani. S, Babazadeh M, Haghighi S, Cheraghian B. The effect of entrepreneurship education on self-efficacy beliefs and entrepreneurial intention of nurses. *J Clin Diagn Res*. 2018;12(6):18-21.
42. Paulino VCP, Silva LA, Prado MA, Barbosa MA, Porto CC. Formação e saberes para a docência nos cursos de Graduação em Enfermagem. *J Health NPEPS* [Internet]. 2017;2(1):272-84.
43. Vale, Eucléa Gomes; Guedes, Maria Vilani Cavalcante. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. *Rev. bras. enferm*. 2004;57(4):475-478. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Feb 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400018>.
44. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 07/11/2011. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da união* 09 nov 2001; Seção 1.
45. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Publicada a Resolução CNS n. 573 que aprova o Parecer Técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-210-publicada-resolucao-cns-n-573-que-aprova-o-parecer-tecnico-no-28-2018-contendo-recomendacoes-do-conselho-nacional-de-saude-cns-proposta-de-diretrizes-curriculare/>. Acesso em: 27 jan 2021.
46. Costa LB, Costa AAS, Saraiva MRB, Barroso MGT. Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. *Esc Anna Nery*. 2007; 11 (3): 515-19.
47. Backes DS, Grando, MK, Gracioli MAS, Pereira AD, Colomé JS, Gehlen MH. Vivência inovadora no ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):597-602.
48. Backes DS, Erdmann AL. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(2):242-248.

49. Universidade de São Paulo. Disciplina ERG0111: Inovação e Empreendedorismo em Saúde e Enfermagem. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sglDis=ERG0111&codcur=22100&codhab=4>. Acesso em: 10 fev 2021.

50. Aragão OC, Teófilo JKS, Mourão Netto JJ, Soares JSA, Goyanna NF, Cavalcante AES. Competências Do Enfermeiro Na Gestão Hospitalar. *Espac. Saude [Internet]*. 29º De Dezembro De 2016 [Citado 7º De Novembro De 2022];17(2):66-74. Disponível Em: <https://Espacoparasaude.Fpp.Edu.Br/Index.Php/Espacosaude/Article/View/286>

51. Lourenço DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do Enfermeiro. *Rev Bras Enferm [internet]*. 2010 [citado 07 nov 2022];63(1):91-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>. Acesso em 22 fev 2021.

52. Andrade AC, Dal Bem LW, Sanna MC. Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Enferm.* 2015;68(1):40-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680106p>.

53. Parreira, Pedro Miguel Santos Dinis, Carvalho, Carla Maria Santos de, Mónico, Lisete dos Santos, & Santos, Ana Sofia Marques de Oliveira Pereira. Empreendedorismo no ensino superior: estudo psicométrico da escala oportunidades e recursos para empreender. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2017;17(4):269-278. <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.4.13736>

COACHING: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS, CONTEXTUAIS E PERSPECTIVAS PARA UTILIZAÇÃO NA GESTÃO E GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Jouhanna do Carmo Menegaz

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó, SC, Brasil
e Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

Thais de Fatima Aleixo Correa

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

Ana Victoria Antônio José dos Santos

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

Renata Ewilyn Alves Bemerguy

Universidade Federal do Pará (UFPA),
Belém, PA, Brasil

compelidas a acompanhar os debates entre pesquisadores e entidades que visam estabelecer um padrão de qualidade para a prática, em geral. Na Enfermagem brasileira, percebe-se a necessidade de conhecer, reconhecer e contextualizá-lo, para além do empirismo. Assim, a intenção deste capítulo é apresentar conceitos e um panorama de *Coaching*, em geral, contextualizar exemplos de aplicação e sinalizar perspectivas para a sua utilização na gestão e gerência de Enfermagem em âmbito organizacional. Esta restrição é válida dada a relação com a prática empreendedora, que não será foco deste capítulo.

APRESENTAÇÃO

Desde 2017, no âmbito de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará temos investigado o *Coaching* aplicado à gestão e gerência de pessoal de Enfermagem em organizações hospitalares.

Ao estudar os conceitos fomos

OBJETIVOS DO CAPÍTULO

- Fornecer aproximações conceituais e contextuais ao *Coaching*;
- Apresentar blocos de competências para utilização de *Coaching* na gestão e gerenciamento de Enfermagem a partir de competências para a prática de *Coaching*, em geral, e de *Executive Coaching*;

- Diferenciar as habilidades e competências requeridas para incorporar a cultura de *Coaching* na liderança e para desenvolver pessoal de Enfermagem.

1 | APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

1.1 Etimologia, origem, base de conhecimento e conceitos de *Coaching*

É importante ressaltar, de antemão, a impossibilidade de se fazer afirmações definitivas em torno do *Coaching*¹. A dificuldade se inicia na etimologia, se observa na prática e se mantém na definição conceitual dada pela multiplicidade de aportes teóricos que podem ser relacionados, ampliando ou limitando o escopo.

Embora existam diversas teorias sobre a etimologia da expressão *coach*¹, acredita-se que seu significado esteja em parte atrelado à palavra *coche*, usada na França em 1500 para designar o indivíduo responsável pela condução de carruagens usadas para transporte de pessoas de um lugar para outro. Destarte, o termo teria se disseminado a partir da França, chegando à Inglaterra e, posteriormente se popularizado por toda a Europa e pela América do Norte ².

Há também afirmações de que a palavra *coach* teria sua origem associada à cidade de Kocs no norte da Hungria, localidade conhecida pela produção de carruagens. Já o significado de *coach* como treinador ou instrutor teria surgido por volta de 1830, sendo uma gíria amplamente usada na Universidade de Oxford para se referir a um professor que “carregava” um aluno através de um exame ³. Em ambas as narrativas se observa a atribuição do termo a um significado de conduzir pessoas a um lugar ou objetivo.

Quanto à origem, há autores que sustentam que o *Coaching* nasce com a própria humanidade. Eles afirmam que técnicas e métodos são observados no século V a. C. através dos relatos de Platão sobre seu mestre Sócrates, cuja prática baseava-se em diálogos profundos com seus discípulos sustentados na crença de que a verdade está dentro de nós⁴. Numa aproximação moderna e intencional da origem do *Coaching* como prática, mais próxima do que conhecemos hoje, pode-se fazer referência aos anos 80, em que o termo *Coaching* passa a ser largamente empregado no cenário esportivo³, como técnica de desenvolvimento de atletas, o que se deve significativamente ao tenista profissional Tim Gallwey e sua obra *The Inner Game of Tennis*. Gallwey é considerado por muitos como o precursor de uma metodologia de *Coaching* ⁵.

A influência da obra de Gallwey extrapola o mundo esportivo e influencia a aplicação de *Coaching* em outros contextos⁵. A partir dos anos 90, com o fortalecimento de modelos de gestão por competências⁶, o *Coaching* emerge como uma estratégia para desenvolvimento profissional. *Coaching for performance*, obra de Sir John Whitmore,

considerado pioneiro em *Executive e Business Coaching*, contribui para a ampliação da prática por meio da disseminação do modelo GROW, um dos mais conhecidos e utilizados no mundo, consolidando o *Coaching* como um processo destinado ao aprimoramento de habilidades e competências^{4,7}

Um conjunto de disciplinas, a exemplo, as Ciências Sociais, Psicologia, Administração, Educação, Linguística e Antropologia e suas distintas assunções sobre a natureza humana dão base de conhecimento para a prática e investigação do *Coaching*, contribuindo para o encaminhamento deste como ciência aplicada⁸. A partir destas bases de conhecimento desdobram-se abordagens. As abordagens partem de teorias e conceitos de uma ou mais disciplinas, que originam “modos” de *Coaching*⁹ que se distinguem entre si. Há abordagens mais difundidas, a exemplo do *Coaching Cognitivo Comportamental*, *Coaching* focado na solução e abordagem da psicologia positiva para *Coaching*.

De forma geral, todas as abordagens compartilham o desenvolvimento das pessoas como objetivo. Como cada abordagem se sustenta em uma tradição teórica, possui assunções principais e, em consequência, apresenta uma definição de *Coaching* característica, que orientará um modelo ou estrutura de prática também característicos³.

No *Coaching Cognitivo Comportamental* umas das principais assunções é de que a forma como pensamos influencia como nos sentimos. Desta maneira, a grande intenção do *coach* será promover a autoconsciência do *coachee*, para que este consiga identificar as barreiras cognitivas e emocionais que possam atrapalhá-lo no alcance de seus objetivos, equipando-o com maneiras de pensar mais compatíveis e funcionais³. Na ótica desta abordagem, o *Coaching* é definido como abordagem integrativa que combina o uso de técnicas cognitivas, comportamentais e focadas na solução de problemas para auxiliar no atingimento de objetivos realísticos¹⁰.

Já, no *Coaching* focado na solução do problema, uma das principais assunções é de que um problema não é algo dado pela realidade, mas criado pela pessoa na negociação do discurso entre si e o mundo. Assim, o processo se concentra em identificar o problema central e em fazer somente o necessário para que o *coachee* possa avançar. Na ótica desta abordagem, *Coaching* é assistir o *coachee* na definição de um futuro desejado e auxiliá-lo na construção de um caminho de pensamento e ação que auxilie a atingi-lo¹¹

Na abordagem da psicologia positiva para *Coaching*¹², assume-se que devemos focar nos aspectos positivos da natureza humana e, a partir disto, inspirar desenvolvimento e mudança. Desta forma, o processo se concentra em identificar as forças do indivíduo e em aplicá-las. *Coaching* é definido como abordagem para auxiliar os clientes/*coachees* a aumentar o bem-estar, desenvolver e aplicar forças, melhorar a performance e atingir objetivos desejados.

Logo, o *Coaching* se apresenta como processo com diversas vertentes, multidimensional, e altamente flexível, que se molda à orientação teórica do profissional que o aplica, aos objetivos de quem o utiliza e ao contexto em que se insere. Esta diversidade pode parecer demasiado confusa aos que preferem uma abordagem mais cartesiana. Entretanto, há a defesa de que o conhecimento e a utilização de múltiplas abordagens sejam benéficos, pois cada uma aporta elementos relevantes em determinado contexto ou de acordo com as características ou objetivos do *coachee*.

Por essa razão optamos por não apresentar uma única definição de *Coaching*, ainda que as autoras se identifiquem com uma determinada abordagem. Assumiremos que se trata de um processo de desenvolvimento humano, não somente de uma técnica ou ferramenta, e que é desenvolvido em parceria entre *coach* e *coachee*, em diferentes contextos. Nas seções seguintes espera-se que o(a) leitor(a) consiga traçar um paralelo entre as abordagens mencionadas (ou outras de que tenha conhecimento) e o trabalho gerencial de Enfermagem.

1.2 Elementos e modalidades de *Coaching*

Na seção anterior utilizamos as palavras *coach* e *coachee*, bem como introduzimos informações que sugerem os diferentes contextos e finalidades do *Coaching*. Cabe introduzi-los mais detidamente aos(às) leitores(as) iniciantes neste universo.

O *Coaching* é construído por dois elementos: o *coach* – denominação dada ao profissional que irá conduzir o processo de *coaching*, e o *coachee* – indivíduo em processo⁷. É aquele que procura pela metodologia de *Coaching* a fim de alcançar uma mudança ou realizar um objetivo para sanar uma demanda pessoal ou profissional.⁴

O *coach* é pessoa treinada para realizar a escuta sensível do *coachee*, bem como preparada para observar e identificar as necessidades específicas e adaptar sua prática para atendê-las¹. Possui a capacidade de reconhecer as possíveis intervenientes no processo, prevendo e preparando o *coachee* para lidar com contratempos e eventualidades, bem como oferece apoio e compreensão por meio de técnicas e ferramentas¹. Pode trabalhar com indivíduos e grupos/equipes, tendo em vista melhorar sua performance e/ou satisfação pessoal.

A depender da área da vida em que esta mudança ou objetivo se encontre (pessoal, profissional, familiar, etc.), uma determinada modalidade, ou gênero, de *Coaching* é mais apropriada. Na literatura são descritos diversos gêneros. Destacam-se o *Coaching* de vida ou pessoal (*Life Coaching*), *Coaching* executivo (*Executive Coaching*) e o *Coaching* empresarial ou de negócios (*Business Coaching*) (Quadro 1).

Modalidade/Gênero	Finalidade
<i>Coaching</i> de vida ou pessoal	É destinado a ajudar o <i>coachee</i> a solucionar suas insatisfações no âmbito de sua vida pessoal, como comportamentos e hábitos negativos. Também pode contribuir positivamente na resolução de problemas financeiros, emocionais e de relacionamento, bem como ajudar na superação de traumas, depressão e fobias. ^{4,7}
<i>Executive Coaching</i>	Destinado a potencializar e desenvolver competências profissionais no indivíduo tendo em vista assegurar uma atuação condizente com os objetivos organizacionais ^{7,8} .
<i>Coaching</i> Empresarial ou de Negócios	É empregado no cenário corporativo. É destinado aos empresários e empreendedores e busca por resultados para seu negócio, através do desenvolvimento de competências empreendedoras ⁷ .

Quadro 1 - Principais Tipos de *Coaching*

Observa-se o aumento da substituição do substantivo *coachee* por “cliente”, em particular nos documentos de entidades que se propõem a regulamentar a prática profissional. Utilizaremos *coachee*.

2 | APROXIMAÇÃO CONTEXTUAL: PANORAMA SOBRE O COACHING NO BRASIL E NO MUNDO

O *Coaching* atualmente é praticado em mais de 145 países e movimenta cerca de US\$ 2,35 bilhões ao ano, de acordo com a revista *Forbes* (2019). Seu crescimento a partir dos anos 2000 foi impressionante, chegando a crescer 1.589% entre 1999 (2.122) e julho de 2019 (28.363).¹³ O Brasil, por sua vez, obteve crescimento mais expressivo a partir dos últimos 4 anos, nos quais a estimativa foi de 300% de crescimento, e movimentação de cerca de R\$ 50 milhões.¹⁴

O exercício do *Coaching* ainda não é oficialmente regulamentado por um órgão específico. No entanto, existem instituições reconhecidas nacional e internacionalmente, e que servem como parâmetros de atuação e certificação da profissão.

Em nível internacional, destaca-se a *International Coach Federation* (ICF). Atualmente presente em 145 países, possui o total de 36.848 membros e 26.345 *coaches* profissionais credenciados, ocupando a posição de maior associação global de *coaches*, amplamente reconhecida pelo mundo corporativo. Atua monitorando a qualidade do *Coaching* por meio da definição de padrões, fornecendo certificações padrão para a profissão, oferecendo acreditação de programas de treinamento específico de *Coaching*, e também disponibilizando educação continuada por meio de eventos, registros e estabelecimento de comunidades. No Brasil, a ICF possui 662 membros e 196 *coaches* credenciados, com representação em 11 estados: BA, DF, ES, MG, MS, MT, PE, PR, RJ, RS e SP.¹⁵

Em nível de continente, a América Latina possui a *Sociedade Latino Americana de Coaching* (SLAC), com mais de 12 mil membros, está presente em 52 países e possui representantes em três continentes, e atuando há mais de 2 décadas. Oferece certificações avançadas, especialmente na área executiva. Possui código de ética próprio que regulamenta a atuação do profissional e a prática de *Coaching*.¹⁶

No Brasil, o crescimento deste mercado também é visível por meio da quantidade de organizações voltadas à formação e certificação dos profissionais da área. Entre estas, destacam-se a *Sociedade Brasileira de Coaching* (SBC), o *Instituto Brasileiro de Coaching* (IBC), e a instituição de *Coaching Integral Sistêmico* (Febracis). Todas essas instituições oferecem certificações em *Coaching* nos mais diversos níveis, e atuam sob código de ética próprio e sob autorregulamentação.¹⁷

Em 2015 a ICF encomendou um estudo para buscar conhecer melhor o panorama mundial. Nomeado *2016 ICF Global Coaching Study*, e realizado pela *PricewaterhouseCoopers* (PwC), foi conduzido a partir de um questionário *online* lançado no mês de julho de 2015, disponibilizado em nove idiomas, e enviado para diversos profissionais e organismos de profissionais de *Coaching*, e para gestores e líderes que usam essas competências. Ao todo, foram obtidas 15.380 respostas válidas, provenientes de 137 países.¹⁸

Na área do *Coaching*, estima-se que existam atualmente cerca de 53 300 profissionais em todo o mundo, sendo a Europa Ocidental a região com maior representatividade (35%), seguida pela América do Norte (33%). Quanto ao número de gestores ou líderes que utilizam essas competências, a estimativa é de 10 900 profissionais. Na América Latina e Caribe, o número de profissionais, de acordo com a pesquisa, foi de 4.000, totalizando apenas 5% da representatividade mundial.¹⁵

Quanto ao perfil, estima-se que um a cada cinco *coaches* estejam na faixa etária de 45 a 59 anos, e 67% sejam do sexo feminino. Em relação ao rendimento anual, os participantes do estudo com maior rendimento estavam concentrados na América do Norte, na qual o valor médio foi de US\$ 61 900, seguida pela América Latina e Caribe, onde o rendimento anual médio era de US\$ 27 100. O estudo também mostrou o perfil dos *coachees*, no qual a grande maioria é representada por gestores, CEOs e empresários. Globalmente, a maioria dos *coachees* é patrocinada, ou seja, passam pelo processo de *Coaching* às custas da empresa onde trabalham, o que pode ser considerado um alto investimento por parte das empresas, dado o valor médio de US\$ 231, registrado por uma sessão de *Coaching*.¹⁵

Mesmo diante de um crescimento expressivo no número de profissionais ativos no mundo inteiro, em país algum o *Coaching* é considerado uma profissão regulamentada.

Ainda faltam delimitações e um consenso sobre a prática e sobre o próprio processo de formação, surgindo muitas dúvidas e lacunas sobre as implicações da regulamentação sobre a atuação dos profissionais.¹⁸

No Brasil, o debate acerca da regulamentação existe, no qual se destaca a elaboração do Projeto de Lei Ordinária nº 5.554/2009, que continha 24 artigos e dispunha “sobre a profissão do profissional de *Coaching* (*coach*)”. O projeto seguiu seu trâmite, mas em 2011 foi arquivado. Em setembro de 2019 a regulamentação da prática do *Coaching* voltou a ser defendida durante uma audiência pública promovida com o intuito de debater uma sugestão popular que solicitava a criminalização do *Coaching*.

Na ocasião, todos os participantes foram contrários à sugestão popular, e novamente o debate sobre a regulamentação da profissão voltou a ser pauta.¹⁷ Quanto às principais organizações de *Coaching* no País, muitas têm-se mostrado favoráveis e disponíveis ao debate sobre o assunto, sem contudo definir um posicionamento, como é o caso do Instituto Brasileiro de *Coaching*, que se declarou a favor da análise e ponderação de demandas e aspectos intrínsecos ao estabelecimento da regulamentação, como o cenário ainda em desenvolvimento do segmento e a necessidade de sistematização do mercado.¹⁹

Um dos principais argumentos defendidos por autores durante a discussão acerca da profissionalização é que, diante da não existência de uma regulamentação profissional e da sua interdisciplinaridade, não é necessário obter formação acadêmica específica para aplicar as técnicas de *Coaching*. Dessa forma, a falta de padrões e de um conselho que regulamente e fiscalize viabiliza uma grande abertura de oportunidades para a atuação de profissionais que utilizam abordagens teóricas incoerentes e não aplicam técnicas cientificamente validadas. Em contrapartida, diante da possibilidade de regulamentação, estão os riscos advindos de restrições, burocratização, perda da liberdade de atuação, que podem atingir diretamente o mercado e a expansão do *Coaching*.⁹

Para se tornar um profissional da área, não é preciso ter uma graduação, apesar de ser recomendado ter formação específica em alguma área como forma de fortalecer e favorecer a disseminação de conhecimento.⁹ No entanto, é preciso cumprir formações, fazer mentoria, possuir experiência e seguir um código de ética. Os principais requisitos para atuar como *coach* são:

- Obter certificado de formação em *Coaching*.⁹
- Passar por um processo de *Coaching* nomeadamente.⁹
- Desenvolver um trabalho sobre si mesmo.⁹
- Apresentar uma formação profissional adequada.⁹
- Ser constantemente supervisionado como *coach*.⁹

De acordo com os parâmetros da ICF, a certificação em *Coaching* é dividida em três graus, considerando que cada nível exige uma determinada quantidade de horas de treinamento específicas, e experiência. Sendo eles: a *Associate Certified Coach* (ACC): *Coach* com prática; *Professional Certified Coach* (PCC): *Coach* com comprovação; *Master Certified Coach* (MCC): *Coach Expert*.¹⁴

Após o treinamento, o candidato responde a um questionário de ética e boas práticas, e então recebe o certificado. A certificação mais almejada é a de *Master Coach Certified* (MCC), para a qual são necessárias 200 horas de treinamento específico, 10 horas de mentoria em *Coaching*, 2.500 horas de experiência, avaliação de desempenho e obtenção da credencial de *Professional Certified Coach* (PCC).²⁰ De acordo com o *2016 ICF Global Coaching Study*, somente 5% dos profissionais credenciados em todo o mundo possuem a titulação em *Master Coach*.²¹

Especificamente na Enfermagem a *American Holistic Nurses Credentialing Corporation* (AHNCC) desde 2012 oferta duas certificações: *Nurse Coach* (NC-BC) e *Health and Wellness Nurse Coach* (HWNC-BC), reconhecidas pela ICF para obtenção de certificação como ACC. Em junho de 2019 o *Coaching* foi reconhecido como especialidade de Enfermagem pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com ênfase na gerência de Enfermagem e na promoção de liderança nos serviços de saúde.²² Este é um movimento bastante recente e não temos dados sobre o número de enfermeiros especialistas nesta área, nem mesmo os requisitos definidos para a identificação e reconhecimento de um enfermeiro especialista na matéria.

3 / COACHING NA GESTÃO E GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

Enfermeiros são parte expressiva da força de trabalho em saúde, sendo a gestão e gerência de pessoal cara para a qualidade da assistência prestada não somente pelo potencial impacto de sua expressividade numérica, mas pelas características do seu trabalho, que, quando pleno e funcional, articula ações gerenciais e assistenciais e resulta na gerência do cuidado.

A gerência do cuidado tem distintas definições. Assumiremos a que a destaca como prática²³ e define ações relacionadas às duas esferas: assistenciais (planejamento da assistência e realização do cuidado) e gerenciais, tanto relacionadas ao trabalho (recursos materiais, coordenação da produção do cuidado e avaliação das ações de enfermagem) quanto as pessoas (supervisão, liderança e educação/capacitação da equipe).

Nessa direção, observa-se que parte das ações se dá na interação com as pessoas, sejam profissionais, pacientes ou familiares, requerendo o desenvolvimento de habilidades e competências não somente mecânicas e técnicas, mas relacionais e gerenciais. É

relevante fazer este destaque pela crença de que enfermeiros que atuam em cargos de assistência não necessitam, ou necessitam menos, desenvolver estas competências, o que é reforçado pela estrutura dos serviços e pela frequência com que se observa nos organogramas a separação das atribuições gerenciais e assistenciais do trabalho de Enfermagem, por meio dos cargos.

Define-se competência como a capacidade de vincular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para executar de forma eficiente atividades atribuídas ao trabalho e o alcance de objetivos.²⁴ Assim, habilidades como a capacidade de observar, escutar, e empatia²⁵, competências como liderança, comunicação, tomada de decisão²⁶, negociação, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização²⁷ qualificam o trabalho de Enfermagem e tornam-se essenciais a todos os enfermeiros, independentemente do cargo.

A falta dessas habilidades e competências em enfermeiros pode acarretar insegurança e inconstância no decorrer das ações executadas pela equipe, uma vez que eles esperam ser conduzidos por alguém apto não apenas tecnicamente.²⁸ Dada a estrutura dos serviços de Enfermagem em sua comum divisão técnica do trabalho dos enfermeiros, destaca-se a particular relevância do desenvolvimento destas habilidades e competências em enfermeiros que exercem cargos gerenciais.

Segundo Bradley e Moore²⁹ é importante que haja o investimento no desenvolvimento desses enfermeiros, tanto para alcançar o gerenciamento do cuidado, centrado nos resultados com os usuários, tanto para organizar e concretizar as metas organizacionais. Desta forma, as organizações devem buscar investir no desenvolvimento de habilidades e competências de todos os seus enfermeiros, em particular dos em cargos gerenciais, de quem é esperado que não somente se desenvolvam, mas que desenvolvam outras pessoas, tudo isto alinhado aos objetivos organizacionais.²⁷

A gestão e o gerenciamento de serviços de saúde e Enfermagem executados por enfermeiros são primordiais para a organização do trabalho, pois seu trabalho traduz os objetivos e a missão estratégica das organizações e os articula à prática cotidiana, criando formas de efetivá-los. Há uma expectativa de que os enfermeiros nestes cargos, mais do que traduzir, articular e desenhar processos, facilitem e gerem um ambiente favorável de apoio e desenvolvimento, coordenando e conduzindo pessoas.²³

O *Coaching* pode ser uma forma de as organizações e os enfermeiros fazerem isso. Destaca-se este reconhecimento na publicação seminal *Coaching in Nursing: an introduction*, articulada em uma parceria do International Council of Nurses (ICN), International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN) e a Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. A utilização do *Coaching* direcionado para o desenvolvimento de habilidades

e competências para o gerenciamento e gestão do cuidado pode proporcionar um processo com duplo ganho para as organizações. Ao passo que promove o desenvolvimento profissional para o trabalho, proporciona também comprometimento e empoderamento em seus cargos e funções.²⁹

Um estudo desenvolvido por Rocha *et al.*³⁰ com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde utilizou ferramentas de *Coaching* para promover o desenvolvimento da competência liderança. O processo permitiu que os enfermeiros identificassem suas dificuldades de liderança, os níveis de satisfação dentro do serviço e, conseqüentemente, o estímulo para aprimoramento de habilidades e competências transversais como equilíbrio emocional, delegar responsabilidades, lidar com conflitos, e a comunicação. Ao final, o grupo relatou ter mais confiança em suas funções de líderes e o ganho de maturidade nas relações.

O estudo de Menegaz e Fontes³¹, com enfermeiras gerentes de um hospital universitário, utilizou *Coaching* como meio para o desenvolvimento de competências e habilidades gerenciais diversas, de planejamento a liderança. Houve desenvolvimento por parte das participantes, mas destacou-se o fato de que mudanças organizacionais mais amplas pareciam determinantes para que atingissem o desenvolvimento que desejavam, sugerindo que, mais do que basear o sucesso organizacional no desenvolvimento dos enfermeiros, somente, a organização também precisa desenvolver-se, e sugerindo que processos articulados de *Business e Executive Coaching* podem potencializar resultados que terão conseqüências em cadeia, partindo da liderança e chegando ao nível de qualidade assistencial.

Sobre a potencialidade do *Coaching* para o desenvolvimento de habilidades e competências para gestão e gerenciamento em Enfermagem, há estes e outros exemplos na literatura (em sua maioria estrangeiros) que nos levam a concluir de que é algo a se considerar. Ocorre que, sendo recomendado um processo de formação para atuar como *coach*, em sendo o *Coaching* agora reconhecido como uma área de especialidade de Enfermagem, estamos compreendendo que é algo inerente às ações gerenciais do enfermeiro ou que se trata de algo à parte?

Este é um ponto particularmente importante pela definição e difusão do conceito de liderança *Coaching*, entendido como “a competência por meio da qual os líderes buscam apoiar a equipe no alcance dos resultados de maneira que, concomitantemente, possibilite impulsionar talentos, desenvolver outros atributos e estimular o potencial dos liderados”³². Isto, no âmbito da gerência do cuidado, melhor se relacionaria com as ações de liderança, a forma como o enfermeiro lidera, do que com processos de desenvolvimento de habilidades e competências, mais relacionados a ações intencionais e sistematizadas de educação da

equipe.

Sendo o *Coaching* no Brasil reconhecido como especialidade de Enfermagem relacionada à dimensão gerencial do trabalho, na ausência de definições da própria categoria sobre o que isto significa de fato, é pertinente que nos aproximemos do que está produzido e recomendado para a sua prática e que se questione se o enfermeiro, quando em cargo gerencial, tem habilidades e competências para conduzir processos ou utilizar ferramentas de *Coaching*. Se há diferenciação entre incorporar uma cultura de *Coaching* por meio de um estilo de liderança em nossas atuais práticas e desenvolver pessoal de Enfermagem.

Donner e Wheeler³³, ao descreverem como *coaches* são preparados e como as organizações pode utilizar programas de *Coaching*, dão indícios de que enfermeiros e organizações podem beneficiar-se, mas destacando a importância de preparar-se para tal, sugerindo diferenças entre ser *coach* e utilizar habilidades de *Coaching*.

Para início desta reflexão propomos uma articulação entre as competências construídas pela ICF³⁴, e a proposição do *The Executive Coaching Forum* (TECF)³⁵, iniciativa que busca fortalecer o desenvolvimento do *Coaching* executivo, cuja finalidade foi apresentada na primeira seção deste capítulo e que melhor se relaciona com o entendimento de *Coaching* como especialidade de Enfermagem na perspectiva manifestada pelo COFEN.

A ICF apresenta oito competências para *coaches* e o TECF, quatro. Buscando estabelecer um paralelo entre as competências requeridas para a prática profissional de *Coaching* e a sua utilização na prática gerencial de enfermeiros, articulamos em blocos, no Quadro 2, as competências apresentadas pela ICF com três das quatro competências listadas pelo TECF, em tradução livre. A competência *faro/discernimento para negócios* foi desconsiderada por este capítulo não se focar no empreendedorismo de negócios e entendermos que melhor se relaciona a este contexto.

Bloco de Competências	ICF	Core Competences of The Executive Coach
1 De <i>Coaching</i> (3 competências)	1. Demonstra a prática ética Compreende e aplica de forma consistente a ética e os padrões de <i>Coaching</i> .	9. Conhecimento de <i>Coaching</i> Conhecimento de teoria, investigação e prática no campo de <i>Executive Coaching</i> .
	2. Incorpora a mentalidade de <i>Coaching</i> Desenvolve e mantém uma mentalidade aberta, curiosa, flexível e focada no cliente.	

2 De gerência (4 competências)	3. Estabelece e mantém acordos Estabelece parceria com o cliente e as partes interessadas relevantes para criar acordos claros sobre relacionamento, processo, planos e metas de <i>Coaching</i> . Estabelece acordos para o processo geral de <i>Coaching</i> , bem como para cada sessão.	10. Conhecimento Organizacional Compreensão do contexto da(s) organização(ões), estrutura organizacional, sistemas, processos e como acessar todos estes elementos.
	4. Cultiva confiança e segurança Estabelece parceria com o cliente para criar um ambiente seguro e de apoio que permita ao cliente compartilhar o que sente, pensa e faz livremente. Mantém um relacionamento de respeito e confiança mútuos.	
	5. Mantém presença Está plenamente consciente e presente com o cliente, empregando um estilo franco, flexível, equilibrado e confiante.	
3 De comunicação e influência (4 competências)	6. Escuta ativa Concentra-se no que o cliente está e não está dizendo, para entender plenamente o que está sendo comunicado, no contexto e sistemas do cliente e para apoiar a autoexpressão do cliente.	11. Conhecimento de psicologia Conhecimento de teorias da psicologia e conceitos relevantes para a prática de <i>Executive Coaching</i> , como inteligência social e inteligência emocional.
	7. Evoca conscientização Facilita descobertas e aprendizados do cliente usando ferramentas e técnicas como questionamento poderoso, silêncio, metáfora e analogia.	
	8. Facilita o crescimento do cliente Estabelece parceria com o cliente para transformar aprendizado e descobertas em ação. Promove a autonomia do cliente no processo de <i>Coaching</i> .	

Para incorporar por meio do seu estilo de liderança uma cultura de *Coaching*, o enfermeiro deve articular cinco das onze competências. A competência 2 do Bloco 1, as competências 3 e 4 do Bloco 2, e as competências 6 e 7 do Bloco 3. Para desenvolver/educar a equipe por meio de *Coaching*, requer-se ir além, desenvolvendo todas as competências listadas, em particular as de *Executive Coaching*.

É possível que enfermeiros com maior experiência em cargos gerenciais façam este movimento com mais facilidade, se possuírem a maioria das competências do Bloco 2 desenvolvidas, em vista da sua relação com a supervisão de Enfermagem. Ainda assim, necessitam desenvolver as demais competências do Bloco 1, pois é adequado que o enfermeiro conheça mais amplamente teorias e padrões de prática, sob prejuízo de não

desenvolver *Coaching*.

Necessitam também completar o desenvolvimento das competências dos Blocos 2 e 3, buscando respeitar a estrutura dos processos de *Coaching* e desenvolver conhecimento e habilidades relacionados a teorias de motivação e aprendizagem humana, que sustentarão uma determinada atitude na sua relação com a equipe, identificada com a Cultura de *Coaching*, pautada na confiança, escuta e promoção da consciência e autonomia do outro.

Para tanto, a realização de uma formação é recomendável, bem como é recomendável que os enfermeiros atentem para os potenciais conflitos de desenvolver por meio de *Coaching* a mesma equipe que gerenciam. Conflitos de tempo, pois os processos serão conduzidos em conjunto com as demais atribuições do cargo; conflitos de papéis *coach*/gerente e *coachee*/funcionário, decorrentes da presença de uma dupla relação de subordinação e de colaboração, e conflitos éticos, pela necessidade de respeitar e manter sigilo das informações que podem vir a ser compartilhadas durante o processo.

4 | TENTATIVA DE CONCLUIR O QUE NÃO PODE SER CONCLUÍDO AINDA: ENFERMEIRO LÍDER *COACH*, ENFERMEIRO QUE UTILIZA HABILIDADES E FERRAMENTAS DE *COACHING* OU ENFERMEIRO *COACH*?

Entendemos que a utilização de *Coaching* na Enfermagem tende a crescer não somente no âmbito organizacional, também por meio da prática empreendedora, o que torna necessário que tenhamos claro o que pode ser denominado *Coaching* e o que não.

Uma vez que a prática de não é regulamentada e que os elementos para reconhecimento da especialidade na Enfermagem não estão dados, não podemos estabelecer, na 'letra da lei', se os enfermeiros podem ou não se intitular *coaches*, líderes *coach*, nem definir de que forma podem utilizar *Coaching*. Ainda assim, desejamos que este capítulo tenha dado algumas pistas para que, em um futuro próximo, possamos fazê-lo de forma concreta.

Concluimos que um enfermeiro pode ser denominado líder *coach* se, em sua prática, lidera adotando postura aberta, flexível, pautada na escuta ativa, evocadora de tomada de consciência e assunção de responsabilidades para com o trabalho de Enfermagem. Para tanto, não necessariamente dependerá que seu cargo use esta denominação nem de suporte organizacional específico para fazê-lo, mas será mais fácil se o tiver, exercendo este estilo de liderança dentro de uma organização com Cultura de *Coaching*.

Um enfermeiro pode ser denominado *coach* quando demonstra as competências de *Coaching* e as utiliza para promover o desenvolvimento de habilidades e competências do pessoal de Enfermagem (*Executive Coaching*) ou da equipe (*Business Coaching*) de forma intencional e sistematizada, por meio de um processo de *Coaching* individual ou grupal.

Para tal, demandará suporte organizacional, revisão de atribuições de cargos e formação para desenvolvimento de competências específicas que não desenvolveu ao longo de sua formação e experiência profissional.

Entendemos que um enfermeiro somente deva ser considerado especialista em *Coaching em Enfermagem* quando possuir formação focalizada em instituição acreditada por pares *coaches*. Futuramente, se houver investimento da categoria, isto pode vir a se transformar em algo contextualizado e normatizado no âmbito da Enfermagem brasileira. Para além da denominação e da questão da formação, a escolha da melhor abordagem é um aspecto a ser melhor discutido. Hoje, cabe em maior medida ao *coach* a escolha de qual abordagem se apropriará.

Pelo caráter, abordagens de *Coaching* como a cognitivo-comportamental ou a focada na solução podem ser benéficas, pois são mais pragmáticas e orientadas para performance, algo compatível com a aplicação na gestão e gerenciamento em Enfermagem. Entretanto, para chegar a este ponto da discussão, é preciso que a categoria de Enfermagem se aproprie dos pontos mais elementares que introduzimos nas duas primeiras seções deste capítulo.

REFERÊNCIAS

1. Batista KL, Cançado V. Competências requeridas para a atuação em : a percepção de profissionais coaches no Brasil. REGE-Rev Gest. [Internet]. January–March 2017 [cited 2020 May 30]; 24(1):24-34. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/131522>
2. Dingman M. The effects of executive on job-related attitudes. [Thesis PhD Organizational Leadership]. School of Leadership Studies, Regente University: Virginia, USA; 2004. 153 f.
3. Cox E, Bachkirova T, Clutterbuck D. The complete handbook of . 2ª ed. Los Angeles. CA: SAGE; 2014.
4. Krausz RR. executivo: a conquista da liderança. São Paulo: Nobel; 2007.
5. Whitmore J. for performance. Boston, MA: FourthEdition; 2010
6. Brandao H.P. Mapeamento de competências: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Atlas; 2012.
7. Celestino S. O executivo e o em marketing pessoal. Revista Eletrônica Consultores de Consultores. [Internet]. 2005 [acesso em: 20 abril 2020] .Disponível em: http://www.consultores.com.br/artigos.asp?cod_artigo=518.
8. Brock VG. Grounded theory of the roots and emergence of . [dissertation- doctor of Philosophy in and Human]. International University of Professional Studies: Maui; 2008. 117f.

9. Oliveira-Silva LC, Werneck-Leite CDSN, Carvalho PSF, Anjos AC & Brandão HIM. Desvendando o : uma revisão sob a ótica da Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(2), 363-377. doi: 10.1590/1982-370300094201.
10. Williams H, Edgerton N, Palmer S. Cognitive Behavioral . In: Cox E; Bachkirova T; Clutterbuck D. *The complete handbook of* . 2ª ed. Los Angeles. CA: SAGE; 2014. Chapter 2.
11. Cavanagh MJ, Grant AM. The Solution-focused Approach to . In: Cox E; Bachkirova T; Clutterbuck D. *The complete handbook of* . 2ª ed. Los Angeles. CA: SAGE; 2014. Chapter 3.
12. Kauffman, C. Boniwell I, Silberman J. The Positive Psychology Approach to . In: Cox E; Bachkirova T; Clutterbuck D. *The complete handbook of* . 2ª ed. Los Angeles. CA: SAGE; 2014. Chapter 11
13. Forbes. Tudo sobre : como não errar na escolha de um bom profissional. [Internet]. [atualizado em 2019 set. 17; acesso em 26 abr 2020]. Disponível em: <https://forbes.com.br/carreira/2019/09/tudo-sobre--como-nao-errar-na-escolha-de-um-bom-profissional>.
14. Exame. cresce mais de 300% no país, movimentando milhões e atrai profissionais que buscam se reinventar. [Internet]. [atualizado em 2019 mar. 11; acesso em 23 de mar 2020]. Disponível em: https://exame.abril.com.br/negocios/dino_old/-cresce-mais-de-300-no-pais-movimentando-milhoes-e-atrai-profissionais-que-buscam-se-reinventar/.
15. International Federation: Conheça a ICF [Internet]. [acesso em: 23 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.icfbrasil.org/>
16. Sociedade Latino Americana De [Internet]. SLAC - Sociedade Latino Americana de [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: <https://www.sla.com.br/>. Acesso em: 23 mar. 2020.
17. MGP Consultoria. Como é a parte legal do ? – aspectos jurídicos.[Internet]. [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: <http://www.mgpconsultoria.com.br/-como-e-a-parte-legal-do--aspectos-juridicos/>.
18. Pessoas By Eco. Profissionalização da atividade de . [Internet]. [acesso em 29 mar 2020]. Disponível em: [https://eco.sapo.pt/opiniao/profissionalizacao-da-atividade-de- /](https://eco.sapo.pt/opiniao/profissionalizacao-da-atividade-de-/).
19. Instituto Brasileiro De . Qual o panorama para uma formação em no brasil? [Internet]. [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: <https://www.ibc.com.br/portal/-qual-panorama-uma-formacao-brasil/>.
20. International Federation. Master Certified Coach (MCC). [Internet]. [acesso em 28 abr 2020]. Disponível em: <https://www.icfbrasil.org/credenciamento-individual/master-certified-coach-mcc>.
21. ICF. ICF Global Study. [Internet]. [acesso em 28 abr 2020]. Disponível em: https://coachfederation.org/app/uploads/2017/12/2016ICFGlobal_Study_ExecutiveSummary-2.pdf
22. COFEN. Cofen aprova novas especialidades em Enfermagem. [Internet]. Atualizado em 19 Jun. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-aprova-novas-especialidades-em-enfermagem_71850.html
23. Santos JLG. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Internet]. Mar – Abr 2013, Brasília. 66(2): 257 – 263. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>.

24. Magalhães ALP, et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. *Revista de Enfermagem UFPE On Line [Internet]*. 2019 abril [citado 2020 Maio 30];(13):1124-1132. Disponível em: <http://cqhq.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78>
25. Teixeira NL, Silva MM, Draganov, PB. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. *Rev. Adm. Saúde*. [Internet] out. – dez. 2018 [citado em: 20 de abril de 2020]. 18 (73). Doi: 10.23973/ras.73.138.
26. Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração em Saúde: Rev. Adm. Saúde [Internet]*. 2017 out./dez [citado 2020 maio 30];17(69). Doi: /10.23973/ras.69.59. Disponível em: <http://cqhq.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78>
27. Furukawa PO, Cunha ICKO. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem: REBen [Internet]*. 2010 nov/dec [citado 2020 Maio 30];63(6):1061-1066. Doi:10.1590/S0034-71672010000600030. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/30.pdf>.
28. McGarity T; Reed C; Monahan L. Innovative Frontline Nurse Leader Professional Development Program. *Journal for Nurses in Professional Development*. [Internet]. mar. 2020 [citado em 22 abril 2020]. Disponível em: https://journals.lww.com/jnsdonline/Abstract/9000/Innovative_Frontline_Nurse_Leader_Professional.99921.aspx
29. Bradley J, Moore L. The Perceptions of Professional Leadership Coaches Regarding the Roles and Challenges of Nurse Managers. *The Journal of Nursing Administration*. [Internet]. feb 2019; 49(2):105–109. [citado em 22 Abril 2020].Doi: 10.1097/NNA.0000000000000718
30. Rocha BS. et al. Ferramentas do no desenvolvimento da liderança da enfermagem na atenção primária à saúde. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM*. [Internet]. 2019. [citado em 27 maio 2020]; 9 (46): 1-23. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34762/html>
31. Menegaz JDC; Fontes VMS. Executive para desenvolvimento de competências de enfermeiras líderes. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*. [Internet] fev./2020. [citado em 27 maio 2020]; 24:e-1281. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051331>.
32. Moura AA, Bernardes A, Balsanelli AP, Dessotte CAM, Gabriel CS, Zanetti ACB. Leadership and job satisfaction in the Mobile Emergency Care Service context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3260.
33. Donner, G. M.M Wheeler. in *Nursing: na introduction*. Printing Partner, Indianapolis. 2009.
34. ICF Brasil. Competencias da ICF a partir de 2021. [Internet]. Disponível em: <https://www.icfbrasil.org/icf/competencias-a-partir-de-2021>
35. The Executive Forum. *The Executive Handbook: principles and guidelines for a sucessfull partnership*. 2015. 6ed. 71p.

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Cintia Koerich

Secretaria de Estado da Administração de
Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Vania Marli Schubert Backes

Universidade Federal da Bahia (UFBA),
Salvador, BA, Brasil

Bruna Pedroso Canever

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Daniele Farina Zanotto

Hospital Universitário da Universidade
Federal de Santa Catarina (HU/UFSC)/
EBSERH, Florianópolis, SC, Brasil

avanços, permanecia uma crítica ao modelo hegemônico de educação utilizado, o qual se baseava em cursos pontuais realizados fora do ambiente de trabalho e pautados em métodos transmissivos de conhecimento que objetivavam atualizar, capacitar ou mesmo especializar uma categoria profissional específica.¹

Diante disso, o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi elaborado baseado na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Realizada no cotidiano de trabalho, a partir dos problemas enfrentados nesse ambiente, a EPS leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já possuem e assim propõe que o processo de aprendizagem destes se dê a partir da problematização da realidade laboral. Assim como, que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação tanto das práticas profissionais quanto da

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1970, com a expansão do sistema de saúde brasileiro e a consequente necessidade de desenvolvimento de profissionais para o setor, cresceu a oferta de programas de formação, os quais buscaram construir modelos político-pedagógicos interessados na promoção do diálogo entre ensino e serviços de saúde. No entanto, apesar dos

própria organização do trabalho.²

Atualmente, os serviços de saúde carecem de EPS, considerando o rápido avanço do conhecimento e necessidade de incorporação tecnológica, assim como de novas formas de gestão que assumam a responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado em saúde.³ Diante de tal desafio, é preciso haver um processo permanente de desenvolvimento profissional, por meio de ações intencionais e planejadas, para o aprimoramento de competências profissionais e gerenciais, que empreendam um trabalho articulado entre instituições formadoras e gestão do sistema de saúde em suas várias esferas. A base dessas ações é o fortalecimento das relações horizontais no cotidiano do trabalho em saúde que favoreçam o diálogo e a participação ativa dos atores envolvidos nesse processo de transformação. Essas ações refletem no processo de trabalho das equipes de saúde, e desta forma, nas práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais.²

Os serviços de saúde são constituídos por uma vasta diversidade tecnológica, desde tecnologias leves, leve-dura e dura, e por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Entretanto, apesar de as profissões na saúde apresentarem seu nicho de conhecimento bem definido, a interação desse conhecimento precisa acontecer e é nesse sentido que a Política Nacional de educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê uma abordagem interdisciplinar dos problemas e ações relacionadas aos processos de trabalho em saúde.²

Dentre os profissionais que atuam nos serviços de saúde, cabe destacar a atuação do enfermeiro na implementação das práticas de EPS, visto que se apresenta constantemente a frente de ações que visam a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar, a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e a humanização do atendimento.¹

Neste tocante, este capítulo abordará a EPS segundo os preceitos da PNEPS com o olhar ampliado para os todos os atores envolvidos no processo de pensar e fazer saúde, porém, destacando o potencial do profissional enfermeiro nos diversos cenários dos serviços de saúde diante da importância de sua atuação junto à equipe multiprofissional e empenho na construção da interdisciplinaridade.

O capítulo apresentará o contexto histórico e as bases conceituais da EPS, como a EPS vem sendo construída em diferentes cenários da Rede de Atenção À Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), os avanços e desafios que a PNEPS tem enfrentado nesse processo, assim como novas abordagens utilizadas na prática para sua efetiva implementação.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E MARCO CONCEITUAL

A construção e implementação da EPS é um processo que se caracteriza por (des)continuidades, rupturas e (re)construções influenciado por mudanças na gestão, a qual determinou diferentes expressões políticas, ideológicas e epistemológicas nos serviços de saúde.⁴

Na década de 1970, o conceito de EPS foi inicialmente trabalhado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e, nessa mesma década, a EPS passou a ser base da política educacional da Organização das nações unidas para Educação, ciência e cultura (UNESCO). O objetivo central da EPS nessa época se baseava no chamado “adestramento” de profissionais de saúde⁵ cujo enfoque estava no processo de preparação de pessoal para a área de saúde numa perspectiva de instrumentalização para o trabalho, com ênfase tecnicista e ancorado por uma educação baseada na transmissão de conhecimento.⁴

No final desse período, quando o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil teve seu início, já se pensava na criação de uma política pública específica para a educação na saúde, pois era necessário repensar as propostas tidas como tradicionais, as quais não estavam de acordo com as necessidades dos serviços¹⁻⁶. Nesse sentido, em 1976, com o apoio da OPAS, é criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), o qual buscava uma formação baseada nas necessidades e possibilidades dos serviços de saúde.⁵

No entanto, foi com a construção do SUS na década de 1980 e a redação da Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso III, a qual atribui ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde”⁷ que a formação profissional passou a ser um fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária brasileira.

Nesse período, a EPS assume como termos norteadores a “capacitação” e “profissionalização” em seu discurso de educação e formação em saúde, especialmente com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e do o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, assim como, posteriormente no ano de 2000, com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Esses processos resultaram na necessidade de reformulação dos currículos dos cursos da área da saúde e da participação ativa das Instituições de Ensino Superior (IES) nas ações de EPS.⁴

Em 2003 é criada no Ministério da Saúde (MS) a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), constituindo-se como órgão responsável por formular as políticas que orientariam a gestão, a formação, a qualificação e a regulação dos

trabalhadores de saúde do Brasil, por meio do diálogo entre diferentes atores de instituições e entidades representativas da gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse mesmo ano, na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, a PNEPS foi aprovada como política específica no interesse do SUS, o que se pode constatar por meio da Resolução n.º 335/2003.^{6,8}

Em 2004, a EPS foi estabelecida como política pública por meio da Portaria n.º 198/04, sendo uma estratégia de consolidação do SUS para capacitar trabalhadores em saúde por meio de um processo permanente de educação. A partir dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), essa portaria amplia o âmbito da atuação da EPS da tradicional parceria ensino-serviço, previsto pela OPAS, para outros segmentos compondo o chamado Quadrilátero da EPS: ensino, gestão, atenção e controle social, com destaque para os seguintes atores: trabalhadores, gestores, usuários, professores/acadêmicos.⁹ No âmbito das IES, foram criados o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com vistas e incentivar mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde.⁴

A proposta da PNEPS prevê que toda a política de formação e desenvolvimento profissional para o SUS seja baseada no conceito de EPS e articule as necessidades com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, com as possibilidades de desenvolvimento profissional e com a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Assim, o conceito assumido pela PNEPS considera a EPS como aprendizagem no local de trabalho, em que o aprender e o ensinar estão incorporados no cotidiano das organizações e em que se inclui a rede de serviços oferecida pelo SUS, a fim de que se trabalhe de forma articulada. Além disso, a EPS também reconhece os contextos e histórias e assegura adequado acolhimento e responsabilização pela saúde das pessoas e população.²

A PNEPS defende que as metodologias ativas de conhecimento, baseadas na pedagogia problematizadora e na aprendizagem significativa – a qual considera o conhecimento anterior e a experiência dos participantes –, devem permear todas as práticas educativas em saúde de forma a fazer sentido aos envolvidos.² Problematização, nesse contexto, significa uma reflexão crítica sobre a prática, porém isso não se pode fazer isoladamente, o que pressupõe um rompimento da lógica individualista para a valorização do trabalho em equipe. Tal ação implicaria em estimular, nesses atores/trabalhadores, transformações no seu modo de agir e de pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de horizontalização de saberes e decisões.¹⁰

A PNEPS foi revista e alterada pela Portaria n.º 1.996/2007, a qual dispõe a respeito

das diretrizes para a implementação da PNEPS. De acordo com essa portaria, os PEPS passariam a se reorganizar em Centros de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Os CIES são responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS.¹¹

Tanto a Portaria n.º 198/2004 como a n.º 1.996/2007 sugerem que os processos de qualificação dos profissionais tenham foco nas necessidades reais do ambiente de trabalho, com o propósito de impactá-las e transformá-las. Apresentam a proposta de serem estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho, da valorização do papel da equipe multidisciplinar/interdisciplinar, do trabalho coletivo e do caráter socioeducativo, sem diminuir a importância da formação técnica específica.^{9,11} Destacam o SUS, diante de sua dimensão e amplitude, como cenário favorável para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, visto que os locais de produção do cuidado favorecem a prática da produção pedagógica, pois propiciam o encontro criativo entre os trabalhadores e destes com os usuários.¹²

Em relação ao financiamento da PNEPS, a Portaria 198/2004 previa que os recursos financeiros destinados a PNEPS seriam repassados diretamente aos PEPS, porém algumas práticas em relação à compra e venda de cursos, conhecidas como 'balcão de cursos', fizeram com que essa portaria fosse revisada em 2007. Desta forma, com a portaria 1996/2007, o repasse passa a ser de fundo a fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do SUS, ou seja, do MS para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas para as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no entanto, essa modificação acabou dificultando o repasse da verba destinada ao desenvolvimento da política. Outro dificultador do repasse financeiro foi o fato de que os recursos passaram a ser liberados pautados em linhas prioritárias estabelecidas pelo MS, e não pelos CIES.^{1,9,11}

Em 2017, a Conferência Panamericana de Saúde apontou alguns desafios no processo de educação dos profissionais de saúde, dentre elas o perfil profissional, as condições de trabalho, produtividade e desempenho.⁸ No mesmo ano o MS lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS) por meio da portaria n.º 3.194/2017 em resposta a necessidade de financiamento e planejamento das ações de EPS de forma a torná-las efetivas na prática profissional. O programa é direcionado ao âmbito da atenção básica e caracterizado pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios, ficando os estados, juntamente aos municípios e CIES, a atribuição de elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).¹²

Ainda, buscando dar visibilidade à experiências inovadoras no campo da EPS, o

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS), em parceria com a Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o Edital do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase na Educação Permanente em Saúde.¹² Para subsidiar tecnicamente o processo de planejamento e programação das ações de EPS nos estados, foi elaborado um manual, intitulado ‘Orientações para o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde no SUS’, encaminhado a todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para auxiliar a elaboração dos Planos de Educação Permanente. Em 2018, foi realizada, em Brasília, a Oficina Nacional, para apresentação de propostas preliminares sobre o sistema de monitoramento e avaliação das ações de EPS⁸, sendo estes um grande desafio a ser superado.

Nesse tocante pode-se afirmar que a EPS caminha em um processo de construção, marcado por constantes investidas por parte do MS no sentido de tornar sua implantação efetiva nos serviços de saúde. No entanto, observa-se que o principal entrave para essa efetivação está nas raízes históricas desse processo, cujo foco inicial estava na centralidade do trabalho em detrimento dos sujeitos. Ao passar essa centralidade para os sujeitos pode-se perceber a importância dialógica das relações entre os diferentes atores envolvidos, no entanto, essa mudança de perspectiva fez com que sua base conceitual permanecesse nebulosa e confusa.^{4,13}

Dito isto, ressalta-se a ausência de consenso em relação aos termos Educação Continuada (EC) e EPS. Considerando que autores defendem que a EC pode estar contida na EPS, por vezes ser mais ampla, ou ainda que os termos são sinônimos. No entanto, o MS faz uma distinção entre esses dois conceitos e coloca que a EC está baseada em ações de caráter pontual, fragmentadas, com metodologias tradicionais de ensino. Já a EPS apresenta-se como estratégia capaz de oferecer oportunidades de participação da equipe nas discussões, decisões e aperfeiçoamento do trabalho com objetivo de integrar os atores envolvidos no processo de cuidado e garantir a melhoria contínua da assistência.²

Enquanto a EC possui como componentes de sua matriz conceitual a pedagogia da transmissão; momentos educacionais delimitados; identificação de necessidades e objetivos por outros de fora do contexto laboral; determinação centralizada de prioridades; participação regulada; e educação uniprofissional. A EPS propõe a “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”; a pedagogia da problematização; participação ampliada; enfoque estratégico; a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade.¹⁴

Cabe destacar aqui que a interdisciplinaridade pode ser entendida como um trabalho que envolve diversas ações, saberes e relações de interação dinâmica entre diversas disciplinas, exigindo permeabilidade entre os saberes para que se possa exercer o cuidado resolutivo e a transformação no processo de trabalho e na forma de fazer saúde.²

A interprofissionalidade, por sua vez, se trata da integração de práticas e tem sido apontada como uma ação exitosa no âmbito das residências em saúde, especialmente pela sua articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões, trazendo ações mais resolutivas e integrais¹⁵, o que pode contribuir para mudanças no âmbito da graduação e criar novos mecanismos na EPS.

Retomando, não se trata de um conceito estar errado e o outro certo, mas que talvez estes possam se complementar na dinâmica da construção da EPS nos serviços de saúde. Entretanto, evidencia-se que a ênfase na troca de saberes e experiências, a valorização do saber do profissional e o envolvimento desses no processo de EPS são práticas que fortalecem a autonomia e a interdisciplinaridade/interprofissionalidade nos serviços de saúde.

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na perspectiva da Atenção Primária a Saúde (APS), os serviços de saúde passaram a ser mais próximos dos usuários configurando-se como o primeiro contato aos cuidados essenciais à saúde desde 1978 em que ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, tornando a APS o primeiro patamar entre usuários e o sistema de saúde vigente. Assim, no Brasil com a implantação do PSF em 1994, posteriormente denominado ESF, buscou-se reorientar e reorganizar a APS com o foco da atenção a saúde centrada na família, aproximando profissionais de usuários no intuito de entender as necessidades reais da população.¹⁶

Neste contexto, a EPS surge para fortalecer a articulação dos saberes cotidianos construídos entre usuário-profissional-serviço-comunidade, buscando diferentes formas de suprir as demandas em saúde e transformando a realidade social.¹⁷ Trata-se de uma mudança fundamental na concepção e na forma de como deve acontecer o cuidado. Os saberes e práticas não somente técnicos precisam se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, onde os serviços de saúde possam tornar-se qualificados. Assim, a EPS potencializa a inter-relação entre serviço, população, instituições de ensino e gestão favorecendo o modelo de atenção e as práticas de cuidado à saúde na atenção primária.¹⁸

A EPS pode ser entendida como a aprendizagem a partir do cotidiano do trabalho onde este processo ocorre “in lócus” possibilitando à transformação das práticas dos trabalhadores da saúde por meio de aprendizagem significativa a partir do conhecimento dos mesmos articulados as necessidades do serviço.²

Assim, tendo como pano de fundo o cotidiano da produção do cuidado e a formação

em saúde com sua complexa organização e imprevisibilidade, a EPS descortina-se como um processo educativo, dialógico, problematizador, relacional e ético-político, ao incorporar os saberes, as invenções e as relações concretas do mundo do trabalho vivo à aprendizagem, promovendo significados e possibilitando a construção de espaços coletivos para autoanálise, autogestão, reflexão e avaliação do sentido e da afecção dos atos produzidos pelos trabalhadores.¹⁹

Nesse cenário, o enfermeiro é reconhecido por sua liderança, seja por características naturais do profissional, seja por sua formação, e desempenha suas atividades juntamente a equipe multiprofissional no sentido de promover o acolhimento dos usuários, garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das necessidades de saúde da população atendida.²⁰

No entanto, observa-se que a atuação do enfermeiro por vezes limita-se ao atendimento da demanda espontânea em detrimento do planejamento de outras atividades como a consulta de enfermagem, visita domiciliar, educação em saúde, reuniões de equipe, e da EPS. Nesse tocante, diante dos vários desafios, existe a necessidade de valorização da EPS enquanto parte do cuidado e do processo de trabalho em saúde a qual pode ser incorporada no cotidiano do trabalho na APS.²¹

A EPS constitui-se como estratégia fundamental para as transformações do processo de trabalho na APS criando espaços para a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Sendo necessária a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica entre seus trabalhadores, gestores, serviços e sistema de saúde.²²

Assim, na busca da transformação do modelo assistencial, biomédico curativista, é fundamental valorizar a EPS produzida pelo encontro dos sujeitos em ato, bem como o uso das tecnologias leves na práxis do cotidiano¹⁷, onde as rodas de conversa e reuniões de equipe no cenário da APS se destacam pela aprendizagem significativa e uso da problematização do processo de trabalho com foco na transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.²³ A EPS deve ser reconhecida como mola propulsora do desenvolvimento/reflexão, e utilizada como mecanismo diário que desperta o protagonismo de todos envolvidos no processo garantindo trocas de saberes, revisão das práticas, interações e ainda a organização da atenção na APS.¹⁷

Contudo, inúmeros são os desafios de compreensão da EPS como potencial de transformação do processo de trabalho. Uma revisão integrativa de literatura identificou que a maioria dos estudos selecionados apontou para uma conceituação equivocada da EPS centralizando atividades apenas no modelo de EC, e isso pode ser reflexo da educação fragmentada reproduzida muitas vezes durante a formação profissional ancorada

no modelo biomédico. Este tipo de ação educativa, apesar de ser necessária em alguns momentos, pode desencadear a alienação na forma de pensar e reproduzir práticas já instituídas, fortalecendo o modelo de atenção tradicional. Ainda essa falta de clareza em relação a base conceitual da EPS, e desta forma a ausência de uma cultura de educação ancorada na EPS, faz com que permaneçam ações descontinuas e com pouca aderência e envolvimento dos profissionais às iniciativas e práticas de educação.²³

Outras fatores interferem no desenvolvimento da EPS no cenário da APS como sobrecarga de trabalho pela falta de profissionais, alta rotatividade de profissionais e gestores, não valorização das iniciativas de EPS pelos gestores, assim como perfil inadequado, falta de experiência e conhecimentos sobre o contexto do SUS por estes, falta de planejamento nas ações de EPS, participação incipiente dos usuários, enfoque uniprofissional das ações, falta de ações e instrumentos de monitoramento e avaliação do processo de EPS entre outras.^{13,23}

Como avanços da área citam-se algumas iniciativas no sentido de promover a qualificação dos trabalhadores através da realidade buscando a transformação do processo de trabalho, como o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS)²⁴; a integração ensino-serviço-comunidade com a criação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)²⁵; a aproximação ensino-serviço com o Pro e Pet-Saúde²³; a concepção do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da América Latina¹²; e a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) como reorientação da formação em saúde.²⁶

Ainda tecnologias duras se destacam como iniciativas de EPS na APS como recursos tecnológicos utilizados para a educação à distância e o Telesaúde.²³ Estudo brasileiro destacou o uso da Telenfermagem, com foco no tema sobre amamentação, como instrumento tecnológico eficaz no apoio técnico-assistencial e ético-político dos trabalhadores na APS, visando auxiliar no desenvolvimento de competências que permitam uma postura crítica e reflexiva das equipes de saúde, conservando aspectos como a interação humana e o respeito a individualidade do ser humano. Para tanto este recurso deve ser inserido ainda na formação dos profissionais de enfermagem apresentando-se como uma estratégia inovadora e promissora por impactar diretamente na EPS.²⁷

Cabe destacar a EIP como estratégia potencial para fortalecimento do SUS por ser uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, tanto nas instituições formadoras como no cenário laboral, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e consequentemente a produção de saúde.^{26,28}

Nesse sentido, a interação ensino-serviço é de suma importância para o

desenvolvimento da EPS na APS por favorecer a troca de experiências e conhecimentos entre universidades e serviço, como nos casos da tutoria e da residência multiprofissional.²³ A residência multiprofissional possui potencial para atuar na mudança de atitude dos profissionais na área de saúde, sensibilizando-os para uma atuação além dos paradigmas vigentes, sendo capaz de proporcionar a integração de diferentes disciplinas ao articular saberes específicos e compartilhar ações. Ainda, os residentes são considerados importantes atores na identificação de nós críticos e na criação de alternativas estratégicas e inovadoras na gestão do SUS.²⁹

Como resposta ao a falta de ações e instrumentos de monitoramento e avaliação do processo de EPS, pode-se mencionar aqui no âmbito da APS o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como uma iniciativa ministerial que busca garantir um padrão de qualidade neste ponto da RAS e, apesar de algumas limitações do instrumento de avaliação externa em relação às práticas de EPS, este de certa forma, busca avaliar tais ações ao questionar sobre a participação, ações realizadas e o tipo de ações realizadas, utilização de recursos tecnológicos, a participação das IES em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão, a frequência e articulação destas com o processo de trabalho.¹³

Em suma, para que EPS seja adotada como referência política e conceitual, sendo o eixo norteador de ações e práticas previstas na APS, é necessária a interface entre ensino, serviço e comunidade, bem como a sensibilização e o envolvimento dos gestores e a atuação comprometida com o cuidado, a saúde e a educação, a partir da prática reflexiva dos profissionais de saúde fundamentados nas premissas e diretrizes do SUS.²³

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Ao iniciar a discussão sobre a EPS no âmbito hospitalar é importante destacar que o contexto histórico da atenção hospitalar se difere do contexto da APS no Brasil e para tanto as dinâmicas previstas pela PNEPS encontram nesse cenário um desafio um tanto maior.

No final do século XIX e início do século XX com o avanço industrial e a aglomeração da classe operária nos centros urbanos surge um modelo hegemônico na saúde, o modelo médico-assistencial privatista, com aumento do custo da assistência hospitalar onde o hospital torna-se ponto de referência para o atendimento de saúde caracterizando o modelo “hospitalocêntrico” de atenção à saúde.³⁰ Assim, com o surgimento do SUS na década de 1980, a efetivação de seus princípios encontrou neste modelo um desafio para sua implementação.

No cenário contemporâneo, as instituições hospitalares são consideradas

organizações complexas que lidam com objetos complexos, envolvendo o processo de saúde, doença e os riscos advindos desta. São compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que detêm autonomia exercida de forma desigual relacionada ao poder que acumulam evidenciando uma “hierarquia” institucional.³¹

O enfermeiro no cenário hospitalar configura-se um ator importante no processo de transição e reestruturação dos serviços, uma vez que possui formação gerencial e está constantemente envolvido nas ações que abrangem a inclusão do paciente nos cuidados de saúde, o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem, a integração da equipe multiprofissional, a humanização do cuidado, a segurança do paciente, a qualidade, entre outras.³²

Cabe destacar aqui a importância da liderança na atuação do enfermeiro para instrumentalização e inovação do processo de trabalho, por meio da gestão do cuidado e da produção e/ou utilização de tecnologias, a exemplo, dos sistemas de informação para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual além de facilitar o controle das ações e a tomada de decisão do enfermeiro, contribui para a segurança do paciente.³³ Quanto a isso, pode-se afirmar que o aprimoramento de competências no profissional enfermeiro tem relação direta com a segurança do paciente e com a qualidade assistencial no contexto hospitalar.³⁴

Ao gerenciar a EPS na atenção hospitalar, o enfermeiro precisa reconhecer e considerar a necessidade de abertura de espaços formais e informais no cotidiano laboral, o fortalecimento da supervisão, o uso de tecnologias e práticas inovadoras de educação (Capacitação *in loco*/Simulação), o apoio institucional/gerencial, a interação das instituições formadoras, das equipes de saúde e desta com o paciente (inserção do paciente na problematização da realidade laboral).³⁵

Segundo a PNEPS a EPS apresenta-se como espaço de aprendizado no trabalho a partir da discussão dos problemas que emergem da prática profissional de forma multiprofissional e interdisciplinar.² A reflexão sobre o processo de trabalho e a transformação das práticas devem ocorrer no serviço, buscando resolver os problemas do cotidiano local. É configurada como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações”.²⁸

Frente aos pressupostos conceituais da EPS, considera-se um nó crítico o momento em que se deixa de refletir sobre a prática, tornando o cuidado automático e meramente funcional, sem que haja compreensão da atuação e a reflexão sobre os erros e acertos do processo. Isso é percebido quando o objetivo da prática se torna exclusivamente o cumprimento de tarefas e rotinas padronizadas de forma mecânica, deixando de lado

o “pensar sobre as ações”. É preciso haver um movimento contrário à mecanização do cuidado e nesse sentido está a importância do desenvolvimento de ações ancoradas na PNEPS.

A EPS encontra dificuldade para efetivar-se na prática devido a dificuldades no entendimento de sua base conceitual e por vezes por conservar um modelo tradicional de educação no trabalho que não mais atende às necessidades dos atores que constituem esse cenário, incluindo o paciente.³⁵ O entendimento conceitual e o desenvolvimento da PNEPS no cotidiano e nas interações produzidas neste são essenciais, pois permitem a responsabilização e comprometimentos dos profissionais e gestores deixando assim de ser uma ação restrita ao Estado.³⁶

Além dessa falta de compreensão conceitual, a pouca percepção dos gestores em relação a importância das ações de EPS e desta forma a não priorização desse eixo no processo de planejamento, a alta rotatividade dos cargos de gestão, a fragmentação do processo de trabalho, a forte hierarquia institucional, a frágil articulação ensino-serviço, a ausência de recurso próprio, ações pontuais e uniprofissionais de educação, as relações de poder, a infraestrutura deficiente, a ausência de indicadores e instrumentos de monitoramento e avaliação das ações de EPS acabam por dificultar a implantação da PNEPS nos hospitais.³²

Outros desafios enfrentados na implementação de ações de EPS nas instituições hospitalares esbarram no fluxo aumentado de trabalho, no estresse, adoecimento físico e emocional do trabalhador que por vezes resulta em absenteísmo, gerando repetidos cenários inesperados e dificultando a adesão profissional às práticas educativas.

Cabe ressaltar que devido ao seu histórico, ao grande aparato tecnológico e acelerado avanço do conhecimento em relação as práticas de saúde, o ambiente hospitalar possui uma forte tendência de evidenciar a área técnica do trabalho em saúde, sendo esta a maior preocupação dos profissionais e, de certa forma supervalorizada neste meio. Entretanto, cabe mencionar que apesar de muito importante neste cenário, o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e não o seu enfoque principal, visto que, a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde comportam além de habilidades técnicas aspectos relacionados à produção de subjetividade e de conhecimento sobre o SUS.⁹

Neste cenário, os núcleos são importantes espaços de encontro e diálogo entre a equipe multiprofissional, gestores e representantes das IES, e desta forma, *starts* para ações de EPS.

Apesar de comumente a atuação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) nos hospitais estar direcionada a alguns profissionais específicos, em especial para a

enfermagem, os encontros do NEP são espaços multiprofissionais para articular a gestão da EPS com a do trabalho propriamente dito e pensar mecanismos de efetivá-la. Assim, os problemas podem ser identificados e o plano de atuação definido em uma construção coletiva, caracterizando um espaço colegiado com enfoque na gestão participativa. A gestão participativa é considerada um meio para ruptura do modelo hegemônico de saúde com potencial para repercutir de maneira direta na produção em saúde.³⁷

A EPS apresenta-se como uma ferramenta de gestão anti-hegemônica que busca espaços de troca de experiências, apontando que a interação dos profissionais entre si e com os usuários é base para o sucesso dos processos de cuidado. Desta forma, percebe-se que, para alcançar o desenvolvimento e sucesso institucional, é preciso substituir os modelos de cuidado em que o desempenho individual e independente se sobressai, por aqueles em que o trabalho é realizado por uma equipe profissional interdependente, colaborativa e interprofissional.²⁶

Nessa lógica, as práticas educativas realizadas no ambiente hospitalar devem ser caracterizadas por práticas de desenvolvimento profissional, produzidas a partir das necessidades evidenciadas no cotidiano dos profissionais de saúde e fazerem parte de uma conformação ampliada dentro de um objetivo institucional, de forma que o seu resultado reflita na melhoria do cuidado e esteja voltado para mudança de prática e de atitude profissional.³⁵

Diante da dificuldade para conquistar adesão aos projetos de desenvolvimento profissional, o NEP carece ampliar seu olhar para além das práticas educativas propriamente ditas, buscando a integração com outras estâncias institucionais e extra institucionais para que este movimento ganhe força e adquira visibilidade de forma a potencializar a atuação profissional e melhorar o cuidado em saúde.³⁵ Nesse ponto, cabe mencionar a importância do NEP fazer parte do organograma institucional, assim como o plano de EPS estar incluso no planejamento estratégico da instituição, legitimando desta forma o apoio dos gestores.

Nesse sentido, cabe enfatizar a importância da integração do NEP com outros núcleos e comissões dentro da instituição considerando os objetivos em comum. Ressalta-se nesse sentido o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) o qual possui também a função de apoiar a direção na criação e desenvolvimento de ações de educação e melhoria da qualidade e da segurança do paciente³⁸, assim como o Núcleo de qualidade Hospitalar (NQH), que tem dentre outras atribuições a padronização das práticas em saúde e a implantação de indicadores de qualidade, ações que carecem de EPS visto que exigem uma mudança cultural.³²

Além da valorização dos núcleos, que engloba o apoio da gestão, a utilização de metodologias ativas, de tecnologias da informação, e de instrumentos de avaliação que vão

além da quantificação de cursos e participantes⁸, a residência multiprofissional, a interação público-privado, o apoio da macrogestão em saúde, o estímulo da liderança do enfermeiro, espaços colegiados, rodas de conversa, espaços informais, ações *in loco* e a construção da cultura da EPS são importantes estratégias na implantação da EPS nos hospitais, pois visam a interdisciplinaridade e a gestão participativa nesse cenário.³²

Experiências com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a exemplo da simulação, tem sido relatada com sucesso, pois permitem o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo na resolução dos problemas, trazendo a própria vivência e alternativas criativas, tornando-as mais efetivas a longo prazo. Para isso, as abordagens devem ser direcionadas de maneira dialógica, sempre que possível *in loco*, não necessariamente excluindo atividades tradicionais de atualização profissional em sala de aula, mas integrando diferentes tecnologias e práticas.³⁵

Ainda, destaca-se a importância de ter profissionais em formação dentro das instituições hospitalares, seja graduação ou pós-graduação, residências e tutorias, e que essa interação e troca seja apoiada e incentivada pelos gestores.³⁵ Já em relação as avaliação das ações de EPS neste cenário, há muito que se avançar. Em geral, as instituições utilizam instrumentos que consideram apenas o número de participantes e número de horas de curso, como também a avaliação de desempenho profissional e de diagnóstico de necessidades de aperfeiçoamento. Desta forma, a inovação, nesse tocante, é necessária e urgente para que se possa mensurar ou qualificar os resultados das práticas de EPS, dando visibilidade e valorizando tais iniciativas. O intuito é gerar mais conhecimentos, novos comportamentos e qualidade na atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após 16 anos da publicação da portaria que cria a PNEPS no SUS, observamos que muito se alcançou, porém ainda há o que ser feito, em todos âmbitos da gestão pública e cenários de cuidado.

Nesta trajetória, diversas estratégias, políticas e programas foram sendo criados entre eles, a construção de um saber comum a todas as áreas da saúde, a fim de agregar as contribuições dos diferentes núcleos para uma prática renovadora na saúde.

Estratégias como essa, promovem mudanças nos processos de trabalho e de aprendizagem, buscando a humanização do cuidado, valorização das vivências e melhores condições de trabalho e atenção à saúde.

Nesse movimento, precisamos resgatar os espaços pedagógicos que articulem os conhecimentos e capacidades racionais, bem como a singularidade dos sujeitos quando pensamos na EPS. Essa aliança pode auxiliar na interação de diferentes autores,

elaboração de projetos, ações e, também, no fortalecimento da autonomia e protagonismo. Assim, o trabalho educativo nos diversos cenários pode ressignificar a relação da educação na saúde e promoção de saúde.

Para tanto, é preciso desconstruir as barreiras do assistir, aprender, gerir e ensinar tradicional e hegemônico e buscar uma nova educação, com ações dinâmicas, complexas e inter-relacionadas com o contexto geral que envolve a EPS. Esperamos que o texto tenha ajudado o leitor a revisitar, brevemente, a história da EPS, seus movimentos na APS e na Atenção hospitalar, permitindo tecer profícuas reflexões sobre a EPS e sua complexa consolidação.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(5):1489-1500. doi: 10.1590/1413-81232017225.33222016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF; 2009. [acesso em 15 jun 2020]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1): 41-65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.
4. Silva KL, França BD, Marques RC, Matos JAV. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). *Trab. Educ. Saúde*. 2019;17(2):e0019222. doi: 10.1590/1981-7746-sol00192.
5. Paiva CH. Izabel dos Santos e a formação dos trabalhadores da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(6):1785-93. doi: 10.1590/1413-81232015206.00132015.
6. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(3):913-22. doi: 10.1590/1413-81232015213.08182015.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF; 1988. [acesso em 05 jun 2020]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
8. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(e1):12-23. doi: 10.1590/0103-11042019s101
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF; 2004. [acesso em 15 jun 2020]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

10. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2007. [acesso em 21 mai 2020]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação. Brasília, DF; 2018. [acesso em 18 jun 2020]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/NavegadorSUS-WEB-INTER.pdf>
13. Bezerra MM, Medeiros KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(e2):188-202. doi: 10.1590/0103-11042018s213.
14. Cavalcanti FOL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. *Trab. Educ.* 2018;16(1):99-122. doi: 10.1590/1981-7746-sol00119.
15. Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl2):1635-46. doi: 10.1590/1807-57622017.0841.
16. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44(e4):1-8. doi:10.26633/RPSP.2020.4.
17. Costa Campos K, Marques RC, Silva KL, Ceccim RB. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS em revista*. 2019;1(2):132-140. doi:10.14295/aps.v1i2.28.
18. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Camargo-Borges C, Kawata LS, Mishima SM. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2013;21(4):1-8. doi: 10.1590/S0104-11692013000400022.
19. Ceccim RB. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”! O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. 2007;11(22):358-361. doi:10.1590/S1414-32832007000200015.
20. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4):e4190015. **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**: 10.1590/0104-07072016004190015.
21. Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. *Cad. saúde colet*. 2019;27(4):420-426. doi: 10.1590/1414-462x201900040100.
22. Ceccim RB. Emergência de um campo de ação estratégica: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral)*. 2019; 18(1):68-80. doi: 10.36925/sanare.v18i1.1307

23. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2019; 43(120):223-239. doi: 10.1590/0103-1104201912017.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. Brasília, DF; 2018. [acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>
25. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2015 [acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>
26. Costa MV, Peduzzi M, Freire Filho JR, Silva CBG. Educação interprofissional em saúde. Natal(BR). 2018. [acesso em 18 jun 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>
27. Prado C, Silva IA, Soares AVN, Aragaki IMM, Shimoda GT, Zaniboni VF et al. Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013;47(4):990-996. doi: 10.1590/S0080-623420130000400031.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF; 2018. [acesso em 21 jun 2020]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.
29. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e2760014. doi: 10.1590/0104-0707201600002760014.
30. Baptista TWF. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; /EPSJV. 2007. [acesso em 30 jun 2020]; Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília, DF; 2004. [acesso em 25 jun 2020]; Disponível em: http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Gestao%20Participativa%20_%20Co-Gestao.pdf.
32. Koerich C, Erdmann AL., Lanzoni G.M.M. Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. *Rev. Latino am. Enferm*. 2020;28(e3379). doi: 10.1590/1518-8345.4154.3379.
33. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CL. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *J. Health Inform*. 2014. [citado 15 mai 2020];6(3):75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296>

34. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):0277-83. doi:10.1590/S0080-623420150000200013
35. Koerich C, Erdmann AL. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):872-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0032>
36. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e190211. doi: 10.1590/Interface.190211.
37. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Permanent education actions of nurse facilitators at a nursing education centre. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e62261. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.62261
38. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013. [acesso em 21 jun 2020]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Maria Fernanda Baeta neves Alonso da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Caroline Cechinel Peiter

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Larissa Martins Novaes de Lima

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Elizabeth Bernardino

Universidade Federal do Paraná (UFPR),
Curitiba, PR, Brasil

de Saúde (SUS) é balizado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas e implementação de estratégias que incidem na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹.

Dentre os princípios do SUS instaurados a partir da Constituição de 1988, a integralidade da assistência exige a superação do modelo fragmentado de atenção à saúde, vindo a ser um dos objetivos principais das RAS². Desse modo, a implantação das RAS no Brasil caracterizou-se como estratégia para qualificar a assistência à saúde e promover a atenção integral ao proporcionar a integração dos serviços de saúde, além de otimizar a relação custo-efetividade para o sistema de saúde³⁻⁴.

Na organização dos serviços de saúde do SUS, além da redução da fragmentação da atenção, destaca-se a necessidade de evitar a sobreposição desnecessária, onerosa e iatrogênica em intervenções de saúde, de direcionar os

INTRODUÇÃO

O sistema nacional de saúde brasileiro assume, constitucionalmente, uma concepção ampliada da saúde enquanto uma produção social, situando-a como um direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Para tanto, o Sistema Único

serviços e de distribuir os profissionais adequadamente nos pontos de atenção à saúde. Não obstante, destacam-se também, possibilitar a gestão clínica e a continuidade do cuidado das condições crônicas, reduzindo a hospitalização desnecessária, buscando uma atenção balanceada, com adequação da oferta de serviço e organização dos fluxos entre serviços especializados de média e alta densidade tecnológica e a Atenção Primária à Saúde (APS), controlar os custos, além de favorecer o fluxo comunicacional e atenção ao longo do tempo¹.

Embora a organização das RAS tenha o objetivo de promover a integralidade da assistência por meio da integração dos diferentes pontos de atenção à saúde³, a continuidade do cuidado continua sendo um desafio, especialmente na transição entre os serviços. Esta articulação entre os pontos da RAS é ainda mais sensível à descontinuidade do cuidado na transição entre os serviços hospitalares e a APS, o que faz da alta hospitalar um momento propício à fragmentação do cuidado⁵⁻⁶.

Considerando que a integração dos serviços e a continuidade do cuidado são problemas expressivos no SUS, entende-se que os profissionais de saúde, ao desempenharem a gestão do cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde, deverão apresentar plasticidade no processo de trabalho, de modo a viabilizar o acesso dos usuários ao serviço necessário e em tempo oportuno¹.

Buscando superar esta realidade, iniciativas nacionais e internacionais buscaram estabelecer a função do enfermeiro de continuidade do cuidado⁷⁻⁸, também chamado de enfermeiro de ligação ou enfermeiro hospitalar de enlace. Este profissional atua a partir da internação e é responsável por identificar os pacientes que precisarão de ações de continuidade do cuidado após a alta hospitalar⁷.

Considerando a necessidade de elucidar questões sobre as contribuições do enfermeiro na ampliação e resolutividade das ações em saúde e continuidade do cuidado, este capítulo teve como objetivos:

- Discutir a RAS e as linhas de cuidado no Sistema Único de Saúde
- Analisar o conceito de Continuidade do Cuidado e suas dimensões
- Refletir sobre as contribuições do enfermeiro para a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diante da crise contemporânea dos sistemas de saúde, caracterizada pela organização da atenção em sistemas fragmentados e voltados para as condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas, e sem comunicação fluida entre os níveis de

atenção, vislumbra-se que a contribuição da implantação e consolidação das RAS e linhas de cuidado.

O Brasil definiu que a organização da assistência no SUS se daria por meio de redes em 2010, visando à construção de sistemas integrados, denominados Redes de Atenção à Saúde⁹. A partir das RAS estabeleceu-se uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, facilitando a integração dos serviços do ponto de vista territorial.

Na articulação entre os elementos da estrutura organizacional da RAS, a APS se destaca como centro de comunicação com os demais pontos de atenção, porta de entrada prioritária do sistema de saúde, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Dessa forma, favorece a qualidade da assistência e a continuidade do cuidado na rede de saúde¹⁰⁻¹¹.

Embora a RAS pareça bastante efetiva em sua proposta, profissionais e gestores têm vivenciado o desafio de efetivar a integração e facilitar o acesso ao usuário. A superação da fragmentação da atenção é facilitada ao se promover o aumento do escopo de atuação da APS e sua articulação com os serviços especializados. Estes direcionamentos apontam para que se rompa com o ciclo de sobreutilização da atenção especializada com demandas que poderiam ser absorvidas pela APS. Nesse contexto, a ampliação da carteira de serviços desempenhados pelo enfermeiro na APS possibilita o aumento da resolutividade no nível primário e contribui para o fortalecimento da RAS ¹².

Este modelo de atenção considera, além da APS, a integração com os pontos de atenção à saúde distribuídos na atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular⁹. Esses pontos de atenção prestam serviços de promoção, prevenção, apoio diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, devendo atuar de forma articulada e integrada¹³. Além disso, devem ser distribuídos segundo a economia de escala, ou seja, a partir de suas densidades tecnológicas. Segundo esta lógica, serviços de maior densidade tecnológica devem ser mais concentrados, e os de menor densidade tecnológica mais distribuídos ao longo do território⁹.

Em relação aos serviços da atenção secundária e terciária, a desarticulação de ações associada à necessidade de qualificação da regulação tanto do acesso quanto dos fluxos de comunicação entre os serviços são entraves que contribuem para a fragmentação do cuidado e gargalos no sistema de saúde¹⁴. Logo, além da reconhecida importância da APS na RAS, é importante ressaltar a necessidade de organização das redes regionalizadas robustas para que a APS possa exercer seu papel de coordenadora do cuidado, configurando uma via de mão dupla. Ou seja, a APS, sozinha, não é capaz de

cumprir seu papel de ordenadora da rede, dependendo das demais estruturas da RAS para que aconteça a continuidade do cuidado¹⁰. Nesse sentido, conhecer os atributos e funções da APS visando potencializar as estratégias de promoção, manutenção e recuperação da saúde têm sido demonstradas como custo-efetivas (Figura I)¹³.

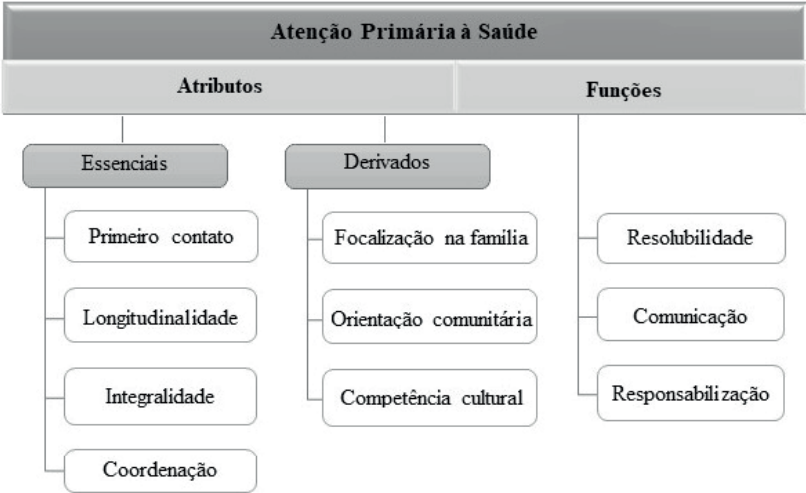


Figura I - Diagrama com a descrição dos atributos e funções da Atenção Primária em Saúde.

Fonte: Adaptado de Mendes (2015)¹⁵.

Para a articulação dos pontos de atenção secundária e terciária com a APS é essencial a implantação de um sistema de regulação, que no Brasil denominamos Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Estudo aponta que a articulação entre APS e demais pontos necessita de centrais informatizadas de regulação, agendamentos e arquivamento de história clínica. Os sistemas informatizados permitem aos gestores monitorar as prioridades clínicas, conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas. O percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada, de acordo com os fluxos formais estabelecidos, acontece por meio de encaminhamento dos serviços da APS. Para a organização dos fluxos, são adotadas guias de prática clínica em diversas áreas do cuidado recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em algumas cidades brasileiras, além das guias tradicionais foram adotados protocolos para definição de fluxos e regulação da atenção especializada¹⁴.

Já em relação aos serviços de maior densidade tecnológica, os hospitais, enquanto integrantes da RAS, devem atuar de forma articulada à APS e possuem como função a assistência em regime de internação aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde¹⁶.

Considerando que o atendimento ocorra por demanda referenciada e/ou espontânea, uma vez que o usuário esteja de alta hospitalar, esta é entendida como transferência do cuidado, e deverá contemplar as seguintes diretrizes¹⁶:

Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado	Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a APS.	Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas RAS.
---	---	---

Figura II - Diretrizes para alta hospitalar.

Fonte: Política Nacional da Atenção Hospitalar¹⁶.

Nesse sentido, faz-se necessária uma efetiva integração dos hospitais à RAS de forma regulada pelo sistema, de modo a oportunizar o cuidado a partir de interações de naturezas diversas com a população, combinando ações de diferentes serviços e profissionais¹⁷. Nesse sentido, foram constituídas algumas RAS temáticas prioritárias no SUS, e cada uma delas é composta por linhas de cuidado específicas, que orientam os fluxos assistenciais e as ações e serviços de saúde necessários em cada situação pré-definida, visando facilitar o itinerário terapêutico do paciente e a oferta de cuidado integral¹⁸.

Entende-se, desta forma, que a RAS em conjunto com as redes e linhas de cuidado específicas podem melhorar a qualidade da clínica fomentando a prevenção das doenças e a promoção da saúde, bem como reduzindo os custos do sistema de saúde onde cada nível de atenção deve operar de forma cooperativa e interdependente.

LINHAS DE CUIDADO

Para articular os pontos e programas da RAS e responder às demandas de saúde dos indivíduos foi proposta a linha de cuidado¹⁵. Esta é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais programáticos seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.

A linha de cuidado foi construída com base no Projeto Terapêutico, ferramenta de organização e sustentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹⁹, baseada nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação^{16,19}.

Apesar de incluir os protocolos de referência e contrarreferência, as linhas de cuidado se diferenciam por não funcionar apenas por protocolos estabelecidos. Requerem o reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o

processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário aos serviços de que necessitam.

Contudo, uma vez que esse trajeto é estabelecido, nem sempre corresponde ao que de fato será utilizado pelo usuário de forma linear e sequencial. A busca pela assistência parte do usuário, e quando este busca concomitantemente mais de um ponto da rede para resolver a mesma demanda, resulta na sobreposição de intervenções em saúde e fragilidade na constituição de vínculo. Deve-se, portanto, garantir um contínuo assistencial seguro que promova a integralidade do cuidado, que permita que o itinerário terapêutico do paciente não se restrinja a uma sequência pré-determinada e rígida de intervenções¹⁸, mas que o sistema saiba por quais serviços esse usuário passou e quais recursos utilizou, visando qualificar a continuidade do cuidado, otimizando tempo e recursos públicos.

Para que as linhas do cuidado não se reduzam a meros fluxos assistenciais e técnicos, fundados em protocolos clínicos, e para que os itinerários não sejam meros termômetros para guiar previamente as linhas do cuidado na atenção a patologias, o conhecimento sobre itinerários terapêuticos pressupõe a sensibilidade para captar essa relação, intimamente relacionada a concepções sobre saúde, doença e o bem viver. Se essa sensibilidade também permear as práticas de saúde e a construção dos projetos terapêuticos, pode-se, então, falar em possibilidades de articulação entre conhecimento sobre itinerários terapêuticos e construção das linhas do cuidado¹⁸.

Com o objetivo de que o usuário tenha suas necessidades atendidas integralmente, foram criadas as linhas de cuidado, mas que ainda precisam integrar os pontos e serviços e consolidar a continuidade do cuidado, a qual configura-se em uma abordagem ampla e que promove através de modelos teóricos possibilidades de atuação para a enfermagem.

CONCEITO DE CONTINUIDADE DO CUIDADO E SUAS DIMENSÕES

Definir e operacionalizar a continuidade do cuidado é um requisito necessário para melhorar, na alta hospitalar, a transição para o domicílio e mitigar os cuidados fragmentados. A descontinuidade do cuidado pode levar a eventos adversos, reinternações e até a mortes evitáveis. Na perspectiva do paciente, o cuidado fragmentado pode resultar em insatisfação e falta de preparo para o autocuidado²⁰.

O conceito de continuidade tem sido discutido nos estudos sobre os cuidados em saúde e os autores consideram, na sua operacionalização, três dimensões que se interrelacionam: paciente-provedor, comunicação e coordenação²⁰. Este modelo conceitual ajuda a esclarecer o significado de cada dimensão para alcançar a continuidade do cuidado, uma vez que muitos fatores contribuem para a falta de continuidade como dificuldades na comunicação, informações incompletas e acesso limitado aos cuidados na transição para o domicílio e a falta de um líder profissional para assegurar a continuidade. Em virtude destas

circunstâncias, a continuidade dos cuidados tornou-se uma prioridade.

A dimensão paciente-provedor diz respeito à construção de vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde presentes em sua trajetória terapêutica. Essa relação que se estabelece ao longo do tempo permite aos profissionais acumularem conhecimentos sobre o paciente, ligando os conhecimentos passados, atuais e futuros, fortalecendo a construção de confiança do paciente com o profissional e transmitindo a sensação de garantia de cuidados futuros²¹⁻²².

A dimensão comunicacional está relacionada ao acesso dos profissionais de saúde às informações referentes aos eventos de saúde prévios²¹. Neste sentido, destaca-se a importância dos sistemas logísticos e de apoio, componentes da estrutura operacional da RAS, especialmente os sistemas de informação em saúde e prontuários eletrônicos, que oportunizam o arquivamento seguro e compartilhamento de informações entre os diferentes pontos de atenção que assistem o usuário.

A dimensão de coordenação está voltada para a oferta e demanda de serviços de saúde, integrados na RAS²². Desta forma, a continuidade do cuidado depende de esforços que partam dos níveis de gestão para que as ações de saúde sejam disponibilizadas de modo sustentável, evitando a redundância de intervenções de saúde, permitindo que o acesso coordenado e integrado promova a integralidade da atenção.

Nos anos 1970, a continuidade do cuidado de enfermagem foi operacionalizada na APS, designando uma enfermeira “primária” no cuidado durante a transição do hospital para casa e assegurando uma boa comunicação e coordenação dos cuidados. O ressurgimento e interesse pela continuidade dos cuidados se deu no início dos anos 2000, quando as mudanças nos serviços de pós-alta e a necessidade de planejamento da alta hospitalar se tornaram uma preocupação²⁰.

Com diferentes denominações no contexto internacional, enfermeiros de enlace na Espanha e de ligação no Canadá e Portugal possuem uma consolidada trajetória e contribuição no processo de continuidade do cuidado⁷. Sabendo que com o tempo, o paciente pode visitar vários provedores e receber atendimento em diversos locais (por exemplo, hospital, unidade de saúde e clínicas), as informações atualizadas podem otimizar os cuidados e o vínculo com o paciente e a sua família promove uma alta segura e a transição para o domicílio de forma eficaz²⁰.

Os enfermeiros são treinados para reconhecer as situações em que os pacientes se encontram e agir com, e em nome deles. O cuidado de enfermagem promove a autonomia do paciente de acordo com as suas necessidades e a interação entre enfermeiro e paciente é um processo complexo, essencial à prática de enfermagem²³. Ainda, o conforto proporcionado pelo relacionamento contínuo com os enfermeiros influencia na tomada de

decisão, comparecimento a consultas, discussão e adesão do plano de alta²⁴.

A relação enfermeiro-paciente é fundamental para o compartilhamento de informações, considerando a condição passada, presente e futura do paciente²⁵. Para alcançar a continuidade informacional é preciso que ocorra a transferência das informações entre os profissionais e serviços, incluindo os resumos de alta completos na transição do hospital, permitindo que os enfermeiros tomem decisões sobre os cuidados com base na linha do tempo²⁶.

A coordenação é fundamental para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade. Quando mal coordenados, os cuidados podem resultar em erros, readmissões e ações de saúde dispensáveis. A coordenação foi descrita como integração de cuidados para melhorar os resultados da saúde, garantindo que os beneficiários tenham suas necessidades e preferências atendidas ao longo do tempo. A coordenação assistencial envolve a implementação de ações que visam facilitar a transição do hospital para o domicílio e diminuir os problemas após a alta²⁷.

O plano de alta deve ser desenvolvido com soluções colaborativas entre os enfermeiros, pacientes e familiares/cuidadores e, a comunicação permite que o plano seja compartilhado. O cuidado coordenado deve envolver os recursos apropriados e ações contínuas para atender efetivamente às necessidades dos pacientes. Estudo revelou que na alta hospitalar, as decisões muitas vezes são tomadas pelos profissionais de saúde sem que o pacientes e familiares sejam consultados sobre suas preferências em relação ao acompanhamento²⁸. Desta forma, faz-se necessário compreender a estrutura operacional da RAS e a forma como ela se organiza, bem como identificar quais estratégias podem ser desenvolvidas por enfermeiros para efetivar a continuidade do cuidado na prática.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A partir de estudos sobre a temática^{5,8} foram identificadas as principais estratégias desenvolvidas por enfermeiros para continuidade do cuidado no processo de transição entre serviços:

Identificação do paciente que necessita de continuidade do cuidado

Entende-se que os enfermeiros, especialmente aqueles que atuam diretamente na continuidade do cuidado, demais profissionais da equipe assistencial e os familiares do paciente contribuem para identificar o paciente que necessita da transição do cuidado para o domicílio⁸.

Alguns critérios podem ser utilizados para facilitar a identificação de potenciais riscos ou problemas para a alta do paciente, dentre eles foram destacados em estudo

desenvolvido em 15 hospitais de Portugal: viver sozinho, dependência para o autocuidado, ter múltiplas lesões por pressão, ser indigente, ser vítima de maus tratos ou negligência, ter registro de ocorrência de quedas no domicílio, e ter doenças crônicas agudizadas²⁹.

Assim, para avaliar se o paciente atende aos critérios, enfermeiros de ligação ou assistenciais realizam exame físico, coleta de dados no prontuário e entrevista. Na entrevista são abordados temas que contemplam o tradicional histórico de enfermagem, com destaque para: uso de medicação, grau de dependência motora e funcional, risco de quedas e de úlceras de pressão, capacidade de decisão do paciente, necessidades após a alta hospitalar, capacitação do cuidador principal, conhecimento do paciente e do cuidador acerca da prevenção de complicações e condições habitacionais²⁹.

Planejamento da alta hospitalar

Após identificar a necessidade de continuidade do cuidado na transição para o domicílio, a enfermeira de continuidade do cuidado inicia o planejamento da alta hospitalar⁸. O planejamento da alta tem como objetivo reduzir o tempo de internação e reinternações não planejadas, melhorar a coordenação dos serviços pós alta hospitalar, e facilitar a transição efetiva dos cuidados hospitalares para o domicílio³⁰.

Ao planejar a alta, os profissionais devem preparar os pacientes para receberem os cuidados, desenvolvidos individualmente para cada paciente, envolvendo-os ativamente no plano de cuidados; proporcionar comunicação ativa entre os profissionais de saúde e coordenar o plano de cuidados para o próximo nível de atendimento³¹. Este processo pode ocorrer idealmente desde a admissão do paciente no hospital, ou ainda alguns dias antes ou no dia da alta hospitalar⁸. Entretanto, cabe destacar que os planos de cuidado para a alta são comumente elaborados e informados durante a alta do hospital, o que pode levar a um acúmulo de informações e dúvidas futuras no contexto domiciliar⁶.

Para a realização de uma assistência mais qualificada, é importante que o enfermeiro atente para as oportunidades de desenvolvimento de estratégias educacionais e preparatórias para a alta durante a internação, para estimular a adesão ao tratamento, bem como, o autocuidado na nova condição de saúde⁶. Além disso, é necessário que estes profissionais assumam o papel de coordenador da alta hospitalar, apoderando-se do processo de transição e integrando os demais membros da equipe assistencial a favor de uma atuação coletiva³².

Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços

A estratégia de transferência de informações entre o hospital e demais serviços de saúde está relacionada à dimensão informacional da continuidade do cuidado²¹. Uma revisão de literatura que teve o objetivo de identificar estratégias de transição do cuidado

entre os serviços de saúde na América Latina identificou a comunicação completa de informações dos pacientes como um dos componentes para garantir a continuidade do cuidado no contexto ambulatorial a partir da transição do cuidado⁶.

Um estudo conduzido na Austrália identificou a melhora da comunicação entre o hospital e os demais serviços de saúde como parte das atividades da enfermeira de ligação³³. Na Espanha, a atuação da enfermeira de enlace inclui protocolos de acompanhamento do usuário, contato telefônico pós alta, disponibilização do contato da enfermeira, material impresso com orientações de cuidados, telefones e websites com o objetivo de compartilhar informações do hospital com a unidade de saúde na comunidade⁷. A atuação destas profissionais é direcionada ao cuidado centrado no paciente com objetivo garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. No Brasil, uma instituição que conta com a função da enfermeira de ligação não dispõe de sistema integrado que oportunize a transferência de informações entre o hospital e demais serviços, sobretudo a APS, dificultando sua atuação³².

A transferência de informações entre os serviços de saúde exige a implementação de sistemas informatizados integrados e competentes que permitam a continuidade do cuidado informacional^{8,21}. A ausência de um sistema que oportunize armazenamento e compartilhamento oportuno de informações leva a perdas acerca do histórico de saúde do paciente e gera duplicidade de intervenções. Sem um canal de comunicação formal, outras ferramentas são adotadas pelos profissionais como folhetos, sumário de alta, prescrições, telefonemas e e-mails elaborados com a finalidade de comunicação com outro ponto de atenção à saúde, em especial a APS, visando promover a continuidade do cuidado⁸.

Auxílio na Reabilitação Social

A reabilitação social diz respeito às ações que incentivam a reintegração do indivíduo às suas atividades cotidianas na comunidade após a alta hospitalar, envolvendo aspectos da saúde física, psicológica, cognitiva, comportamental e social, visando aceitação da doença e adaptação à nova condição⁵. Diferente da reabilitação clínica, a reabilitação social está relacionada ao retorno da vida social em condições semelhantes ao período pré-internação, e deve ter como foco o cuidado centrado no paciente³⁴.

Trata-se de um modelo de serviço que fornece um suporte intensivo nas semanas que sucedem a alta hospitalar, cujos resultados estão relacionados ao aumento da independência do indivíduo e a satisfação do paciente com o seu desempenho³⁵. A criação de programas que auxiliam na reabilitação social, principalmente aos pacientes com maior grau de vulnerabilidade, mostram-se favoráveis nas transições do cuidado efetivas e de qualidade, propiciando a sensação de segurança, adaptação à doença e às atividades no

domicílio⁵.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado, auxiliar na reabilitação social dos indivíduos dependentes e capacitar os cuidadores para os cuidados pós alta hospitalar, o Serviço Nacional de Saúde português conta com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As enfermeiras de ligação, após identificação dos pacientes com necessidade de suporte, têm papel de destaque por serem responsáveis pelo planejamento do referenciamento do paciente aos serviços extra hospitalares e à RNCCI²⁹. Nesse sentido, ressalta-se a contribuição do enfermeiro na transição do cuidado, ao identificar questões que possam facilitar ou dificultar a vida do indivíduo no âmbito do domicílio, influenciando no processo de reabilitação social⁵.

Educação em Saúde

A educação em saúde deve ser realizada em todos os níveis de atenção de maneira articulada, a fim de promover o autocuidado, fator essencial para a continuidade do cuidado²⁹. Trata-se de uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro a fim de estimular a adesão ao tratamento e reduzir as taxas de reinternação e de mortalidade. Envolver o indivíduo e família no planejamento do cuidado lhes traz segurança e auxilia o enfermeiro na elaboração do plano de cuidado integral e individualizado. Dentre os aspectos abordados durante a educação em saúde destacam-se alterações e restrições na dieta, exercícios físicos, uso correto das medicações e as possíveis interações dos medicamentos de uso contínuo, reconhecimento de sinais e sintomas da doença e autocuidado no domicílio⁵.

Muitas vezes, as orientações de alta são realizadas somente no momento da alta e de maneira mecânica, apressada, sem considerar as particularidades de cada paciente. A insuficiência de informações no planejamento da alta pode trazer consequências como angústia, ansiedade, efeitos adversos, baixa adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida⁽⁵⁾. Desta forma, é necessário munir pacientes e seus cuidadores com conhecimentos e habilidades durante o período de internação para que assim se sintam capazes de realizar os cuidados necessários após a alta⁶.

Para que a educação em saúde seja efetiva, a comunicação das orientações devem ser realizadas através de linguagem simples, clara e objetiva, podendo-se utilizar encartes ilustrativos como material de apoio. Vale ressaltar que a educação em saúde não pode ser apenas prescritiva, esta deve ser esclarecedora para o paciente e seu cuidador⁵.

Articulação com os demais serviços

A articulação entre os diferentes pontos de atenção da RAS auxilia na efetivação de melhores práticas de transição e possibilita a continuidade dos cuidados pós-alta. O enfermeiro, como agente articulador entre os profissionais envolvidos na rede assistencial,

têm como principal responsabilidade disponibilizar os recursos necessários para que o paciente obtenha sucesso no processo de transição para o domicílio⁵.

A maneira como ocorre a transferência das informações sobre os usuários entre os serviços, diferencia-se de acordo com a realidade dos municípios ou regiões de saúde³⁵. As chamadas telefônicas e os sistemas informatizados do hospital interligados à rede de saúde local, são exemplos de meios de comunicação utilizados com o intuito promover a articulação entre os enfermeiros hospitalares e da APS para a realização da continuidade do cuidado no âmbito domiciliar⁵.

Com o objetivo de buscar novas estratégias que favoreçam a continuidade dos cuidados foi implementado o protocolo de contrarreferência pela enfermeira de ligação em um hospital universitário em Curitiba/PR, que consiste em: após identificar pacientes com necessidade de suporte, o enfermeiro de ligação deve localizar a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para apresentar à enfermeira a situação do paciente e agendar a consulta. A próxima etapa contempla o preenchimento de um formulário de contrarreferência em duas vias. Uma via fica com o pacientes que recebe impresso, alguns outros documentos como folha de rosto e resumo de alta para ser entregue na primeira consulta na UBS. Adicionalmente, o formulário é encaminhado via e-mail para a coordenadora da UBS que direciona para a enfermeira assistencial³².

Acompanhamento pós-alta

Durante o acompanhamento pós-alta é possível identificar e orientar o indivíduo e seus cuidadores quanto aos aspectos do tratamento, sinais e sintomas da doença, administração dos medicamentos, verificar a compreensão das atividades de autocuidado, orientar quanto aos locais adequados para atendimento e realizar consultas de acompanhamento. Essas atividades podem ser realizadas pelo enfermeiro através de ligações telefônicas ou visitas domiciliares presenciais com a finalidade de avaliar a compreensão do plano de alta, relembrar as orientações prestadas anteriormente, elucidar as possíveis incertezas e dificuldades quanto às informações e assim assegurar a continuidade do cuidado⁵.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, cujo objetivo foi analisar o uso do serviço de saúde no período pós alta hospitalar de idosos por acompanhamento telefônico, demonstrou o telemonitoramento como uma tecnologia viável na atenção à saúde pois possibilita analisar a evolução dos usuários e a utilização dos serviços de saúde pelos mesmos, bem como auxilia na identificação das situações de risco, na prevenção das possíveis complicações e reinternações através da avaliação e no suporte contínuo no período pós-alta³⁶. Em outro estudo sobre o acompanhamento pós alta, a participação de enfermeiras de ligação na coordenação deste processo contribuiu para melhorar a interação dos serviços, promover

a continuidade do cuidado e como resultado final, diminuir as reinternações hospitalares³⁷.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Com o intuito de buscar, no campo da Enfermagem, práticas exitosas que contribuam efetivamente para a continuidade do cuidado no contexto brasileiro, foi desenvolvido um projeto multicêntrico em hospitais universitários do Canadá, Espanha e Portugal, centrado nas práticas das enfermeiras hospitalares de enlace e de ligação^{8,38}.

As atividades realizadas por enfermeiras em hospitais universitários em Madri e Barcelona relacionadas à continuidade do cuidado na APS após a alta englobam a especificidade do processo de trabalho, a disponibilidade de recursos e as habilidades e competências individuais para exercer a função de ligação entre os níveis assistenciais³⁸.

A enfermeira hospitalar de enlace é solicitada para realizar avaliação clínica e social e verificar a necessidade de continuidade do cuidado após a alta por meio da interconsulta com a equipe multiprofissional ou busca ativa no programa informatizado hospitalar. Nesse processo, há o envolvimento entre paciente, família e equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta. A enfermeira possui conhecimento sobre os recursos necessários após a alta hospitalar e realiza contato com os profissionais e/ou enfermeiro da área de origem do paciente³⁸.

Entre as habilidades e competências para atuar como enfermeira hospitalar de enlace ou de continuidade do cuidado, é necessário possuir experiência no tratamento de situações difíceis e manejo do cuidado a pacientes complexos e sua família. Além disso, conhecimento dos dispositivos intra e extra-hospitalares, capacidade para atuar em equipe, liderança, conhecimentos de informática e comunicação eficaz com os diferentes níveis de complexidade. A coordenação entre o hospital e a atenção primária é feita por meio de uma plataforma eletrônica pela enfermeira da atenção primária³⁸.

Na região de Andaluzia, na Espanha, os usuários considerados complexos, como pacientes com condições crônicas, contam com um enfermeiro gestor de casos, que providencia o que é necessário para que o atendimento seja continuado, sem fragmentações, ainda que a pessoa transite por diferentes níveis de atenção. O usuário passa a ter um enfermeiro responsável por seu caso, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado no contexto domiciliar visando responder às múltiplas necessidades socio sanitárias. Assim, continuidade do cuidado é uma característica da APS relacionada à satisfação dos usuários e a sua qualidade de vida, a redução da medicalização e reinternações³⁸.

Essas experiências internacionais, da enfermeira de ligação, enfermeira hospitalar de enlace e a enfermeira gestora de casos, contribuíram para que na região sul Brasil fosse implantada a enfermeira de ligação e o enfermeiro navegador.

O Programa de Navegação foi criado para atender pacientes oncológicos, no âmbito do SUS, cadastrados em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A navegação de pacientes é um processo em que um indivíduo é acompanhado pelo enfermeiro navegador que guia as pessoas com diagnóstico ou suspeita de alguma doença crônica, ajudando-as a “navegar” pelo sistema e serviços de saúde. Estes profissionais utilizam o seu conhecimento especializado, experiência clínica e competências para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Direcionam e guiam pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão conjunta com equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento. As ações desenvolvidas por estes profissionais vão além do manejo do cuidado, supervisionam todo o processo de tratamento, empoderando os pacientes, fornecendo informações e suporte, atuando como elo entre eles e os profissionais da equipe³⁹.

A primeira avaliação da necessidade de navegação e a construção do plano de navegação foram estabelecidas como função específica do enfermeiro navegador. Este profissional, devido ao seu conhecimento e a sua capacidade de interagir com a equipe interdisciplinar, consegue avaliar os pacientes que necessitam de mais apoio e/ou cuidados mais urgentes. Assim, dentre os benefícios do enfermeiro no papel de navegador está a certeza de um cuidado centrado no paciente e de um efetivo gerenciamento da assistência em todas as fases do continuum³⁹.

Os navegadores conduzirão a trajetória de tratamento do paciente e realizarão a gestão do cuidado através do acompanhamento dos registros no sistema informatizado (agendas de consultas, exames, quimioterapia e radioterapia; movimentação do paciente; e registros no prontuário eletrônico). A comunicação entre pacientes e navegadores será realizada por telefone, mensagens de texto e de forma presencial, com agendamento prévio e/ou necessidade sinalizada pela equipe assistencial, paciente e familiares. A interlocução efetiva influencia positivamente na recuperação do paciente, auxiliando no controle da dor, na adesão ao tratamento, no enfrentamento da doença e na qualidade de vida dos indivíduos navegados³⁹.

CONCLUSÃO

A continuidade do cuidado representa uma importante estratégia desenvolvida por enfermeiros para segurança ao usuário e integrar dos serviços de saúde em redes. Para tanto, o presente capítulo apresentou o contexto da RAS e linhas de cuidado, demonstrando a necessidade de elementos para aperfeiçoamento da continuidade do cuidado dos usuários entre os diferentes serviços de saúde ou destes para o domicílio.

Embora esta prática seja bastante explorada em países desenvolvidos visando

potencializar a qualidade e a segurança do cuidado de enfermagem e da terapêutica proposta por outros profissionais, no contexto nacional existem poucas iniciativas até o momento. Desta forma, vislumbra-se nos enfermeiros de continuidade do cuidado uma atuação com impacto real na qualidade de vida das pessoas e na redução dos custos com reinternações hospitalares, por meio de estratégias pautadas em conhecimento técnico, relacional, e infra-estrutura na integração dos sistemas de informação.

Destaca-se a contribuição deste capítulo para os enfermeiros, que exercem papel fundamental na continuidade do cuidado, identificando aspectos que precisam ser melhorados nas práticas de gestão e assistência. É necessário fortalecer a atuação dos enfermeiros na coordenação da continuidade do cuidado, participando ativamente do planejamento de alta, fornecendo orientações de autogerenciamento em saúde, bem como auxiliando na articulação entre os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Universidade Federal da Bahia. Salvador: EDUFBA, 2018. 311 p. Acesso em: 05 jul 2020. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r7wwf/pdf/santos-9788523220266.pdf>
2. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(Supl): 118-27. DOI: 10.5020/18061230.2016.sup.p118
3. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1): e20180214. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>
4. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):713-23. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33532016
5. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(3): e47615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
6. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.
7. Costa MFBNA; Andrade SR, Soares CF, Ballesteros PE, Capilla TS, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>
8. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3162. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>

9. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. diário oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf. Acesso em: 05 jul 2020.
10. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1141-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
11. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(4):e2017504. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>
12. Lowen IMV, Peres AM, Ros C, Poli P, Faoro NT. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. *Rev. Bras. Enferm*. 2017;70(5):898-903. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160p.
14. Almeida PF, Gêrvias J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate*. 2013;37(98): 400-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300004>
15. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS, 2015. 193p.
16. Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm. Acesso em: 05 jul 2020.
17. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1791-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
18. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WF. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):843-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
19. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense. 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf
20. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *Int J. Nurs Pract*. 2019;25:e12704. Available in: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
21. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e4250016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>

22. Brand S, Pollock K. How is continuity of care experienced by people living with chronic kidney disease? *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1–2):153-61. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13860>
23. Henry D. Rediscovering the Art of Nursing to Enhance Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*. 2017;31(1):47-54. DOI: <https://doi.org/10.1177/0894318417741117>
24. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vasquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011;24(1):39-48. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>
25. Radwin LE, Castonguay D, Keenan CB, Hermann C. An expanded theoretical framework of care coordination across transitions in care settings. *Journal of Nursing Care Quality*. 2016;31(3):269-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000165>
26. Roughead EE, Kalisch LM, Ramsay EN, Ryan P, Gilbert AL. Continuity of care: When do patients visit community healthcare providers after leaving the hospital. *Internal Medicine Journal*. 2011;41(9):662-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02105.x>
27. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition. *JONA*. 2015;45(12), 606–614. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000273>
28. Dyrstad DN, Laugaland KA, Storm M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - Exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24,1693–1706. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
29. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMP, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. *Cogitare Enfermagem*. 2018; (23)3: e58449. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.
30. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(18). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0765-y>
31. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C, et al. Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):128-34. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x>
32. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018;71(Suppl1):546-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
33. Wilkes L, Doull M, Paterson J, Le Cornu K, Chok HN. The role of the general practice liaison nurse as integrated care coordinator: A delphi study. *Clin Nurs Stud*. 2016; 4 (3): 67-77. doi: <https://doi.org/10.5430/cns.v4n3p67>
34. Bauer A, Fernandez JL, Henderson C, Wittenberg R, Knapp M. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health Soc Care Community*. 2019;27:1241-50. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12756>

35. Vieira EW, Gazzinelli A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saúde Sociedade*. 2017; 26(2):448-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170100>
36. Pinheiro F, Santo FHE, Sousa RM, Santana RF, Silva J, Pestana LC, et al. Acompanhamento por telefone no pós alta hospitalar de idosos. *REAID*. 2017;83(21):48-53. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2017-v.83-n.21-art.284>
37. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Revista Gaúcha Enferm*. 2020;41(spe):e20190155. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.
38. Costa MFBNA. Rede de cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Alvarez AM, Caldas CP, Gonçalves LHT, organizadoras. *PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do idoso: Ciclo 2*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. p.63-92. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).
39. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275>.

AUDITORIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Veridiana Tavares Costa

Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), Florianópolis, SC, Brasil

Mônica Emanuele Köpsel Fusari

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Leonardo Pereira de Sousa

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Ianka Cristina Celuppi

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Ramon Carlos Pedroso de Moraes

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

aproveitamento do tempo e dos insumos relacionados à assistência, evitando desperdício e contribuindo principalmente para a melhoria do processo de assistência e qualidade em saúde. A seguir serão abordados tópicos atrelados aos aspectos históricos, conceitos e classificações de auditoria, auditoria no SUS e auditoria clínica, auditoria de enfermagem e sua interface com a qualidade da assistência, bem como alguns destaques em relação à atuação do enfermeiro na análise de glosas hospitalares e gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

O presente capítulo busca destacar os preceitos básicos e princípios da auditoria em saúde e enfermagem, descrevendo aspectos e práticas atualmente empregadas pelos auditores que vão de encontro à melhoria do desempenho gestor e técnico-operacional das instituições, melhor

As atividades que envolvem algum tipo de auditoria foram historicamente evidenciadas desde a época do antigo Egito, como também entre os povos Babilônicos, Sumérios, Sírios e Cretenses, principalmente em atividades de registro de escrituração de patrimônio, grandes

construções e arrecadação de impostos. Impérios Clássicos, como os da China e de Roma, também tinham elaborados serviços civis para monitorar as finanças estatais, acompanhar a tributação e seus rendimentos. Já na Inglaterra, ainda na Idade Média, atribuições de auditoria eram realizadas por pessoas letradas, que coletavam informações acerca do patrimônio e gestão do reinado e depois faziam apresentação oral do que fora ouvido para o rei, por isso os auditores eram reconhecidos como “ouvidos” do rei ^{1,2}.

Corroborando com os achados históricos, a palavra auditoria deriva do latim, *audire*, cujo significado é ouvir. Ampliado seu uso para a língua inglesa, passou a significar *audit*, ou seja, auditar, examinar, corrigir e certificar ^{3,4}. O uso do termo tem surgimento datado entre os séculos X e XVI na Europa, sendo empregado na área da contabilidade como uma técnica de controle econômico e escrituração mercantil. Porém, após a Revolução Industrial em 1756, tanto o termo quanto o processo de auditoria ficaram mais evidentes e profissionalizados, visto que a expansão do capitalismo e capital monetário exigiu a melhoria das práticas de avaliação e controle das grandes empresas ^{1,3}. Assim, tanto os auditores, como o ramo da auditoria começaram a ganhar destaque já que puderam exercer a função de forma autônoma, assessorando ou prestando consultoria em diversas áreas e agregando conhecimentos interdisciplinares à sua prática profissional⁴.

No Brasil não há registros precisos de quando a prática de auditoria foi introduzida, porém há evidências de que já se utilizava o termo auditor em 1862, o qual tinha função de analisar e examinar contas de determinada empresa. Academicamente, em 1945 foi incorporada a disciplina de Revisões e Perícia Contábil nos cursos de Ciências Econômicas e Contábeis, a qual posteriormente passou a ser denominada como Auditoria e atualmente faz parte da grade de ensino das universidades^{3,4}.

Em meados do século XX a auditoria foi introduzida na área da saúde para além do enfoque contábil e se tornou uma importante ferramenta de avaliação e controle de custos, processos internos e aspectos qualitativos da assistência. O primeiro registro da realização de uma auditoria na área da saúde ocorreu no ano de 1918, nos Estados Unidos, pelo médico George Gray Ward que tinha o intuito de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes por meio dos registros em prontuários, os quais até hoje são tidos como fonte de informação primária para os auditores^{1,2,4}.

Nacionalmente, os processos de auditoria atrelados à área da saúde foram instituídos a partir dos órgãos governamentais de assistência médica e previdência social em 1923, principalmente no intuito de evitar fraudes e evasões de recursos financeiros. Desde então esses processos têm sido aprimorados, principalmente a contar da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) em 1990, assim como da expansão da saúde suplementar, destacando um caráter mais crítico tanto para análise da

gestão como também na verificação de registros que indicam a eficiência e qualidade da assistência prestada pelos profissionais envolvidos na assistência ^{1,3}.

No âmbito da saúde, a auditoria tem sido conceituada como uma atividade que se atrela a um sistema de controle e avaliação, tanto de desempenho como de resultados, onde é realizada uma avaliação sistemática entre atos e fatos a partir de relatórios e registros profissionais para verificar o grau de conformidade de uma determinada situação, serviço ou contrato comparada com parâmetros previamente estabelecidos^{2,3}. Apesar do seu teor fiscalizatório, a auditoria deve ser entendida como uma poderosa ferramenta que tem a finalidade de aferir padrões na assistência prestada e apresentar as distorções que precisam ser corrigidas para melhorar a qualidade do processo assistencial. Seu intuito perpassa o controle de contas, sendo atualmente sua principal finalidade voltada para a melhoria contínua da qualidade e redução do desperdício de tempo e insumos^{2,5}.

Dentro do macro processo de auditoria, existem algumas variantes de acordo com a sua finalidade. No âmbito da saúde, podemos classificá-la quanto a sua execução, ao seu método, a sua forma de intervenção, ao seu tempo, a sua natureza e ao seu limite^{1,3}. Cada uma delas será exemplificada a seguir.

Quanto ao tipo de **execução**^{1,3}, a auditoria pode ser classificada como:

Analítica: Caracterizada por um conjunto de procedimentos especializados que avalia se o sistema ou serviço de saúde atende às normas e padrões pré-definidos por meio de análise de relatórios, processos e documentos.

Operativa: Esta modalidade verifica por meio de processos, documentos e fatos se o que foi realizado ou solicitado está de acordo com os requisitos legais e normativos que regulamentam o SUS, as operadoras de saúde e as atividades profissionais relativas a cada área assistencial.

Gestão: Caracterizada por atividades de avaliação e controle orçamentário, financeiro e contábil, além de avaliação técnica de cada área assistencial, avaliação de resultados e comprovação da qualidade.

Contábil: Caracterizada por uma avaliação sistemática de demonstrações e rotinas contábeis, apuração de resultados, cumprimento de metas previstas em planos de saúde ou trabalho e controle financeiro, contábil e patrimonial das instituições de saúde.

A auditoria quando classificada quanto ao seu **método**^{1,3} pode ser:

Prospectiva: Realizada antes ou durante o processo de assistência à saúde. Tem caráter preventivo e procura avaliar a execução do serviço dentro dos parâmetros de regulação legal. Geralmente está ligada a liberação prévia de procedimentos e serviços de assistência à saúde.

Concorrente: Realizada durante o atendimento do paciente hospitalizado ou em

atendimento ambulatorial. Pode ser feita através da análise dos registros da assistência ou mesmo por entrevista e questionamento diretamente ao paciente, família e profissionais assistentes.

Retrospectiva: Realizada após a alta do paciente por meio de registros no prontuário e conta hospitalar. Nesta modalidade, os auditores avaliam o processo de assistência realizado e confrontam com as regulamentações da área, sendo assim o que não estiver dentro do que é legalmente preconizado será submetido a questionamentos e pode ser revertido em forma de glosa (não pagamento pelo material ou serviço).

Classificação da auditoria quanto a forma de **intervenção**^{1,3}:

Interna: Realizada por auditores da própria instituição com finalidade de controlar internamente a eficiência e eficácia da gestão, identificando falhas e promovendo a melhoria de processos assistenciais, operacionais e de recursos. Tem como vantagem o conhecimento em profundidade dos processos de trabalho da empresa, podendo sugerir soluções apropriadas para melhorar qualidade e desempenho do serviço.

Externa: Realizada por auditores vinculados a outras empresas, podendo ser por contratação da própria instituição ou por fiscalização das operadoras de saúde e do SUS que avaliam as atividades e os resultados da empresa ou do serviço auditado de forma independente.

Quando classificada quanto ao seu **tempo**^{1,3}, a auditoria pode ocorrer de forma:

Contínua: Avalia os mesmos processos ou serviços de forma integral, podendo ser permanente e contínua ou de tempos em tempos, mas iniciando sua revisão sempre a partir da anterior e demonstrando um relatório global da situação.

Periódica: Realizada em período determinado, mas sem se prender a continuidade da avaliação. Geralmente aplicada para avaliar a conformidade de uma atividade específica.

Quanto a **natureza**^{1,3} da auditoria, ela pode ser classificada como:

Regular ou Ordinária: Realizada em caráter de rotina, sendo periódica e previamente programada. Este tipo de auditoria tem o objetivo de analisar uma fase específica de determinada atividade, ação ou serviço.

Especial ou Extraordinária: Não é programada e tende a apurar algum fato importante e específico, muitas vezes irregular ou proveniente de denúncias, atendendo a uma necessidade de momento.

A classificação quanto ao **limite**^{1,3} se atém a uma auditoria:

Total: Realizada em todos os setores e serviços da instituição.

Parcial: Limitada a avaliação de apenas determinados serviços.

As classificações e características supracitadas servem para avaliar a prestação de serviços, seus processos e resultados, aferir a manutenção de padrões preestabelecidos,

levantar dados sobre a qualidade, custos e desvios, comparando-os a modelos já consagrados e cientificamente comprovados tanto no contexto brasileiro como no mundial.

AUDITORIA NO SUS E AUDITORIA CLÍNICA

O SUS por se tratar de um organismo de acesso universal para os brasileiros representa também um dos maiores sistemas a ser gerido pela União, Estados e Municípios, no tocante à qualidade dos serviços. A movimentação anual de recursos financeiros significativos coloca-o no centro das questões sociais e tem colaborado para ampliação do acesso da população às ações básicas de saúde, com impacto expressivo na redução da morbimortalidade geral. Todavia, ainda há uma profusão de desafios relacionados à aplicabilidade dos recursos públicos objetivando ganhos de eficiência, eficácia e efetividade e garantia do acesso aos serviços com equidade⁶.

O SNA, através de suas ações de controle, executa tarefas essenciais para a garantia da melhoria da qualidade dos serviços de saúde dispensados pelo SUS. Entre as variadas atividades efetivadas pelo SNA incluem as auditorias, instrumentos com grande capacidade para diagnosticar falhas, irregularidades e oportunidades de aperfeiçoamento na gestão do SUS, desde que realizadas observando-se princípios, métodos e técnicas congruentes⁶.

As auditorias no contexto do SUS, em princípio, são desempenhadas pelos componentes do SNA, que se estruturam de modo descentralizado, sendo suas atividades efetivadas pelas seguintes instâncias de gestão: Ministério da Saúde (MS), através do Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS); Secretarias Estaduais de Saúde; e Secretarias Municipais de Saúde⁶.

Complementarmente, a auditoria na visão do SNA, é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS por meio de orientações e recomendações ao gestor para a destinação e utilização apropriada dos recursos, a garantia do ingresso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos usuários. A auditoria é evidenciada como um meio para que o SNA possa acrescer a comunicação com as políticas públicas de forma a desenvolver melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização das ações em saúde⁷.

Em face disso, esse novo paradigma de auditoria, comprometido com o fortalecimento da gestão, requer profissionais desempenhando suas funções na lógica de um observatório social das questões de resolutividade do SUS. As principais finalidades da auditoria do SUS consistem principalmente em avaliar a observância dos padrões estabelecidos de qualidade, quantidade, custos e gastos da atenção à saúde e produzir informações para embasar o planejamento das atividades que favoreçam o aperfeiçoamento do SUS⁷.

O processo de auditoria do SUS segue uma lógica sequencial, consistindo nas fases analítica, operativa e relatoria. Na fase analítica, o foco está na ordenação das informações de modo a possibilitar a execução do trabalho em campo. Já na fase operativa, o trabalho de campo torna-se sólido, emergindo a partir dele, um relatório preliminar. E por último, a fase de elaboração do relatório final de auditoria, que examina as argumentações dos responsáveis (se existir) e apresenta constatações, recomendações e a conclusão do trabalho⁶.

A auditoria no SUS abarca múltiplos processos que variam de acordo com o objetivo que se tem em relação ao objeto a ser auditado. Um dos pontos que merece destaque nesse contexto é a auditoria clínica uma vez que esta prática se concretiza numa ferramentas de gestão que contribui para melhoria da qualidade assistencial^{6,8}.

A auditoria clínica foi introduzida sistematicamente como parte de ações programáticas de qualidade em países desenvolvidos a partir do final dos anos 80. A mesma caracteriza-se por dois marcos fundamentais: o primeiro foca nos usuários dos sistemas de atenção à saúde e o segundo no progresso de um ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com o objetivo de otimizar os resultados clínicos⁸.

Por conseguinte, a visão contemporânea da auditoria clínica afasta-se, radicalmente, de uma perspectiva passada de uma cultura fiscalista ou “polícialesca”, voltada para a monitorização dos recursos, e principalmente focada nas características contábeis e financeiras dos serviços de saúde e em uma ação punitiva ou de foco excessivo no controle dos gastos. Todavia, precisamos compreendê-la hoje como um instrumento essencial de melhoria da qualidade da atenção à saúde nas mais variadas esferas administrativas⁸.

São três os enfoques essenciais da auditoria clínica: a auditoria implícita que usa a opinião de profissionais especializados para avaliar a prática das ações em saúde; a auditoria explícita que avalia a atenção dispensada contrastando-a com características pré-definidas, especificamente nas diretrizes clínicas; e a auditoria de eventos-sentinela, delatores de falhas sistêmicas em um sistema de atenção à saúde que, quando apurados, conduzirão a uma proposta de melhoria da qualidade de todo o sistema^{9,10}.

Diante do exposto, aponta-se para as tecnologias lançadas para a realização da auditoria clínica, sendo as mais utilizadas: as tecnologias de revisão da utilização, a perfiliação clínica, as apresentações de caso, os eventos sentinelas e os *surveys*. As tecnologias de revisão do uso podem ser a revisão prévia ou retrospectiva ou a revisão concomitante ou concorrente. Na revisão concomitante ou concorrente realiza-se uma conferência da atenção à saúde, no instante em que está sendo proporcionado, com padrões predeterminados ou em correlação à opinião de outro profissional de saúde com expertise na área^{9,10}.

A auditoria clínica pode ser caracterizada como uma ação de verificação analítica e cooperativa para estabelecer se as atividades em saúde e seus respectivos resultados estão de acordo com as proposições planejadas, as legislações e normas em vigência. Não obstante, as instituições de saúde utilizam cada vez mais modelos de auditoria mecanicista, como instrumento para avaliação retroativa de informações, especialmente via prontuários, inviabilizando uma interação dos auditores com a equipe assistencial durante sua aplicação, bem como uma perspectiva a partir da opinião dos usuários ainda durante sua permanência nos setores de saúde¹¹.

Nesta perspectiva, entende-se que a auditoria clínica corrobora para uma maior interação entre os auditores e equipes assistencialistas. As questões suscitadas pela auditoria e trabalhadas em tempo imediato pelos auditores e equipe assistencial subsidiam a tomada de decisões pelos atores envolvidos. À medida que são reconhecidas as fragilidades dos processos assistenciais demarcam-se estratégias corretivas e os resultados ideais surgem favorecendo a satisfação e motivação das equipes. Assim, as vantagens atreladas a esse modelo de auditoria superam as dificuldades encontradas em sua implementação sendo o mesmo recomendado em qualquer instituição de saúde¹¹.

AUDITORIA DE ENFERMAGEM E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

O processo de auditoria em saúde envolve a análise das condutas profissionais de toda a equipe envolvida na assistência ao paciente, porém atualmente o papel de auditor é desenvolvido principalmente por médicos e enfermeiros. A auditoria de enfermagem consiste em avaliar, verificar e melhorar a qualidade da assistência, processos e custos, baseando-se principalmente nos registros e anotações de enfermagem, realizando uma avaliação qualitativa do cuidado e processos internos. Pode-se assim dizer que a auditoria corresponde a uma importante ferramenta de gestão e avaliação da qualidade da assistência em saúde⁵.

A qualidade assistencial é um processo complexo que necessita da identificação constante dos fatores passíveis de melhorias que envolvem a dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem¹². Um dos métodos que permite avaliar tais processos é a auditoria a qual se configura como uma ferramenta para o incremento da qualidade assistencial^{13,14}.

Ademais a auditoria é um importante campo de atuação da enfermagem que tem como objetivo investigar a qualidade da assistência ofertada aos pacientes, por meio da análise de diferentes instrumentos utilizados no processo de trabalho e das práticas dos serviços de saúde. Dentre esses instrumentos aponta-se para a qualidade dos registros de enfermagem, análise de glosas hospitalares, especialmente, a identificação de não

conformidades nos processos assistenciais com sugestão de melhorias, análise de indicadores assistenciais, gerenciamento de risco e prevenção de eventos adversos^{5,15}.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta a atuação do Enfermeiro Auditor por meio da Resolução COFEN nº 266/2001, que institui competências privativas do profissional, que são organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de auditoria de enfermagem”. Assim, enquanto integrante da equipe de auditoria em saúde o enfermeiro pode contribuir com o planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, elaboração de planos assistenciais, de prevenção de agravos e segurança do paciente, educação sanitária, contratação de recursos humanos para a enfermagem e elaboração de contratos, adendos e pareceres técnicos sobre as práticas de enfermagem¹⁶.

A auditoria em enfermagem tem um papel fundamental na melhoria da qualidade assistencial. O constante desenvolvimento científico e tecnológico no setor saúde resulta na atualização das práticas ofertadas pelos serviços, o que determina a instituição de medidas de avaliação e controle da qualidade, dentre elas atividades de auditoria atreladas a qualidade dos registros que refletem pontos importantes no que tange a avaliação da qualidade da assistência¹⁵.

A informatização da saúde e o uso de prontuário eletrônico para a realização dos registros clínicos podem ser considerados avanços para a qualidade da informação em saúde. Outro ponto a destacar é a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como sendo uma estratégia para a melhoria da qualidade dos registros de enfermagem, organização do trabalho da equipe, padronização de práticas, segurança do paciente, possibilitando uma análise detalhada do *status quo* da assistência em saúde^{15,17}.

A atuação do enfermeiro auditor também está aliada aos setores financeiros e administrativos das organizações, pois pelo seu trabalho assegurarem-se os interesses de custo-benefício e efetividade das ações em saúde, mediante técnicas de controle de custos, uso de materiais, cobranças, capacitação dos profissionais e gerenciamento da assistência, como por exemplo, análise de glosas hospitalares e gestão das OPME¹⁸.

Alguns requisitos técnicos e operacionais são essenciais para o desempenho das funções do enfermeiro auditor, como o acesso aos documentos oficiais e relatórios das instituições de saúde e acesso aos prontuários dos pacientes. Desse modo, a qualidade dos registros de saúde é importante para a adequada análise das práticas assistenciais e da condição clínica do paciente ¹⁷.

A auditoria de enfermagem está relacionada com ações de controle, análise de qualidade, melhoria da qualidade do serviço, avaliação, normatização e orientação, e busca

garantir uma assistência sistematizada e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde, analisar a eficácia e eficiência dos processos institucionais, bem como falhas, deficiências e riscos relacionados à assistência^{15,19}. Por meio da auditoria, a equipe de enfermagem encontra subsídios que levam à reflexão e consequentemente aprimoramento das práticas.

No entanto, evidencia-se algumas dificuldades enfrentadas na prática profissional dos enfermeiros auditores, que podem ser de origem institucional como restrições impostas pela instituição auditada, descredibilidade e dúvidas quanto à autonomia do enfermeiro auditor, e de origem profissional como o registro incompleto das informações no prontuário, a construção de uma identidade profissional e a integração com outros profissionais¹⁹.

Diante do exposto compreende-se que a auditoria em enfermagem abarca processos atrelados a gestão de custos, gestão de riscos, com contribuições importantes para a segurança do paciente, análise de indicadores clínicos e de gestão, que podem sinalizar fragilidades e potencialidades da assistência à saúde. Trata-se de uma promissora ferramenta de gestão que contribui para melhoria da qualidade assistencial e vem concretizando-se como uma prática inovadora no âmbito da enfermagem.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ANÁLISE DE GLOSAS HOSPITALARES E NA GESTÃO DE OPME

A atuação crescente dos enfermeiros no processo de faturamento hospitalar, por meio da auditoria de contas vem sendo evidenciada na literatura¹⁴. O enfermeiro auditor também pode atuar realizando glosas administrativas ou técnicas, que correspondem à negação de pagamento, total ou parcial, de uma fatura, devido inconformidades nos registros e nos procedimentos médicos e de enfermagem¹⁵. Ao final do processo de auditoria, o enfermeiro auditor deve expedir relatório conclusivo que permita a compreensão de gestores, setor financeiro, setor administrativo e demais interessados, sobre a situação das práticas de saúde, baseando a tomada de decisão e adoção de medidas cabíveis¹⁹.

A glosa de contas hospitalares refere-se “ao cancelamento, parcial ou total, do pagamento, sendo identificada pelo auditor no momento da análise ao ser constatada não conformidade”^{14,2}. A atuação do enfermeiro da gestão de glosas hospitalares, em especial na análise de contas hospitalares, se destaca na conferência e no controle do faturamento enviado para operadoras de planos de saúde; na verificação de exames e procedimentos realizados; no acompanhamento a pacientes internados; e na estruturação de treinamentos destinados às áreas envolvidas¹⁴.

Ademais, destaca-se que as glosas são indicadores que permitem que as instituições que prestam serviços de saúde possam verificar os pontos críticos a serem melhorados. Isto aponta para a necessidade dos gestores identificarem e elaborarem estratégias que

abarcam os aspectos causadores das glosas, como forma de prevenção de prejuízos maiores²⁰.

A atuação do enfermeiro na gestão das OPME tem sido assunto explorado ao se discutir as análises de glosas hospitalares, mesmo que de forma tímida, e merece destaque no que tange aos processos que envolvem a auditoria em saúde e enfermagem uma vez que são aspectos diretamente atrelados ao controle de custo e identificação de pontos críticos que permitem elencar estratégias para melhoria da qualidade assistencial.

Podemos definir OPME como sendo os insumos utilizados para reabilitação, diagnóstico e intervenções curativas, de tratamento ou estéticas de bucomaxilo ou médico-cirúrgicas. Podem ser permanentes ou transitórias; não implantadas, totalmente implantadas ou parcialmente implantadas; e de aplicação externa, via percutânea ou por ato cirúrgico. As órteses objetivam o auxílio na função de membros, órgãos ou tecidos, quanto às próteses, possuem o caráter de substituição a estes, já os materiais especiais referem-se aos dispositivos indispensáveis de apoio ao tratamento ou diagnóstico, de uso permanente ou descartável e conforme orientações do fabricante são passíveis ou não de reprocessamento^{21,22}.

Na saúde suplementar, o uso das OPME é correlacionado aos procedimentos e eventos regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As operadoras de planos de saúde devem seguir o plano-referência proposto pela ANS que abrange um rol mínimo das especialidades clínicas, cirúrgicas, obstétricas e de urgência e emergência para cobertura. Considerando o alto custo das OPME e com o objetivo de não fortalecer a prática de cirurgias ou diagnósticos experimentais, é permitido ao plano a exclusão em conta do uso de materiais não regulamentados no país, de procedimentos considerados experimentais pelos conselhos federais de medicina e odontologia, como também, aqueles que fogem da indicação de uso proposta pelo fabricante, classificados estes como *off label*²³. A ANS também elabora Diretrizes de Utilização (DUT), elencando critérios baseados em evidências científicas, que facilitam a autorização ou exclusão de procedimentos e eventos em saúde²⁴.

A gestão de OPME, quando realizada com excelência, monitora a validade do material que pode estar com vigência cancelada ou vencida; o preço que pode ser diferente dependendo da região do país, volume faturado e do número de beneficiários; a especificação do uso conforme a indicação do fabricante; a verossimilhança entre os modelos de dispositivos ofertados e a quantidade e especificação de materiais solicitados pelo cirurgião, a sugestão de troca de materiais e procedimentos com autorização negada pela operadora ao cirurgião; a necessidade de formação de junta médica nos casos de divergência técnica; o transporte e armazenamento dos materiais, que muitas vezes são

de origem biológica; a qualidade técnica dos profissionais; o acesso à protocolos, manuais, consensos, pareceres e formação de um banco de dados; a rede de fornecedores e distribuidores na região; a expertise em tributos e legislação; a atenção aos prazos impostos pela ANS; a escassez dos recursos institucionais; a gestão dos custos assistenciais²⁵.

Em 2014, as estimativas do volume consumido em OPME no Brasil ultrapassaram os 4 bilhões de reais ²⁶. Ao passo que novas soluções em saúde são apresentadas, os custos crescem em uma constante progressão aritmética. A autorregulação do mercado de OPME é sensível a qualquer variação macroeconômica e evidencia a fragilidade do sistema de saúde, que encara a volatilidade nos preços, a complexidade e ambiguidade técnica e incertezas na garantia da oferta de procedimentos à demanda populacional. De qualquer modo, a fonte pagadora não precisa necessariamente arcar com os custos das tecnologias mais modernas, mas sim buscar aquelas que não sejam defasadas e entreguem qualidade e resolutividade ao usuário final²⁵.

O aperfeiçoamento da medicina tem produzido cirurgias cada vez menos invasivas, mais assertivas e apresentando um tempo de recuperação mais reduzido. A troca de instrumentos quase que rudimentares por materiais de alta precisão, permitem ao cirurgião uma visualização cada vez mais nítida por mínimas incisões, exata precisão com o uso de robótica e ainda, possibilitam o registro de dados ou de imagens. A implementação dessas tecnologias em cirurgias rotineiras, eleva os custos assistenciais, obrigando a operadora e sua rede credenciada a implementar setores destinados à gestão de OPME, buscando muitas vezes a operacionalização e consultoria de empresas e profissionais externos.

Diante do exposto, entende-se que a imersão na realidade do sistema de saúde desde o processo de formação de um enfermeiro provoca inquietudes ao perfil profissional, motivando-o a amplificar sua atuação além da assistência ao paciente, aproximando-o da formação de políticas de saúde, de cargos gerenciais, do controle epidemiológico, da área educacional, bem como áreas de fiscalização, qualidade e auditoria.

A atuação do enfermeiro auditor ao ser regulamentada pela Resolução COFEN N° 266/2001, garante competências privativas e parâmetros de atuação. A necessidade de especialização como auditor em enfermagem vem dos desafios diários que o cargo demanda e do comportamento do mercado de trabalho em saúde. O campo de atuação se dispersa em diversas ramificações, sendo as principais: autorização do código de materiais, taxas e procedimentos; contabilidade e análise de insumos lançados em conta; fiscalização do uso de materiais em sala; no faturamento de contas médicas; no recurso de glosas; na avaliação de pacientes pré, peri ou pós-operatórios; na formação e precificação de pacotes e taxas; nos cargos de gestão; nas negociações de OPME; e na avaliação técnica e suas inconformidades¹⁶. Isto expressa que o exercício profissional do enfermeiro auditor extrapola

o papel burocrático e punitivo, utilizando a educação e orientação como ferramenta para conduzir a equipe interdisciplinar e com isso contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo e para qualidade assistencial, destacando-se nesse processo a utilização da SAE apontada como importante componente da avaliação da qualidade da assistência^{25,27}.

Percebe-se, portanto, que a atuação do enfermeiro auditor na análise de glosas e na gestão das OPME aprimora o exercício profissional do enfermeiro no que tange ao uso eficiente dos recursos com a qualidade dos serviços prestados e, assim, vislumbra-se um campo prático que dará subsídios importantes para atuação e destaque do enfermeiro no âmbito da auditoria em saúde e enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar neste capítulo os preceitos básicos atrelados a auditoria em saúde e enfermagem almeja-se subsidiar a prática dos profissionais que atuam neste cenário. Entende-se que a auditoria em saúde e enfermagem, em sua complexidade, abarca atividades administrativas e assistenciais que podem sinalizar indicadores de gestão de custo e assistenciais que darão subsídios para o aprimoramento das práticas de saúde nas instituições, possibilitando a avaliação e melhoria da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Souza LAA, Dyniewicz AM, Kalinowski LC. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. Rev Adm Saúde [Internet]. 2010 [citado em 26 fev. 2021];12(47):71-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620070>
2. Rodrigues MV, Carâp LJ, El-warrak LO, Rezende TB. Qualidade e acreditação em saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2011. Capítulo 4, Auditoria em saúde e aplicação; p. 113-30.
3. Araújo MV, Simões C, Silva CL. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 1978 [citado em 26 fev. 2021];31(4):466-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v31n4/0034-7167-reben-31-04-0466.pdf>
4. Ribeiro BS, Silva MC. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. REFACI [Internet]. 2017 [citado em 26 fev. 2021]; 2(2):1-24. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/269/88>
5. Loureiro LH, Costa LM da, Marques VL, et al. Como a auditoria de enfermagem pode influenciar na qualidade assistencial. Revista Praxis [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021];10(19): 92-102. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/698>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf

- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.portalweb.mpse.mp.br/Caop/Documents/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=1795
- 8 Marquez VAT. Auditoria clínica ao modelo de funcionamento das teleconsultas no Centro Hospitalar do Porto [Dissertação]. Porto (PT): Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/302957426.pdf>
- 9 Berwick DM, Knapp MG. Theory and practice for measuring health care quality. In: Graham NO. (Editor) – Quality assurance in hospitals. Rockville: Aspen, 2ª ed; 1990.
- 10 Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. Int J Qual Health Care [Internet]. 1995 [citado em 26 fev. 2021];7(3):253-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.3.253>
- 11 Fonseca CAD, Santos SP, Carvalho IL, Lessa PG. Auditoria clínica como ferramenta da qualidade assistencial: relato de experiência. RENOME [Internet]. 2017 [citado em 26 fev. 2021];6(2):85-96. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1231>
12. Silva, RB, Loureiro, MDR, Frota, OP. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. Rev. gaúch. Enferm [Internet]. 2013 [citado em 26 fev. 2021];34(4):114-120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400015>
13. Haddad, MCFL. Qualidade da assistência de enfermagem - o processo de avaliação em hospital universitário público. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: USP; 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>
14. Vigna, CP, Ruiz, PBO de; Lima, AFC. Análise de glosas por meio da auditoria de contas realizada por enfermeiros: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2020 [citado em 26 fev. 2021]; 73 (suppl.5):e20190826:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
15. Padovani C, Silva JP, Dantas LS, et al. Auditoria de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Revista Nursing [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021];21(247):2531-4. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg85.pdf>
16. COFEN. Resolução 266, de 05 de outubro de 2001. Dispõe sobre as atividades do Enfermeiro Auditor. Rio de Janeiro: COFEN; 2001.
17. de Carvalho Santana L, Araújo TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. Revista Acreditação: ACRED. 2016 [citado em 26 fev. 2021];6(11):59-71. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5602115>
18. Pertille F, Ascari RA, Oliveira MCB de. A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021] 12 (6):1717-26. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234419/29218>
19. Morais AM, Silva KCO de, Lemos TAB, et al. Obstáculos Enfrentados Pelo Enfermeiro Auditor no Serviço de Saúde: Revisão Bibliográfica. BJSCR. 2019 [citado em 26 fev. 2021]; Jun;27(1):121-5. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200700.pdf

20. Rodrigues JARM, Cunha ICKO, Vannuchi MTO, Haddad MCFL. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. *Rev.bras. enferm* [Internet]. 2018 [citado em 26 fev. 2021];71(5):2511-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>.
21. BRASIL. Resolução normativa n. 338, de 21 de outubro de 2013. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as resoluções normativas - RN n. 211, de 11 de janeiro de 2010, RN n. 262, de 1 de agosto de 2011, RN n. 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN n. 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2013 Out 22; 205 (seção 1):1-51. Disponível em: https://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31080465/do1-2013-10-22-resolucao-normativa-rn-n-338-de-21-de-outubro-de-2013-31080461
22. Brasil. Manual de boas práticas de gestão das órteses, próteses e materiais especiais (opme). 1.ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2016. 38p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf
23. BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*. 1998 Abr 4; (seção 1):1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>
24. BRASIL. Resolução Normativa n. 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as resoluções normativas – RN n. 387, de 28 de outubro de 2015, e RN n. 407, de 3 de junho de 2016. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*. 2017 nov 214;:101. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27541128_RESOLUCAO_NORMATIVA_N_428_DE_7_DE_NOVEMBRO_DE_2017.aspx
25. ABEA. Associação Brasileira de Enfermeiros Auditores. Auditoria prática em opme/dmi: órteses, próteses e materiais especiais/dispositivos médicos implantáveis. 1.ed. Fortaleza: Gráfica LCR; 2019.
26. Silva ARA. A importância de materiais e medicamentos nos gastos médicos: dados de uma operadora no período de 2007 a 2012. *IESS* [Internet]. 2014 [citado em 26 fev. 2021]; Série (0049-2014):1-24. Disponível em: https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=445&id_tipo=3
27. Martins, AJL; Oliveira, CM, Morais ECM et.al. Audit of Quality Nursing in Public Health Care. *Multidisciplinary Scientific Journal* [Internet]. Special Edition of Health. 2017 Nov [citado em 26 fev. 2021]; 4(11):96-113. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/auditoria-de-enfermagem>

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Diovane Ghignatti da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Francis Ghignatti da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

tópicos que retratam essa experiência de proximidade com a avaliação em saúde, em diferentes níveis hierárquicos e espaços em que uma enfermeira pode atuar. Compartilha-se desde a responsabilidade pelo cuidado a pacientes^I e pela equipe de enfermagem em um turno de trabalho, até a coordenação de grandes equipes, incluindo a multiprofissional, bem como experiências de avaliação em saúde vivenciadas no último nível hierárquico de um organograma institucional, o qual corresponde à alta gestão de um hospital.

A atuação da dimensão do “Ser Enfermeiro” é ampla. Isso mesmo! A enfermagem preenche diversos espaços nos serviços de saúde e participa ativamente da sua avaliação, em todos os níveis, principalmente, em instituições que adotam um modelo de gestão participativa voltada para a qualidade e segurança, na

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, percorre-se a temática avaliação em saúde com foco na qualificação dos processos assistenciais, destacando-se o papel protagonista da enfermagem na gestão da qualidade. Com o intuito de ilustrar o trabalho vivo^I de uma enfermeira no desenvolvimento de atividades acerca dessa temática, em um hospital de grande porte, explora-se alguns

I. Na Engenharia de Resiliência, trabalho vivo é um termo que representa o desenvolvimento de atividades laborais em um contexto complexo, no qual há capacidade de adaptação e flexibilização em resposta a um sistema resiliente que busca alcançar os resultados propostos³.

II. Ao longo do texto adota-se os termos pacientes, usuários e clientes, referindo-se ao indivíduo que recebe um serviço, considerando o uso dos termos, respectivamente, na literatura internacional, na nacional e especificamente no referencial de *marketing* de serviços.

qual a avaliação é contemplada desde a concepção do seu planejamento estratégico. Percebe-se, portanto, que a avaliação em saúde, quando realizada com o propósito de qualificar o serviço por meio da melhoria contínua, apresenta uma relação intrínseca com o planejamento estratégico do serviço, na medida em que as evidências obtidas por meio da avaliação direcionam as ações estratégicas da instituição¹.

Demarca-se, que desenvolver atividades na perspectiva da gestão da qualidade requer sustentação em referenciais teóricos, pois facilitam o processamento das informações, organizam o raciocínio e reflexões, alinham perspectivas e valores que emergem das relações profissionais e subsidiam uma série de elementos que apoiam a tomada de decisão. Vale a reflexão de cada um, neste momento, sobre qual ou quais referenciais teóricos têm sido empregados nas práticas profissionais adotadas até então? No relato desse caso, o que sustentou a condução inicial dos processos avaliativos foi o referencial de Grupo Operativo de Pichón Rivière², inicialmente utilizado para compreensão e intervenção no trabalho em equipe, considerando o imbricamento entre processo grupal e trabalho em equipe.

A seguir, a experiência dessa enfermeira profissional que ilustra este capítulo oportunizou entrar em contato com a sistematização da avaliação da qualidade proposta por Donabedian, que desde a década de 70 vem suscitando organizações, gestores, prestadores de serviços e pesquisadores do mundo todo, com a tríade de avaliação composta por itens relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados dos serviços de saúde, sobretudo por engajar o paciente na avaliação em saúde⁴. Esse referencial abriu o campo sobre as características inerentes aos serviços, descritas pela área de conhecimento do *Marketing* de Serviços⁵ e, também, para o conceito e dimensões da qualidade⁶⁻⁷. Apesar de passadas várias décadas, a concepção de Donabedian continua atual, pois segue como fonte inspiradora para o *Institute of Medicine*⁸ e, nacionalmente, para o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁹, cujas ações sustentam o movimento para melhoria da segurança do paciente.

Ressalta-se que tais referenciais, aqui, por enquanto somente citados, constituíram a espinha dorsal da avaliação em saúde na perspectiva do trabalho vivo de uma enfermeira em um hospital, por oportunizarem a complementariedade de saberes e técnicas para a avaliação da estrutura dos serviços, dos processos e dos resultados, na busca por qualificar a assistência, provendo os recursos necessários e otimizando processos para atingir os desfechos esperados. A seguir, apresenta-se didaticamente como tudo isso foi aplicado na prática, integrando conceitos e vivências.

AValiação DA QUALIDADE EM SAÚDE

O modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian é considerado um marco na avaliação de forma sistematizada, o qual inspirou-se nos conceitos da Teoria de Sistemas (TS), aplicando-os ao contexto dos serviços de saúde, definindo a tríade que compõe a qualidade dos cuidados em saúde como um sistema, a qual subsidia a avaliação⁴.

A partir da base epistemológica da TS, Donabedian conceituou qualidade em saúde, a qual consiste em um conjunto de atributos relacionados à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, a um mínimo risco ao paciente e à elevada satisfação por parte dos pacientes⁶. A TS postula que uma ação que produza mudança em uma das unidades do sistema produzirá mudanças nas demais unidades que compõem esse sistema. Com isso, o sistema sempre reagirá globalmente a qualquer estímulo produzido em qualquer parte ou unidade. A complexidade do sistema é definida de acordo com o número de subsistemas que o compõe, considerando a inter-relação existente entre eles. Os sistemas consistem em uma série de atividades e processos que fazem parte de um todo, condição que remete à conectividade, integração e totalidade.

A sistematização donabediana considera que os serviços de saúde apresentavam características de sistemas complexos, transpondo a complexidade descrita na TS para esta área de atuação. Por conseguinte, definiu-se que a qualidade dos cuidados em saúde poderia ser avaliada a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*⁶.

Além dos elementos considerados concretos, que demarcam maior facilidade em serem medidos, o autor descreve outros, que alcançam aspectos subjacentes na produção dos cuidados e, que, repercutem diretamente na avaliação da qualidade. Esses dizem respeito à performance dos profissionais, tanto de ordem técnica como de ordem interpessoal, pois sabe-se que as melhores práticas nessas dimensões podem produzir melhorias na saúde.

No quadro 1, descrevem-se alguns exemplos de itens que compõem a avaliação em saúde com base na tríade donabediana. Nota-se que é possível acompanhar o desempenho de cada componente por meio de indicadores, os quais constituem ferramentas de gestão que orientam o caminho para alcançar os resultados esperados. A enfermagem utiliza diversos indicadores de qualidade para acompanhar os resultados e melhorar os processos assistenciais¹⁰⁻¹¹.

Tríade/ Componentes	Descrição	Indicadores – exemplos sugeridos pelas autoras
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso ao serviço - Área física - Equipamentos - Recursos humanos - Recursos financeiros - Sistema de Informações - Condições organizacionais (ex: estrutura para acompanhante) 	<ul style="list-style-type: none"> - taxa de rotatividade dos leitos (análise da demanda atendida) - carga de trabalho da equipe por nível de complexidade de cuidado - nº de cirurgias por especialidade contratualizadas com o gestor/ demanda social de cirurgia - nº de computadores para acesso ao prontuário eletrônico/ número de profissionais do setor por turno - nº de pacientes com indicação de acompanhantes/nº de poltronas disponíveis
Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos operacionais padrão (POPs) - Protocolos assistenciais - Cuidados prestados segundo padrões técnicos científicos - Utilização dos recursos nos seus aspectos qualitativos e quantitativos 	<ul style="list-style-type: none"> - taxa de erros de medicação - tempo de atendimento ao paciente em protocolo de acidente vascular cerebral - taxa de quedas de pacientes - taxa de lesão por pressão - taxa de infecção urinária associada a cateterismo vesical - quantidade de insumos especializados utilizados/ nº de atendimentos classificados como especializados
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes - Conhecimento - Comportamento - Satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> - taxa de infecção hospitalar - taxa de reinternação - taxa de mortalidade - taxa de acidente de trabalho - nível de conhecimento para o autocuidado - taxa de satisfação do paciente

Quadro 1 - Elementos que compõem a tríade Donabediana

Fonte: Adaptado livremente de Donabedian⁷.

A avaliação integrada da tríade proposta por Donabedian é um meio de acompanhar os resultados de desempenho assistencial, obtendo-se condições de conhecer as razões das diferenças encontradas por meio de avaliações sistemáticas de processos e estrutura.

Chama-se atenção aqui, para a experiência que serve de pano de fundo para a integração dos conceitos à prática profissional de uma enfermeira, na qual é possível verificar a aplicação dessa sistematização, que pode ter impacto no desempenho de um único turno de trabalho e, ainda, contribuir com a avaliação de desempenho do setor

ou de um conjunto de unidades, em relação às metas operacionais e estratégicas^{III}. Primeiramente, analisa-se os componentes estrutura e processo, por exemplo, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico-clínico-cirúrgico de pacientes atendidos. Com base nessa análise, acompanha-se e realiza-se os cuidados junto à equipe de enfermagem, a fim de verificar se a equipe demonstra competências para a execução dos cuidados, atendendo às especificidades individuais dos pacientes e aos padrões técnico-científicos instituídos. Caso atenda, registra-se por meio de evidências, a fim de fornecer *feedback* positivo à equipe de enfermagem, em um momento de reunião de turno, por exemplo. Caso verifique-se que há oportunidades de melhoria no desempenho operacional, analisa-se o processo de atendimento, em relação à capacitação profissional, à definição institucional do padrão técnico-científico a ser adotado nos cuidados (POPs), ao equilíbrio da capacidade e demanda, equipamentos e insumos disponíveis, considerando o perfil de complexidade dos cuidados de enfermagem. Tais informações, irão subsidiar uma análise do desempenho da unidade em geral, considerando os diferentes turnos.

Por vezes, quando a enfermeira de um turno realiza análises pautadas em conhecimento sistematizado pode gerar perplexidade, sobretudo, por demonstrar conhecimento gerencial, integrando à prática clínica as demais competências de cunho gerencial destacadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem¹². No entanto, consta na literatura, o quanto a enfermagem vem despontando na liderança de processos de melhoria da qualidade, com base em análises de indicadores sustentadas em referenciais teóricos que integram diferentes áreas de conhecimento^{10-11,13}.

E o componente resultado da tríade Donabediana? Falta relatar sobre como se deu o acompanhamento dos resultados. Efetivamente, todo novo profissional de um serviço de saúde, ao iniciar suas atividades, após receber algum nível de capacitação sobre rotinas assistenciais e administrativas básicas para um desempenho razoável, deveria questionar sobre quais resultados são esperados do trabalho dele e do conjunto da unidade ao qual faz parte. Esta etapa é crucial para a qualidade assistencial e para integrar esse novo colaborador aos propósitos institucionais, que às vezes parecem muito distantes de quem está na linha de frente assistencial.

A experiência relatada possibilitou entender alguns objetivos institucionais desdobrados ao nível da unidade e do turno, tais como: média de permanência hospitalar, taxa de infecção, taxa de satisfação do paciente, taxa de acidente de trabalho, entre outros. Esses indicadores acompanhados institucionalmente apresentam relação direta com o desempenho de cada unidade, com a estrutura disponível e com a definição dos processos.

Essa inter-relação entre os componentes da tríade é esperada, pois tem-se por base

III. As metas operacionais dizem respeito ao acompanhamento do desempenho de diferentes setores que, em seu conjunto, contribuem para o alcance de metas estratégicas, em nível organizacional

que ao serem atendidas as características dos componentes estrutura e processo, é mais provável que o resultado esperado seja alcançado, expresso na capacidade do serviço atingir seus objetivos, propiciando melhoria das condições de saúde dos pacientes⁶. Considera-se também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do paciente e do trabalhador ligadas ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente¹⁴.

Há que se destacar que o contexto e a cultura organizacional influem no comportamento dos profissionais, no sentido de instigar apropriação dos resultados, o que significa que cada um sabe o quanto está contribuindo ou pode contribuir para o alcance das metas institucionais, por seu desempenho individual que reflete no desempenho coletivo. Essa instituição hospitalar que está servindo de exemplo para a compreensão da relação entre avaliação em saúde, estratégia, objetivos em diferentes níveis da organização e metas, tem por característica oportunizar avaliações por órgãos certificadores, além dos órgãos de avaliação compulsória, relacionadas a dispositivos legais ou de controle. Citam-se alguns órgãos dessa experiência: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a *Joint Comission International* (JCI), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e seus desdobramentos de Vigilância Sanitária a nível estadual e municipal, além dos conselhos profissionais, entre outros.

O propósito das avaliações, independente de qual órgão a executa é verificar se a utilização dos recursos em seus aspectos quantitativos e qualitativos são coerentes e atendem aos objetivos do Sistema Único de Saúde, às normativas legais vigentes e aos padrões técnico-científicos baseados nas melhores evidências. Na perspectiva da avaliação em saúde, tais objetivos remetem à particularidade das dimensões da qualidade, descritas na seção seguinte. Adiante, retoma-se alguns aspectos sobre dispositivos e órgãos de avaliação, dos tipos interna ou externa e, ainda, nacional ou internacional.

DIMENSÕES DA QUALIDADE NA CONCEPÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

As dimensões da qualidade foram inicialmente descritas pela área do *marketing* de serviços¹⁵ e compreendem confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e elementos tangíveis. O conjunto dessas dimensões constituem condutores da qualidade do serviço, cujos elementos avaliados vão desde a capacidade de executar o serviço de forma confiável, em tempo oportuno, com segurança, mediante atenção individualizada, com equipe capacitada e em instalações físicas adequadas.

No Brasil, demarca-se que o Programa Nacional de Segurança do Paciente orienta, para avaliação da qualidade do cuidado em saúde, os pressupostos difundidos por

Donabedian na década de 80 e pelo *Institute of Medicine* (IOM) no início dos anos 2000⁹. Os pressupostos de Donabedian⁷ são sintetizados em atributos que compõem os sete Pilares da Qualidade. Já, os pressupostos do IOM⁽⁸⁾ compõem as dimensões da qualidade, ambos descritos a seguir.

Para Donabedian⁷ as dimensões da qualidade compreendem diversos atributos, descritos por ele em sete Pilares da Qualidade, conforme apresenta-se no Quadro 2. A magnitude da qualidade é expressa mediante a avaliação desses atributos, quer seja isoladamente ou em uma variedade de combinações.

Eficácia	Habilidade da ciência e tecnologia do cuidado de saúde em realizar melhoria no estado de saúde quando utilizada em circunstâncias específicas
Efetividade	Grau em que a melhoria é atingida. Implica na comparação entre o desempenho realizado e aquele indicado pela ciência e tecnologia, idealmente ou sob circunstâncias específicas. A efetividade é um conceito relativo
Eficiência	Habilidade em reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias nas condições de saúde
Otimização	Balanco das melhorias nas condições de saúde comparadas com o custo de tais melhorias
Aceitabilidade	Grau de conformidade do cuidado aos desejos, vontades e expectativas do paciente e de seus familiares
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações
Equidade	Determina o que é justo e razoável na distribuição do cuidado de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população

Quadro 2 - Sete Pilares da Qualidade de Donabedian

Fonte: Adaptado livremente de Donabedian⁷.

As dimensões da qualidade descritas pelo *Institute of Medicine*⁸ no relatório *Crossing the Quality Chasm*, “Cruzando o abismo da qualidade”, publicado logo a seguir do relatório “Errar é Humano”, congregam um sistema proposto para prevenir e mitigar erros decorrentes da assistência em saúde, demarcando pontos relevantes a serem considerados para reinventar o sistema de saúde. A aplicação dessas dimensões requer o planejamento de ações inovadoras a serem desenvolvidas de maneira integrada entre formuladores de políticas de saúde, prestadores de serviços, agências financiadoras, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

As dimensões da qualidade visam orientar a execução do cuidado em saúde, para que seja seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. O Quadro 3 apresenta as definições assumidas por esse referencial:

Seguro	Prevenção de danos aos pacientes decorrentes dos cuidados que se destinam a melhorar sua condição de saúde
Eficaz	Oferta de serviços com base em conhecimento científico àqueles que se beneficiarão dos mesmos, evitando àqueles que, provavelmente, não se beneficiarão
Centrado no Paciente	Oferta de atendimento respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais do paciente, garantindo que esses valores orientem as decisões clínicas
Oportuno	Redução do tempo de espera, expectativas e atrasos nocivos tanto ao paciente como equipes
Eficiente	Prevenção de desperdício, incluindo equipamentos, suprimentos, ideias e energia
Equitativo	Oferta de cuidados que não variam em qualidade por distinção de características como gênero, etnia, localização geográfica e socioeconômicas

Quadro 3 - Dimensões da Qualidade segundo *Institute of Medicine*

Fonte: IOM⁸.

O documento destaca que um sistema de saúde que invista nessas seis áreas tem condições de atender às necessidades dos atores envolvidos no cuidado em saúde, sejam pacientes, membros da equipe de saúde, instituições e sociedade. Essas dimensões da qualidade estão relacionadas a melhores desfechos clínicos, tomadas de decisão compartilhada e satisfação do paciente¹⁶.

Segundo a definição do atributo denominado aceitabilidade por Donabedian⁷, que compõe um dos sete pilares da qualidade descrito pelo autor, é possível verificar a relação intrínseca conceitual à dimensão da qualidade referente ao cuidado centrado no paciente, descrita pelo *Institute of Medicine*⁸. Para Donabedian, a aceitabilidade refere-se à necessidade de o cuidado em saúde considerar os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias⁷. Segundo o autor, esse atributo depende da avaliação subjetiva do paciente sobre outros atributos, como efetividade, eficiência e otimização do serviço. Acrescenta, ainda, outros aspectos tais como acessibilidade, relação paciente-profissional e amenidades, as quais caracterizam o ambiente de atendimento.

Quando se trabalha na linha de frente dos cuidados, ou em diferentes níveis hierárquicos de um hospital e, se organiza as ações tomando-se como premissa a base conceitual das dimensões da qualidade, o profissional se mune de um conhecimento diferenciado, que abre espaço para uma discussão ampla sobre diversos aspectos que envolvem a assistência em saúde e a gestão do cuidado. Então, a análise que advém da avaliação em saúde fica robusta, pautada em evidências, sendo capaz de transformar realidades, quando associada ao planejamento estratégico e operacional, ampliando o foco de ação e atuação na instituição. Sim, as evidências oriundas da avaliação em saúde

são capazes de qualificar os processos assistenciais, de oferecer melhores condições de trabalho, tanto do ponto de vista estrutural, como de apoio ao desenvolvimento, ou do redesenho de processos, que impactam em todos os envolvidos, profissionais, pacientes, famílias e sociedade.

AValiação em Saúde na Perspectiva do Paciente

A perspectiva do paciente sobre o atendimento de saúde recebido é comumente avaliada por meio de dispositivos de manifestação como serviço de atendimento ao cliente, instrumentos de pesquisa de satisfação ou registro em ouvidorias, sob gestão dos prestadores do serviço.

Ao considerar o contexto brasileiro, destaca-se que o atendimento das necessidades de saúde dos usuários foi definido desde a promulgação da Política Nacional de Saúde do país¹⁷, a qual escreve objetivos, princípios e diretrizes para o desenvolvimento e gestão das ações de saúde. Essas premissas são corroboradas em documentos que orientam sobre a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro, com os quais se busca a integração entre os serviços, para a obtenção de melhores resultados assistenciais e de maior satisfação do paciente¹⁸⁻¹⁹.

A pesquisa de satisfação evidencia a percepção dos usuários em relação aos serviços recebidos e propicia valorizá-los, como foco central do atendimento e das prerrogativas das políticas do Sistema Único de Saúde. No serviço hospitalar, a percepção do usuário acerca do atendimento recebido constitui-se a partir da experiência que ele vivenciou no ambiente do hospital¹⁴. A presença física no ambiente de serviço, a interação com os demais usuários e com equipes da linha de frente lhe fornecem subsídios para avaliação, estando intimamente relacionada ao atendimento de suas expectativas.

Destaca-se que a equipe de enfermagem é uma das profissões que mais contato tem com os usuários, pelas características do seu trabalho, cuja atividade principal é o cuidado assistencial à beira leito²⁰⁻²¹. Portanto, é responsável por uma parte considerável em relação ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários, em conjunto com a equipe multiprofissional.

A implementação da pesquisa de satisfação dos usuários, além de ser uma prerrogativa de políticas públicas vigentes¹⁸⁻¹⁹, atende a critérios requeridos por entidades certificadoras da qualidade e segurança dos serviços de saúde²²⁻²⁴. Para medir a satisfação busca-se avaliar os atributos que refletem na satisfação dos usuários no atendimento de suas necessidades de saúde. Esses atributos perpassam os componentes da tríade Donabedian - estrutura, processo e resultado⁶.

Os atributos podem ser classificados em níveis de atendimento das expectativas

em essenciais, satisfação e prazeres⁵. Os **atributos essenciais** configuram atributos vitais à função básica do serviço, cuja ausência é notável, evidente. Como exemplo, cita-se a estrutura física de um quarto hospitalar, com a presença da cama, travesseiro, lençóis, equipamentos para infusão, equipe assistencial, rotinas estabelecidas. O nível seguinte demarca os **atributos de satisfação**, cujas características têm potencial para aumentar a satisfação para além da função do serviço. Exemplifica-se com características de conforto da cama, bom funcionamento dos equipamentos, padrão claro nas rotinas e processos observados nos comportamentos da equipe, bem como elementos de interação da equipe assistencial com o usuário, como atenção, cordialidade e um sorriso. Os **atributos que geram prazeres** consistem em características não esperadas, surpreendentemente agradáveis, que podem ser desde uma forma de interação (grupo de teatro, coral) ou elementos surpresa que são apresentados durante o atendimento do paciente, por exemplo, em dias comemorativos. Na figura 1, apresentam-se outros exemplos dessa classificação.

Nesse momento, convida-se para refletir sobre a saúde, por que é considerada um serviço? Em um dia normal de trabalho, a enfermeira a qual vivificou neste capítulo teoria e prática, entrou em contato com as características de produção de um serviço, para compreender melhor sobre a avaliação e a padronização de alguns processos assistenciais nos encontros de serviço^{IV}. Os serviços são mais difíceis de avaliar, comparando-se aos produtos, pois os serviços tendem a ser mais heterogêneos, mais intangíveis, além de terem as características de simultaneidade e perecibilidade⁵, conforme apresentado a seguir:

- Heterogeneidade: o serviço depende das ações do profissional e do cliente, portanto difere de pessoa a pessoa, tanto no que se faz, quanto no que se percebe do serviço;
- Intangibilidade: o serviço não pode ser estocado e, por ser uma ação, não pode ser tocado ou visto da mesma maneira que um bem tangível;
- Simultaneidade: a produção de saúde e o consumo são simultâneos, ocorrem nos encontros de serviço;
- Perecibilidade: o serviço não pode ser armazenado ou devolvido, é difícil sincronizar a oferta e a demanda, portanto requer planejamento.

IV. Encontros de serviço se referem aos diversos momentos de contato do usuário com o prestador de serviço⁵

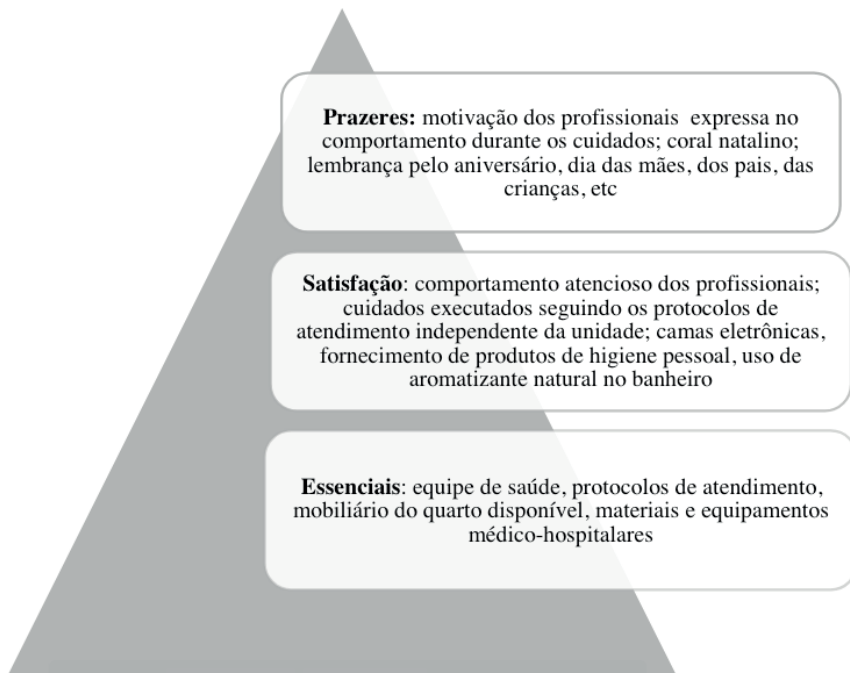


Figura 1 – Atributos de um serviço de internação hospitalar

Fonte: adaptado⁵ livremente pelas autoras

Apesar de ainda necessitar de muitos avanços, pois o engajamento para melhoria dos serviços é pouco explorado²⁵ a visão do paciente tem sido incorporada nas iniciativas de melhoria da qualidade dos serviços, como resultado do movimento disparado pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, a partir da ação Pacientes pela Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde²⁶. No Brasil, essa ação inspirou um dos eixos do Programa Nacional pela Segurança do Paciente, referente ao Envolvimento do Cidadão na sua Segurança⁹. Com isso, além de mensurar a satisfação, tem-se explorado a experiência do paciente sobre atributos relacionados à segurança e sua participação nos cuidados com vistas a qualificar a assistência¹⁴⁻²⁷. A concepção de experiência do paciente congrega as percepções dos usuários acerca do serviço e das interações experienciadas, nas quais os comportamentos dos profissionais e dos usuários são expressos de acordo com a cultura organizacional, nos encontros de serviço ao longo do fluxo de atendimento em saúde²⁸.

Neste momento, provoca-se uma reflexão: Como a enfermagem pode contribuir para que a visão do paciente seja considerada na avaliação dos serviços de saúde? Um dos meios é apropriar-se sobre a pesquisa de satisfação no serviço em que atua ou de relatórios da ouvidoria sobre sua área, por exemplo. Estimular o paciente para que registre

como foi o atendimento no momento da alta hospitalar, ou ao término do atendimento ambulatorial, indicando onde os formulários e a urna para depósito ficam disponíveis.

Na trajetória profissional da enfermeira que está inspirando alguns exemplos do cotidiano aqui compartilhados, esteve presente a gestão das manifestações dos usuários com base na pesquisa de satisfação oferecida em todas as áreas de atendimento do hospital. Além do sistema manual de busca das opiniões, com formulários em papel, o serviço passou a oferecer formulário online aos pacientes que tinham acesso a mídias sociais. A gestão das manifestações era coordenada por essa enfermeira, com o apoio de uma equipe multiprofissional responsável por analisar e elaborar planos de ação de melhorias.

Os resultados da pesquisa de satisfação foram explorados em alguns estudos oriundos dessa experiência, demonstrando a aplicabilidade da avaliação em saúde na perspectiva do usuário. Um deles demonstrou o nível de satisfação em relação a diferentes atributos relacionados à estrutura oferecida e às equipes de atendimento, segundo a forma de internação, se eletiva ou de emergência²⁹. Outro estudo, que analisou indicadores de qualidade e segurança, evidenciou relação inversa entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e o nível de satisfação do paciente. Ou seja, quanto mais pacientes e cuidados estavam sob a responsabilidade da enfermeira e do técnico de enfermagem, menor foi a taxa de satisfação¹⁰. A opinião dos pacientes sobre o serviço prestado em nível das unidades de internação, também subsidiou a gestão de desempenho dos profissionais da enfermagem e mudanças implementadas nas unidades pelas chefias de enfermagem, com o propósito de atenderem às suas expectativas²⁰.

Nessa experiência, a pesquisa de satisfação, compunha o quadro de indicadores de qualidade assistencial acompanhados mensalmente no nível estratégico, pela alta direção, e no nível operacional, pelos demais segmentos que compõem a hierarquia organizacional. Os resultados serviram para direcionar investimentos em recursos para melhorar a estrutura e o redesenho de processos, como a otimização do preparo e administração de medicamentos¹³ e para indicar setores prioritários para a educação permanente dos profissionais, com base na percepção de quem recebe o serviço.

Em relação aos instrumentos, evoluiu-se do formulário em papel, que categoriza o nível de satisfação em uma escala *Likert* de cinco pontos (ótimo, bom, regular, ruim e péssimo), para um formulário online, com a aplicação da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), cujo cálculo é realizado a partir de uma escala de zero a 10. O diferencial do NPS é que as respostas de zero a 6 (detratores do serviço) são deduzidas das respostas de 9 a 10 (promotores do serviço). Com isso, o foco das ações de melhoria centra-se na eliminação dos motivos de insatisfação, juntamente com o fortalecimento dos motivos de satisfação³⁰.

A concepção de experiência do paciente, a partir da última década, ampliou a avaliação em saúde na perspectiva do paciente. Nos Estados Unidos da América foi desenvolvido o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS), para padronizar a metodologia de coleta de dados e permitir comparações entre instituições acerca das percepções dos pacientes sobre os cuidados hospitalares³¹. Além de possibilitar a avaliação de dimensões relacionadas à qualidade do cuidado durante a internação hospitalar, o HCAHPS respalda a definição da remuneração dos prestadores de serviço de saúde³². O HCAHPS ainda não foi traduzido transculturalmente para a língua portuguesa do Brasil.

Outro instrumento, o *Patient Measure of Safety* (PMOS), foi desenvolvido para avaliar a segurança do cuidado na perspectiva do paciente, sendo recentemente traduzido para o idioma brasileiro³³. Sua aplicação em unidades de internação hospitalar busca identificar áreas de força e de fraqueza, para direcionar planos de melhoria com vistas a evitar a ocorrência de incidentes.

Consta na literatura um contraponto acerca da avaliação em saúde na perspectiva do paciente, quando ocorre exclusivamente por meio de instrumentos estruturados, com questões fechadas. Pois, apesar desses instrumentos medirem a experiência do paciente e possibilitarem generalização dos dados e avaliação de áreas de interesse, oferecem poucas especificidades³², considerando a complexidade que envolve a experiência do paciente²⁸ e o detalhamento que envolve suas percepções, as quais contribuem com uma visão diferenciada da visão dos profissionais sobre a assistência em saúde^{14,27,34}.

No exemplo do hospital que está servindo de base para as reflexões aqui propostas, a perspectiva do paciente foi inserida em um dos objetivos do planejamento estratégico, desdobrado até a linha operacional, portanto valorizada pela alta direção. Há mais de 20 anos acompanha-se o nível de satisfação dos pacientes e sua relação com outros indicadores de qualidade e segurança. Tal destaque é necessário para que a valorização dessa visão diferenciada do paciente faça parte da cultura organizacional do serviço.

Algumas instituições de ponta criaram o Escritório de Experiência do Paciente, para a gestão dos resultados dos indicadores de qualidade e segurança do hospital, da experiência do paciente e da experiência dos colaboradores, no sentido de reconhecê-los e integrá-los ao planejamento de melhorias, considerando que o resultado de um retroalimenta o de outro³⁵. Dentre as ações, algumas estratégias-chave foram implementadas, como mapeamento de áreas para identificação de problemas e de oportunidades, além da elaboração e do acompanhamento dos projetos de melhoria.

Há muito ainda que se avançar e aprender a partir da visão que o paciente e a família têm sobre os serviços de saúde. A avaliação em saúde é uma área da gestão de

serviços que oportuniza aproximar equipes de saúde e usuários do serviço em prol de melhores resultados, quer relacionados à saúde dos usuários, ao desempenho do serviço ou a otimização dos recursos.

MECANISMOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Compartilha-se algumas avaliações que fizeram parte da experiência de trabalho citada ao longo deste capítulo, algumas por terem sido vivenciadas e, outras, por serem uma inspiração para a melhoria contínua com base em avaliações qualificadas e desafiadoras.

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

Trata-se de uma avaliação em nível nacional conduzida pelo Ministério da Saúde. Na prática, o responsável por cada área do hospital preenche o instrumento do PNASS e encaminha um relatório, previamente à visita dos auditores federais. Destaca-se que o PNASS avalia os serviços com base na tríade Donabediana, verificando itens relacionados à estrutura, aos processos e ao acompanhamento dos resultados, incluindo o serviço prestado desde áreas administrativas, de apoio assistencial, até a atuação da equipe multiprofissional, bem como a avaliação da assistência pelo paciente. A visita do auditor é acompanhada por um profissional do serviço que conheça os macroprocessos do hospital e tem por objetivo verificar se os recursos empreendidos pelo governo estão sendo aplicados nos seus aspectos quanti-qualitativos¹⁹.

Organização Nacional de Acreditação - ONA

A avaliação realizada pela ONA também é nacional e visa promover a qualidade e segurança dos serviços de saúde, por meio de padrões e requisitos definidos previamente, emitindo certificados e selos de qualidade. Não possui caráter fiscalizatório, mas se propõe a ser um programa de educação continuada para os serviços de saúde. O diferencial desse método é a acreditação em três níveis nos quais são vistos a qualificação da estrutura no primeiro nível (Acreditado), da estrutura e dos processos, no segundo (Acredito Pleno) e da estrutura, processos e resultados, cumulativamente, no terceiro (Acreditado com Excelência). Para a instituição alcançar o terceiro nível, os níveis anteriores devem ter sido satisfeitos.

Cabe ressaltar que os níveis de acreditação 1 e 2 tem validade de dois anos. O nível 3 apresenta validade por três anos, uma vez que a instituição que alcançou essa certificação demonstra uma maturidade institucional com uma cultura organizacional de melhoria contínua²².

Joint Comission International (JCI)

A avaliação oportunizada pela JCI demanda uma transformação na cultura organizacional, pois o foco passa a ser a segurança dos processos assistenciais, desde o ambiente, a definição de fluxos e de planos de contingência, como de processos e comportamentos, para a segurança do paciente e profissionais. O processo de avaliação propõe a triangulação de múltiplas fontes de evidência para garantir que a qualidade e segurança estão consolidadas na instituição, com base em critérios internacionais.

Avalia-se a descrição de políticas, planos e rotinas por meio dos documentos institucionais, os quais devem ser de fácil acesso a todos os colaboradores. O método prevê também a verificação “in loco” das práticas assistenciais, por meio da observação direta do trabalho sendo desenvolvido e entrevistas aleatórias com profissionais. O diferencial deste método de avaliação é a valorização do paciente e da família no processo de certificação, pois verifica-se se seus direitos e deveres estão esclarecidos e sendo aplicados, além de avaliar sua inserção na assistência, verificando o nível de conhecimento sobre sua saúde, ou seja, a educação do paciente e família voltada para a segurança do paciente²³.

Magnet Recognition Program®

Essa certificação é coordenada pela *American Nurse Association Enterprise* e tem foco na qualidade das práticas de enfermagem integradas aos demais profissionais da equipe de saúde. As instituições que alcançam a certificação *Magnet Recognition Program®* são consideradas magnetizadoras, caracterizadas pela retenção dos profissionais e pela fidelidade dos clientes. Essas características resultam de condições de trabalho favoráveis, possibilidade de desenvolvimento, que refletem na excelência da produção dos cuidados, fortalecendo a força de trabalho da enfermagem no cuidado e na gestão hospitalar²⁴.

PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA – PLANETREE

O *Planetree* é uma certificação internacional que reconhece as instituições que possuem a filosofia do cuidado centrado na pessoa³⁶. Neste modelo o paciente e a família têm acesso às informações, participam ativamente das decisões do seu tratamento e cuidados e é assistido em um ambiente que promove o bem-estar e favorece a sua recuperação. No Brasil, o processo de certificação *Planetree* é coordenado pelo Hospital Albert Einstein e, atualmente, somente hospitais privados estão buscando essa certificação.

Perspectivas contemporâneas na avaliação em saúde

Algumas abordagens para otimizar a performance dos serviços de saúde com

foco na qualidade e segurança têm sido discutidas e implementadas na última década, disparadas pelo movimento mundial pela segurança do paciente, como o *Triple Aim* e a Coprodução em Saúde.

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lançou o *Triple Aim*, como uma estratégia nacional americana para melhorar a qualidade da assistência em saúde³⁷, a qual vem sendo utilizada por organizações de saúde públicas e privadas de diversos locais do mundo. O guia orienta a aplicação de um sistema de acompanhamento de resultados com foco em três objetivos específicos:

- Conhecer o perfil epidemiológico da saúde da população: perfil de morbi-mortalidade, comportamentos de risco para desenvolvimento de doenças, etc;
- Melhorar a experiência do paciente com os cuidados em saúde: aplicação de instrumentos de avaliação, acompanhamento do fluxo de atendimento, etc;
- Reduzir custos *per capita* com a saúde: análise e otimização de processos.

Com base nesses objetivos, o IHI oferece um guia compartilhado para que outras instituições possam aplicar os princípios norteadores do *Triple Aim*³⁷. Os estudos desenvolvidos demonstram avanço em melhorias de processos³⁸, no entanto, a determinação dos custos *per capita* relacionados aos cuidados configura-se como um desafio a ser transposto, bem como obter a perspectiva do paciente de maneira sistematizada³⁹.

Finaliza-se a ampla temática de avaliação em saúde com a concepção de coprodução, a qual tem origem na área de *Marketing de Serviços*, pela oportunidade que oferece em ampliar a participação dos usuários na produção dos serviços e por ser uma estratégia reconhecida pelo IHI⁴⁰. Considera-se que há coprodução quando o resultado reflete o esforço conjunto entre quem recebe e quem executa o serviço. Neste cenário de intensa interação dos sujeitos que se fazem presentes, há de ser chamada a reflexão acerca da proximidade provocada pela frequência dos cuidados diários prestados pela equipe de enfermagem e do protagonismo do trabalho vivo da enfermeira para inserção do usuário como coprodutor. Consta na literatura que apesar de existirem barreiras para a efetiva participação dos usuários, a coprodução com foco na segurança contribui efetivamente para a qualidade assistencial²⁷. Assim, a responsabilidade pelo resultado é compartilhada, bem como as percepções sobre como foi o cuidado e como poderia ter sido, ampliando possibilidades para melhoria dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 07]; 34(7): e00087917. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00087917>.

2. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009. 296 p
3. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J, From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Publicado simultaneamente pela University of Southern Denmark, Dinamarca, University of Florida, EUA, e Macquarie University, Austrália [Internet] 2016 [Cited 2021 Jan 07]. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/da-seguran%C3%A7a-i-%C3%A0-seguran%C3%A7a-ii-um-relat%C3%B3rio>
4. Donabedian A. Commentary on some studies of the quality of care. Health Care Financ Rev. [Internet]. 1987 Dec; 1987 [cited 2020 Nov 07];(Suppl): 75–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195097/>
5. Zeithaml VA, Bitner M J, Gremler DD. Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente. 6ª Ed, Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2014. 640 p.
6. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? JAMA [Internet]. 1988 [cited 2020 Nov 07];260(12):1743-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>
7. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. [Internet]. 1990 [cited 2020 Nov 07];114(11):1115-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>
8. Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
9. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso em 20 out 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
10. Magalhães AMM et al. Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 28]; 51: e03255. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>.
11. Bão Ana Cristina Pretto, Amestoy Simone Coelho, Moura Gisela Maria Schebella Souto de, Trindade Letícia de Lima. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Jan 28]; 72(2): 360-366. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.
12. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [Acesso em 20 out 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
13. Costa DG, et al. Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento Lean. Esc. Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan 20]; 22(4): e20170402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0402>.
14. Costa DG et al. Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 28]; 41(spe): e20190152. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>.

15. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* [Internet]. 1991 [cited 2021 Jan 28]; 67 (4):420-450. Available from: https://www.researchgate.net/publication/304344168_Refinement_and_reassessment_of_the_SERVQUAL_scale
16. DiGioia AM, Clayton SB, Giarrusso MB. "What Matters to You?": A pilot project for implementing patient-centered care. *Patient Experience Journal*. [Internet] 2016; 3(1): 130-137. Available from: doi: 10.35680/2372-0247.1121
17. Ministério da Saúde (BR). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Política Nacional de Saúde. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1990. [Acesso em: 25 out. 2020]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [citado 2020 nov 05]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [Internet]. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [citado 2020 nov 05]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf
20. Inchauspe JAF, Moura GMSS. Applicability of the results of a user satisfaction survey by nursing. *Acta paul. enferm* [Internet]. 2015 Apr [cited 2021 Jan 28]; 28(2): 177-182. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500030>.
21. Inchauspe JAF, Moura GMSS. Satisfação do usuário com o atendimento: a visão da enfermagem. [Internet] 2018; 12(5): 1338-1345 [Acesso em 20 jan 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980778>.
22. Organização Nacional de Acreditação ONA [Internet]. 2021 [Acesso em 01 fev 2021]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/>
23. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals Manual. Illinois: JCI, 7ª edição, 2021
24. American Nurses Credentialing Center. Magnet Recognition Program® [Internet] 2020 [cited Jan 30 2021]. Available from: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>
25. Liang L, Cako A, Urquhart R, Straus SE, Wodchis WP, Baker GR, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(1):e018263. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018263>
26. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [cited dez 20 2020]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf
27. Costa DG et al. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev Latino-Am*. [Internet] 2020 [cited Jan 20 2021]; 28:e3272 2020. Available from doi: 10.1590/1518-8345.3352.3272

28. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela, SL. Defining patient experience. *Patient Exp J*. [Internet]. 2014 [cited Jan 20 2021];1(1):7-19. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>
29. Molina KL, Moura GMSS. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2016 Feb [cited 2021 Jan 29]; 29(1): 17-25. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600004>
30. Costa DG et al. Inovação na pesquisa de satisfação institucional dos usuários com base na metodologia Net Promoter Score *Clin Biomed Res.* [Internet]. 2018 [acesso em Jan 20 2021]; 38 (Supl.):30. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/downloads/pesquisa/RevistaCientifica/2018/anais_38_semana_cientifica_do_hcpa_2018_seg.pdf
31. Giordano LA et al. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Medical Care Research & Review* [Internet].2010 [cited Jan 20 2021];67(1): 27-37. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19638641/>
32. Edwards K, Walker K, Duff J. Instruments to measure the inpatient hospital experience: A literature review. *Patient Experience Journal* [Internet]. 2015 [cited Jan 30 2021]; 2(2):77-85. Available from: <https://pxjournal.org/journal/vol2/iss2/11>
33. Mello JF. Tradução, adaptação transcultural e validação do questionário Patient Measure Of Safety (PMOS) para o português brasileiro [tese]. 2018. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/194389>
34. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2018[cited Jan 30 2021];27(9):673-82. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006974>.
35. Alvarenga M. Hospital Israelita Albert Einstein: nossa história, missão, valores e introdução ao conceito de experiência do paciente. In: Merlino, J. Obcecados por servir: construindo valor a partir da experiência do paciente. São Paulo: Atheneu, 2016.
36. Planetree Internatinal. Planetree Family Engagement Strategies Organizational Gap Analysis Tool [Internet]. 2020. Available from: <https://resources.planetree.org/family-engagement-strategies-organizational-gap-analysis-tool/>
37. Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. [Internet]. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Available from <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>
38. Silva RA, Caregnato RC, Flores CD. Segurança na administração de medicamentos: utilização do software Bizagi® e a aplicação dos pilares do Triple Aim. *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia.* [Internet].2019 [cited Jan 20 2020]; 7(1):60-70. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01186>
39. Silva A, Luedy A. Triple aim: Uma estratégia para a transformação de sistemas de saúde. *Revista Acreditação* [Internet] 2016 [cited Jan 20 2020];6(11):109-123.
40. Cohen B. Co-Producing COVID-19 Recovery. Institute for Healthcare Improvement. [Internet] 2020. [cited 2020 Sep 26]. Available from: <http://www.ihl.org/communities/blogs/co-producing-covid-19-recovery>

GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 21/01/2023

Diovane Ghignatti da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Elisiane Lorenzini

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Shara Bianca De Pin Raduenz

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Cassia Pimenta Barufi Martins

Hospital Care - HUB Florianópolis,
Florianópolis, SC, Brasil

Larissa de Siqueira Gutierrez

Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

sobretudo considerando a complexidade inerente à produção dos serviços de saúde.

A gestão de risco versa sobre o estabelecimento de uma cultura de segurança com base no aprendizado decorrente do reconhecimento das falhas e da prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde. Parte-se do pressuposto de que os riscos sempre estarão presentes, tanto na produção de produtos, como na produção de serviços. Portanto, o conhecimento sobre a temática e as estratégias de mitigação dos riscos precisam ser desenvolvidas/compreendidas nas diferentes profissões, sobretudo nas relacionadas à saúde, pois os riscos inerentes à assistência podem se transformar em eventos adversos, causando danos irreversíveis e até a morte.

O atendimento das necessidades de saúde da população caracteriza-se por um serviço que é produzido concomitantemente com sua entrega, ou seja, o cuidado é produzido ou coproduzido - quando há

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a prevenção de incidentes relacionados aos cuidados em saúde como uma prioridade global¹. Isso implica em desenvolver mecanismos de identificação e mitigação dos riscos aos quais os pacientes estão expostos,

participação ativa dos usuários do serviço - mediante a interação entre profissionais de saúde e pacientes². Diferente de produtos, os serviços demandam ações preventivas e árduo planejamento das suas etapas para minimizar a ocorrência de incidentes, pois após a sua entrega, ou seja, quando se efetiva o atendimento ao paciente, qualquer falha em alguma etapa do processo assistencial pode culminar com resultados indesejados.

Neste capítulo, aborda-se a gestão de riscos assistenciais associada a aspectos que compõem a cultura de segurança na perspectiva do paciente, equipes e ambiente, no contexto dos serviços de saúde. Ao final do capítulo, espera-se que o leitor se aproprie da inserção histórica da temática na saúde no âmbito nacional e mundial. Em nível nacional, destacam-se os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente³ e seus desdobramentos, sob os aspectos de marcos conceituais que direcionam as instituições aos propósitos de melhoria contínua da qualidade assistencial, com base na gestão de riscos e melhores práticas em saúde. Ainda, destacam-se atividades desenvolvidas na gestão de riscos assistenciais, a taxonomia adotada em diversos países, alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde⁴, além de estratégias de vigilância, monitoramento de incidentes e ferramentas para gestão de riscos na saúde. A temática conduz o leitor à reflexão sobre a cultura de segurança na produção e coprodução dos serviços, no sentido de chamar atenção aos comportamentos de todos os envolvidos, com os quais é possível identificar diferentes níveis de cultura e, ainda, modos de encaminhar situações distintas apoiados na perspectiva da cultura justa.

Considera-se que percorrer os tópicos aqui descritos contribui para mobilizar a importância da gestão de riscos e cultura de segurança para melhoria da qualidade assistencial, sobretudo devido à necessidade de reduzir os elevados índices de eventos adversos evitáveis que ainda vem ocorrendo no mundo todo⁵⁻⁷.

ASPECTOS HISTÓRICOS DA GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

A aplicação de um processo sistematizado de gestão de riscos foi empreendida, inicialmente, por organizações militares e industriais, como automobilística, aeronáutica e financeira, incluindo a identificação e avaliação dos riscos; o desenvolvimento de estratégias para enfrentá-los e; a implementação das estratégias, mediante atividades de prevenção e controle, além das que visam diminuir o seu impacto.

Apesar de estar presente em algumas organizações não relacionadas à saúde há mais tempo, a normatização do gerenciamento de risco, com a descrição de conceitos e métodos de gestão de riscos foram padronizados há pouco mais de uma década. O padrão mais conhecido é a Norma ISO 31000 (*Risk Management – Principles and Guidelines*), cuja primeira versão foi publicada em 2009, a qual foi traduzida e adaptada para a versão

brasileira pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), órgão representante oficial da ISO no Brasil, publicando a Norma ABNT NBR ISO 31000:2009 Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes⁹. Esta primeira versão foi revisada e atualizada em 2018 pela ABNT NBR ISO 31000:2018¹⁰. No entanto, destaca-se que essas normas não são específicas aos serviços de saúde e, portanto, demandam adaptação.

No âmbito da saúde, os incidentes assistenciais passaram a receber atenção a partir do marco histórico revelado com a publicação do relatório *Errar é Humano* pelo *Institute of Medicine*, o qual divulgou estatísticas alarmantes sobre o atendimento prestado pelos serviços de saúde norte-americanos¹¹. Esse documento, de relevância mundial, inaugurou o novo milênio. Ainda, a Organização Mundial da Saúde, por meio da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente em 2004, demarcou a necessidade de promover práticas mais seguras no ambiente de prestação de cuidados em saúde e de divulgar estratégias e políticas para a segurança do paciente em todo mundo¹²⁻¹³. Assim, os padrões de qualidade e segurança assistencial, bem como seus desvios passaram a ser percebidos por organizações, pesquisadores, profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde.

A gestão de riscos, portanto, foi impelida à saúde, considerando a elevada incidência de eventos adversos evitáveis associados à assistência. Sabe-se que no mundo, os eventos adversos são considerados uma das dez principais causas de morte e incapacidade, além de estimar-se que seja a 14^a principal causa da carga global de doenças¹⁴⁻¹⁶.

No Brasil, ações para a segurança do paciente foram lideradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, culminando em 2013 com o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, do Ministério da Saúde³. Os quatro eixos de atuação do PNSP são voltados para uma prática assistencial segura, promovem o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema de segurança do paciente no ensino e o investimento em pesquisas. Destaca-se, que o eixo assistencial orienta a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde, o qual é responsável por gerenciar os riscos assistenciais, por meio de um sistema de notificação de incidentes, além dos desdobramentos de análise e implementação de melhorias para prevenção da recorrência dos mesmos.

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

O PNSP mobilizou a discussão acerca da cultura de segurança, da compreensão das causas sistêmicas associadas aos erros humanos, da necessária padronização dos cuidados por meio de protocolos assistenciais, da adoção do modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente e de uma cultura justa para a gestão e desenvolvimento de pessoas. Houve a divulgação de diversas ferramentas e estratégias

para alavancar mudanças culturais acerca da produção dos cuidados em saúde, para que atendam às dimensões da qualidade que pautam os processos de avaliação em saúde.

Os protocolos básicos assistenciais oriundos do PNSP alinham-se aos desafios globais lançados pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo propósito foi melhorar a segurança na assistência, apoiando os países de todo o mundo no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente¹⁷. O primeiro desafio global visou a implantação de medidas para adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, cuja campanha foi denominada “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”¹⁷. Este desafio gerou atualização dos documentos nacionais acerca das recomendações voltadas aos profissionais, bem como voltadas para a educação de pacientes, famílias e visitantes. O segundo desafio global, “Cirurgias seguras salvam vidas”¹⁸, teve o propósito de implementar barreiras de segurança para redução de danos associados a intervenções cirúrgicas. Isso inclui a participação do paciente-família no consentimento quanto ao tipo de procedimento planejado, confirmação do sítio cirúrgico e conferência da identificação do paciente antes da indução anestésica. O terceiro desafio global, lançado recentemente, “Medicação sem danos”¹⁹, objetiva contribuir para a redução de eventos adversos evitáveis, relacionados aos processos de medicação, em mais de 50%.

Apresenta-se no Quadro 1, os protocolos básicos para a segurança do paciente, contendo as seis metas internacionais de segurança propostas pela OMS, acrescidas de dois outros itens para o acompanhamento sistemático. Esses protocolos foram definidos mundialmente por configurarem causas comuns a muitos eventos adversos. Orientam barreiras para a ocorrência desses eventos em situações de maior risco a serem aplicadas em todas as instituições de saúde, com monitoração pelo Núcleo de Segurança do Paciente^{3,20}.

Protocolo	Descrição	Indicador
Meta 1 - Identificar corretamente o paciente	- Adesão dos profissionais ao processo de conferência da identificação do paciente nos momentos obrigatórios	nº de conferências da identificação do paciente nas situações recomendadas / nº de situações observadas x 100
Meta 2 - Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde	- Definir resultados de exames alarmantes para comunicação entre laboratório e profissionais da linha de frente para otimizar condutas assistenciais	nº de prontuários contendo registro de condutas após a comunicação de resultados alarmantes / nº total de prontuários em que se procedeu a comunicação x 100

Meta 3 - Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Definir lista de medicamentos perigosos, para armazenagem segregada e identificação diferenciada por cores - Definir procedimento operacional padrão para cada etapa do processo de medicação 	nº de observações dos postos de enfermagem com armazenagem segregada e identificação diferenciada dos medicamentos perigosos / nº total de observações x 100
Meta 4 - Assegurar cirurgias em local de intervenção, paciente e procedimentos corretos	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Check list</i> da cirurgia segura a ser aplicado nos momentos indicados 	nº de cirurgias com <i>check list</i> realizado / nº total de cirurgias realizadas x 100
Meta 5 - Higienizar as mãos (HM) para reduzir infecções	<ul style="list-style-type: none"> - Cinco momentos obrigatórios para proceder a HM - Técnica correta para HM 	nº de oportunidades de HM correta / nº total de oportunidades observadas para HM x 100
Meta 6 - Reduzir lesões decorrentes de quedas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do risco - Plano de cuidados com medidas preventivas 	nº de quedas no mês / nº de pacientes-dia no mês x 1000
Prevenir lesões por pressão	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do risco - Avaliação diária da pele do paciente - Plano de cuidados com medidas preventivas e de tratamento 	nº de lesões por pressão no mês / nº de pacientes-dia no mês x 1000
Assegurar a transferência de pacientes entre pontos de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento de <i>check list</i> das condições do paciente nos momentos indicados 	nº de pacientes com <i>check list</i> preenchido / nº de transferências realizadas x 100
Garantir o uso seguro de equipamentos e materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de manutenção preventiva sistemática - Manutenção corretiva quando necessário 	nº de equipamentos com manutenção preventiva realizada / nº de equipamentos com manutenção preventiva agendada x 100

Quadro 1 – Protocolos Básicos para segurança do paciente do PNSP

Fonte: Adaptado pelas autoras com base no PNSP³

Cabe destacar a atuação do enfermeiro no contexto de desenvolvimento de sistemas e processos de barreiras de segurança, por contribuir substancialmente para a transformação da prática assistencial. Percebe-se, cada vez mais, que o enfermeiro vem se aperfeiçoando no âmbito da segurança do paciente, sendo reconhecido pelos membros da equipe e, principalmente, por pacientes, famílias e acompanhantes^{2,21}. Acrescenta-se, ainda, que o enfermeiro, por atuar em praticamente todas as áreas das organizações de saúde, é um profissional excelente para participar na análise de processos e de incidentes de segurança. O mesmo possui as habilidades e competências requeridas para contribuir no redesenho de fluxos e padrões assistenciais, cujo foco é a diminuição de erros e, conseqüentemente, a redução de danos associados à assistência e a promoção de

qualificação assistencial.

GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Como já abordado neste capítulo, há 20 anos discute-se os erros associados à assistência em saúde, seus impactos no paciente, família, organização e sociedade, e as inúmeras estratégias já realizadas a fim de minimizá-los. Para tanto, ainda hoje, a mitigação de riscos e danos relacionados a cuidados de saúde configura-se como um importante elemento para a prestação de serviços seguros e de qualidade²².

A fim de identificar, caracterizar, analisar, avaliar, tratar e comunicar sistematicamente os riscos e danos, foram criados processos-chaves de gerenciamento de riscos assistenciais. Estes, integrados entre si, compreendem o modelo básico da gestão de riscos, que deve ser e estar construído sob a presença de sistemas organizacionais e de liderança congruentes ao clima e à cultura de segurança institucional²³.

Embora as abordagens retrospectivas sejam as mais comumente empregadas para identificar riscos²³⁻²⁴, a qual são realizadas com base nas notificações de incidentes que já ocorreram, a utilização da observação em tempo real e de abordagens prospectivas, como as *Safety Walk Rounds*, a auditoria clínica e o mapeamento de riscos, são de extrema importância, haja visto que permitem a adoção de intervenções antes que o incidente aconteça. A *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (H-FMEA) e a *What ifs* são exemplos de ferramentas proativas, que utilizam de métodos sistemáticos para diagnosticar onde e como processos de trabalho podem falhar, e a partir disso, desenvolver ações preventivas.

Dentre as abordagens retrospectivas, temos os indicadores de segurança, conforme apresentado anteriormente (p.ex. Número de eventos adversos devido a falha de identificação do paciente), os relatos a partir da experiência do paciente e o sistema de notificação de incidentes que atualmente, é a técnica mais utilizada na gestão reativa de riscos em instituições de saúde^{23,25}.

Os sistemas de notificação de incidentes podem possuir características distintas a depender:

- 1) da sua abrangência – podem ser organizados e monitorados local, municipal, estadual ou nacionalmente;
- 2) do próprio sistema de notificação – pode ser físico ou eletrônico;
- 3) do tipo de notificação – pode ser uma notificação anônima, confidencial ou aberta;
- 4) do notificador – pode ser restrito a profissionais ou aberto a pacientes, família e comunidade;

- 5) da obrigatoriedade da notificação – pode ser de forma voluntária ou obrigatória;
- 6) da caracterização do incidente – pode se restringir somente a incidentes com dano grave e *Never Events* ou a qualquer incidente.

Vale ressaltar que, a cultura de notificação de incidentes é um dos pilares da cultura de segurança, pois a melhoria contínua propõe que os problemas no fluxo e processos assistenciais sejam discutidos por quem executa o trabalho, para que as soluções emerjam também desse grupo. Assim, a implantação de sistemas de notificação de incidentes é encorajada nas instituições de saúde, por meio do uso de *softwares/ferramentas/planilhas* diversas que geram um banco de dados. Este, por sua vez, gera informações que possibilitam análise e predições de possíveis riscos futuros²⁵.

Para a construção dos bancos de dados, análises, comparações e publicações dos dados analisados, é importante considerar os termos e conceitos globalmente empregados, a partir da taxonomia na área de segurança do paciente, o *International Classification for Patient Safety* (ICPS)⁴, publicado em 2009, pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente:

- **Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer;
- **Evento:** algo que acontece ou envolve um paciente;
- **Incidente:** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente. Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não-intencionais, conforme apresentado na Figura 1, são classificados em quatro tipos conforme a Figura 2 e, quanto ao grau de dano podem ser desde leve até chegar ao óbito, conforme Quadro 2;
- **Dano:** dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode, assim, ser física, social ou psicológica;
- **Dano associado ao cuidado de saúde:** dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de associado à uma doença de base ou lesão.



Figura 1 – Classificação de Incidente quanto à origem, conforme o ICPS⁴

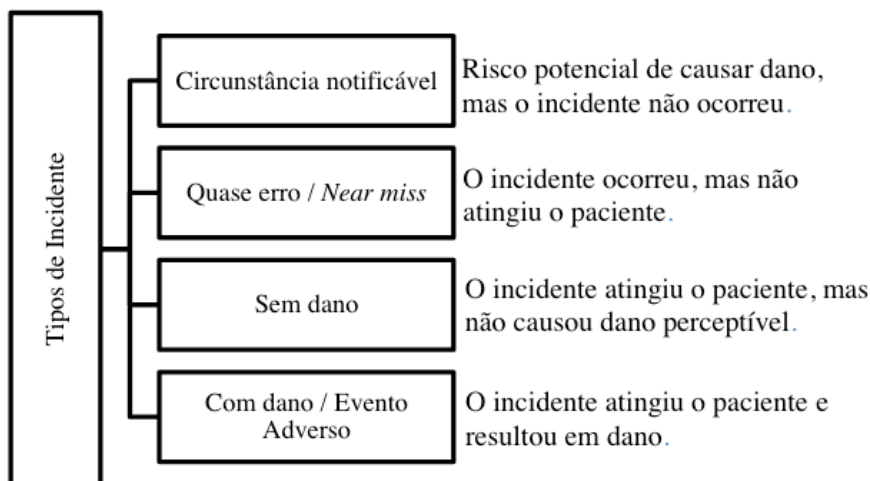


Figura 2 – Classificação dos tipos de incidentes, conforme o ICPS⁴ WHO, 2009

A caracterização do incidente de acordo com sua frequência, tipologia e dano ao paciente, juntamente da sua investigação e compreensão, permite a comparação, mensuração e interpretação das informações acerca dos processos envolvidos. Destaca-se que os incidentes que causam danos também são comumente denominados de eventos adversos.

Grau de Dano	Descrição
Nenhum	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
Leve	Sinais e sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, em que foi necessária ou não intervenção mínima. Exemplo: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve.
Moderado	Presença de sintomas com necessidade de intervenção (procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda da função ou danos de longo prazo.

Grave	Presença de sintomas com necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Óbito	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

Quadro 2 – Classificação dos incidentes quanto ao grau de dano

Fonte: *International Classification for Patient Safety (ICPS)*⁴

Além dessa classificação, foi definida uma lista de incidentes denominada **Never Events**, também chamados de incidentes sentinela, ou eventos sentinela. Os **Never Events** configuram eventos adversos que resultam em dano definitivo ou óbito que poderiam ter sido evitados e que, portanto, nunca deveriam acontecer. Citam-se alguns exemplos que devem ser notificados no Sistema de informações da Anvisa²⁶: Procedimento cirúrgico realizado em local errado, no lado errado ou no paciente errado; Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia; Gás errado na administração de oxigênio ou gases medicinais; Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco; Lesão por pressão estágio III ou IV, etc.

Para investigar e analisar incidentes, são utilizadas ferramentas reativas que apontam para possíveis causas (Análise de causa raiz ou RCA, Diagrama de *Ishikawa* e Diagrama de Pareto) e para fatores que possam ter contribuído para a ocorrência do incidente (Protocolo de Londres).

As ferramentas reativas buscam direcionar o olhar dos profissionais para os processos que envolvem o incidente e não para o erro humano, o que acaba contribuindo significativamente para a construção de um plano de ação de melhorias robusto, que resultará em mudanças, evitando que incidentes similares aconteçam novamente²⁷.

As ações preventivas ou intervenções de melhoria propostas no plano de ação, são produtos de todos os processos-chave do gerenciamento de riscos. Estes, por sua vez, precisam ser planejados, implementados, monitorados e reavaliados periodicamente. Para que esse ciclo de melhoria contínua se concretize na prática das instituições, a ferramenta PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) é recomendada/utilizada.

Entretanto, além de monitorar o cumprimento ou não das ações estabelecidas no ciclo de melhoria e os indicadores de práticas de segurança do paciente, comunicar interna e externamente as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos por meio do gerenciamento de riscos, a PDCA é de extrema importância para retroalimentar o conhecimento acerca da gestão de riscos e da segurança do paciente²³.

Desta forma, a gestão de riscos associada à assistência em saúde está diretamente relacionada à adoção de práticas de segurança do paciente, uma vez que fortalece estratégias de gestão organizacional, auxilia na tomada de decisão e promove a redução

dos possíveis riscos existentes²⁴, corroborando para a promoção contínua da cultura de segurança.

CULTURA DE SEGURANÇA

Como já discutido, atualmente, organizações de saúde nacionais e internacionais, advogam para a implementação de práticas e programas para melhorar a segurança do paciente em instituições de saúde. Tais estratégias têm sido adaptadas a partir de experiências de organizações de alta confiabilidade, como a indústria nuclear e de aviação, que operam com alto risco, porém com a ocorrência de poucos eventos²⁸. Apesar de o início destas iniciativas já terem completado duas décadas, ainda é comum a ocorrência de incidentes nos ambientes de cuidado. Isto se dá, dentre outros fatores, à inerente complexidade que engloba a assistência à saúde. Cabe destacar que, frequentemente, se constituem em incidentes evitáveis²⁹.

Para mitigar a ocorrência de incidentes, há consenso quanto a necessidade de fomentar ações para desenvolver e melhorar a cultura de segurança. O conceito de cultura de segurança foi adaptado para a área da saúde como o conjunto de atitudes, percepções, valores, competências individuais e grupais e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência quanto às questões relacionadas à segurança do paciente, e na gestão da saúde em uma instituição profícua e segura³⁰. Observe a Figura 1, que demonstra como o conceito de cultura de segurança é complexo, multifacetado e encontra-se imbricado na cultura organizacional.

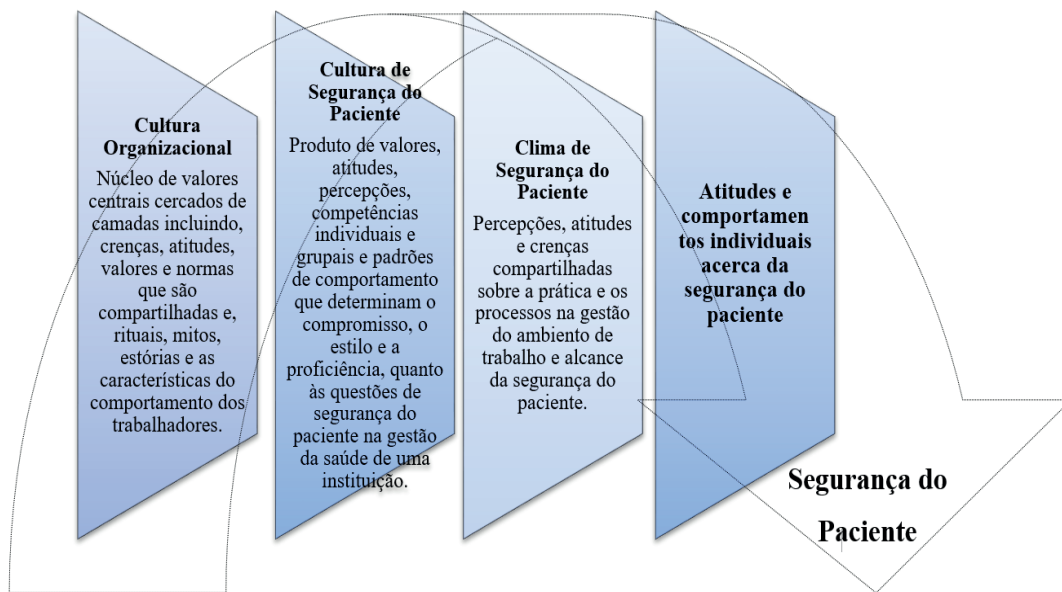


Figura 1: Modelo da Cultura de Segurança do Paciente

Fonte: Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [Tese] Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017. doi:10.13140/RG.2.2.16535.37286. Adaptado livremente de Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. [Review]. BMJ Qual Saf. 2013;22(1):11-8.

Percebe-se que este é um conceito que abrange normas, atitudes e valores, os quais sustentam e reforçam comportamentos individuais e coletivos que promovem cuidados seguros. Dessa forma, a cultura de segurança de uma instituição é considerada como um dos pilares do movimento de segurança do paciente. No Brasil, o PNSP³ apresenta a cultura de segurança do paciente a partir de cinco características, operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Desta forma, é fundamental que os gestores busquem, primeiramente, conhecer qual é a cultura que prevalece na sua instituição. Isto pode ser feito utilizando questionários que foram validados para uso no Brasil, tais como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)³¹ e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HOSPICE)³². Devido a sua estrutura, esses questionários mensuram o clima de segurança, que consiste na medida temporal da cultura de segurança. Pesquisas³³⁻³⁴ nesse âmbito têm mostrado escores de clima de segurança variáveis. Mesmo assim, há consenso quanto a sua utilidade para determinar a qualidade do atendimento nas organizações de saúde e a relação entre o clima de segurança e os resultados assistenciais.

Muitos fatores podem mediar as percepções sobre o clima de segurança. Portanto, os detalhes e as suas consequências requerem contínua investigação. Para tanto, a gerência de risco pode lançar mão de diferentes métodos, tais como, aplicar questionários e, também, realizar entrevistas ou reuniões em grupo, as quais podem fornecer uma visão mais abrangente sobre a cultura/segurança do paciente em dada instituição. Por exemplo, em estudo³⁵ que aplicou o SAQ associado a um grupo focal, diversos fatores, os quais marcadamente contribuíram para a existência de cultura punitiva na instituição, foram relatados pelos profissionais de saúde, conforme segue:

- a. falta de recursos;
- b. condições de trabalho precárias;
- c. dimensionamento de pessoal inadequado;
- d. falta de resolutividade nas ações dos gestores (devido à limitações da instituição);
- e. modelo de gestão mecanicista que privilegia a hierarquia;
- f. falta de *feedback*;
- g. franco distanciamento entre os gestores e seus subordinados, especialmente dos trabalhadores considerados como de beira de leito;
- h. cultura de punição na ocorrência de erros;
- i. falta de treinamento de novos colaboradores;
- j. falta de um plano de educação para o desenvolvimento dos trabalhadores.

Esses entraves organizacionais, frequentemente descritos na literatura, são também comumente encontrados nas instituições hospitalares brasileiras, especialmente nas públicas. Nessa linha, percebem-se os desafios postos ao gerenciamento, pois além das questões inerentes à organização, há também questões que são inerentes ao convívio das diversidades culturais para o alcance do ajuste e da sinergia entre os diferentes grupos

que coexistem na área da saúde, e que, portanto, também compartilham suas subculturas.

Além disso, também é esperado dos gestores que reconheçam a existência de conflitos que acabam impedindo a execução de ações que visam o aprendizado organizacional, o qual converge para a diminuição da ocorrência de incidentes. Frequentemente, esses conflitos estão relacionados ao poder e à legitimidade. Ainda, ao trabalhar para obter transformação cultural na área da saúde é esperado encontrar resistência, ativa ou passiva. Ambas são provenientes de organizações relutantes e subgrupos organizacionais resistentes.

CULTURA JUSTA NA ÁREA DA SAÚDE

A cultura justa é um paradigma fundamental para a perspectiva da qualidade e segurança do paciente, cuja concepção está diretamente atrelada à cultura de segurança da organização, sendo essencial para a prevenção de incidentes relacionados à assistência em saúde, no sentido de destacar a responsabilização dos sistemas e dos indivíduos acerca dos cuidados. Envolve uma cultura de transparência e capacidade de aprendizagem organizacional³⁶.

A mudança essencial que a cultura justa alavancou nas organizações diz respeito à maneira como os erros são vistos dentro das instituições, passando do estágio de culpabilização das pessoas, com punições individuais, para outro, no qual os erros humanos são passíveis de acontecer e, que, fazem parte de um processo complexo que não está associado somente à vontade daqueles que executam a atividade, mas sim, a fatores relacionados aos processos que induzem ao erro, em nível organizacional³⁷.

Destaca-se que na concepção da cultura justa, nem todos os incidentes têm origem sistêmica, relacionada aos processos assistenciais. A cultura justa também chama a atenção para os comportamentos das pessoas, os quais podem ser os disparadores de incidentes de segurança, quando a imprudência e/ou negligência, relacionadas, respectivamente, à ação e/ou à omissão de alguém é observada.

Nesse sentido, retoma-se a classificação dos incidentes quanto a sua origem⁴, os quais podem configurar um erro não intencional ou uma violação, a qual é intencional. A violação é um tipo de comportamento que deve ser tratado em nível individual, é diferenciada do erro, pois quando há erro a pessoa pratica um ato indesejado, mesmo em condições adequadas de trabalho nos seus aspectos estruturais quanti e qualitativo³⁸⁻³⁹, considerando equilíbrio entre demanda e capacidade de produção do serviço em saúde, materiais e equipamentos adequados, fluxos e processos assistenciais bem desenhados, padrões assistenciais definidos e claros, capacitação e desenvolvimento profissionais.

A cultura justa, portanto, objetiva distinguir três situações³⁹:

- Erro humano: caracterizado por deslizos humanos direcionados por problemas nos processos. Exemplo: armazenagem de medicamentos em locais próximos, com características *look alike* (aparência semelhante) *sound/alike* (som ao ler o nome do medicamento semelhante)⁴⁰.
- Comportamento de risco: caracterizado por tomar atalhos, como não seguir o padrão indicado para executar uma determinada atividade. Exemplo: não usar os Equipamentos de Proteção Individual indicados ou não higienizar as mãos nos momentos preconizados.
- Comportamento imprudente: caracterizado por ignorar etapas de segurança necessárias, às quais sabe-se previamente que são potenciais geradoras de incidentes. Exemplo: como não conferir a identificação do paciente antes dos procedimentos ou não realizar o *check list* da cirurgia segura antes de um procedimento desta natureza, entre outros.

Diante de tais situações, cabe à liderança a responsabilidade de encaminhar a situação com base nos pressupostos da cultura justa, apoiando aquele que cometeu um desliz, buscando o desenvolvimento daquele que apresentou comportamento de risco e definindo medidas disciplinares para quem foi imprudente ou omissos, além de proceder ao acompanhamento sistemático dos processos. Um dos fatores condicionantes para mudança cultural em uma instituição é o modelo de liderança adotado, encontrando-se na gestão participativa um campo fértil para encorajar a equipe para o papel protagonista e, assim, coletivamente, contribuir para mudanças fundamentais na construção e desenvolvimento da cultura justa. Isso se dá por meio de uma liderança incentivadora, que apoia as notificações de incidentes e proporciona melhorias com base no acompanhamento de indicadores, cujos resultados são transparentes e acessíveis a todos os membros da organização³⁹.

A cultura justa, portanto, não pretende banalizar o erro humano, mas sim, contribuir com a análise dos incidentes, sinalizando para a atuação mais apropriada diante de cada situação, tanto em processos sistêmicos, como em comportamentos e violações individuais. O propósito principal é o de impulsionar melhorias e evitar futuros incidentes. Tal abordagem direciona para a transparência em relação ao que se espera de cada um, para o desenvolvimento do trabalho, além de abrir espaço para contribuições direcionadas a melhoria contínua dos processos gerenciais e assistenciais.

PERSPECTIVAS FUTURAS NA GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Ao finalizar, provoca-se uma reflexão que pode ampliar o princípio central da gestão da segurança do paciente que vem sendo disseminada por várias organizações no mundo. O paradigma vigente acerca da segurança do paciente considera como propósito da investigação dos incidentes, identificar as causas e os fatores que contribuem

para resultados indesejados (abordagens reativas) e avaliar o risco, determinando sua probabilidade (abordagens proativas). Nessa perspectiva, o princípio da gestão da segurança é o de responder quando algo acontece ou o de categorizar situações como um risco aceitável, na busca de eliminar suas causas ou implementar barreiras para impedi-lo⁴¹.

A reflexão que se agrega é: Por que o desempenho humano na maioria das vezes dá certo? A resposta remete para a capacidade das pessoas de ajustar a atividade, conforme as condições de trabalho. Dessa forma, o desafio para a melhoria da segurança consiste em compreender esses ajustes, que geralmente dão certo, apesar das incertezas inerentes a situações complexas de trabalho. Com isso a gestão da segurança além de tentar assegurar que “o menor número possível de coisas dê errado” agrega o princípio que “o maior número possível de coisas dê certo”. As pessoas são vistas, consequentemente, como um recurso necessário para a flexibilidade e a resiliência do sistema, oferecendo soluções flexíveis para muitos problemas em potencial. A avaliação do risco, nessa perspectiva, consiste em compreender as condições nas quais a variabilidade no desempenho pode se tornar difícil ou impossível de monitorar e controlar⁴¹.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety Global action on patient safety - Report by the Director-General. Seventy-Second World Health Assembly. [Internet] Genebra: WHO; 2019 [cited 2020 Oct 28]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf
2. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29]; 28: e3272. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014 [Acesso em: 25 out. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
4. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. [Internet] Genebra:WHO; 2009 [cited 2020 Feb 15]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018 [cited 2020 Oct 24];71(1):111-9. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>
6. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WNA. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet] 2018 [citado 2020 Out 24];27(2):e2017320. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>

7. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Estudio Ibeas: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 2020 Out 28]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
8. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals - a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2017 [cited 2020 Oct 28]; 26(2):111-9 . Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>
9. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 31000:2009. Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes. Disponível em: <https://www.normas.com.br/visualizar/abnt-nbr-nm/28977/abnt-nbriso31000-gestao-de-riscos-diretrizes>
10. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 31000:2018. Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=392334> Ver a nova versão atualizada
11. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 2000.
12. Organización Mundial da Saúde. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente – WHA55.18; 2002. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
13. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva, 2008. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Foward_Programme_2008.pdf
14. Jha AK, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* [Internet] 2013 [cited 2021 Jan 10];22:809–815. Available from: doi:10.1136/bmjqs-2012-001748
15. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
16. Jha AK. Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike. Proceedings of the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation; 2018 Oct [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>
17. World Health Organization. First global patient safety challenge: clean care is safer care. [Internet]. [cited Oct 20 2020]. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1
18. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. [Internet]. [cited Oct 20 2020]. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=BDF48D06B8BD2FECD3837C7C71798BBC?sequence=1

19. World Health Organization. WHO global patient safety challenge: medication without harm. [Internet]. [cited Oct 20 2020]. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
20. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016 [Acesso em: 25 out. 2020]. Disponível em: file:///D:/Downloads/Modulo_6_Implantacao_Nucleo_de_Seguranca.pdf
21. Heldal F, Kongsvik T, Haland, E. Advancing the status of nursing: reconstructing professional nursing identity through patient safety. BMC Health Serv Res [Internet] 2019[cited 2021 Jan 10];19(418). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4222-y>
22. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. [Internet] Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/patientsafety/Second-draft_global-patient-safety-action-plan_Nov20.pdf
23. Gama ZAS, Hernandez PJS. Inspeção da gestão de riscos em serviços de saúde. In: Gama ZAS, Hernandez PJS. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde. Natal: SEDIS/UFRN [Internet]. 2017. p.12-64. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf
24. Schmitt MD, Costa DG, Massaroli A, Lorenzini E, Lanzoni GMM, Santos JLG. Análise de teses e dissertações sobre gestão de riscos na área da saúde no Brasil. REME • Rev Min Enferm [Internet]. 2020. 24:e-1352. Available from: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/aop_e1352.pdf
25. Reis CT. Cultura em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017.. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>
27. McGowan J, Wojahn A, Nicolini JR. Risk Management Event Evaluation and Responsibilities. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559326/#article-34645.s6>
28. Lorenzini E, Oelke ND, Marck PB, Dall'agnol CM. Researching safety culture: deliberative dialogue with a restorative lens. Int J Qual Health Care [Internet]. 2017 Jul 18; 37:1–5. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzx080>
29. Röhsig V, Lorenzini, E, Mutlaq MFP, Maestri RN, de Souza AB, Alves BM, Wendt G, Borges BG, Oliveira D. Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: A 5-year retrospective study. Int J Risk Saf Med [Internet]. 2020;31(4):247-258. Available from: doi: 10.3233/JRS-194050.
30. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. [Review]. BMJ Qual Saf. [Internet]. 2013; 22(1):11-8. Available from: doi: 10.1136/bmjqs-2011-000582

31. Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire Short Form 2006 for Brazil. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2012; 20(3):575-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
32. Andrade LEL de, Melo LOM de, Silva IG da, Souza RM de, Lima ALB de, Freitas MR de, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol e Serv saúde Rev do Sist Único Saúde do Bras* [Internet]. 2017 ;26(3):455–68. Available from: www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/
33. Alves DFB, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Patient safety climate in a Brazilian general hospital. *Int J Risk Saf Med* [Internet]. 2020. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32144999>
34. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL de, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020. 41:e20190177. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
35. Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [Tese] Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. *Rev Cuid*. 2017; 8(2): 1549-60 Available from: doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>
36. Moriates C, Wachter RM. Accountability in Patient Safety. Patient Safety Network. AHRQ. [Internet] 2015 [cited 2021 Jan 17]; 01. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/accountability-patient-safety>
37. McTiernan P, Wachter RM, Meyer GS, Gandhi TK. Patient safety is not elective: a debate at the NPSF Patient Safety Congress. *BMJ quality & safety*[Internet] 2015 [cited 2021 Jan 17];24:162-6. Available from: 10.1136/bmjqs-2014-003429
38. Heidmann A, Trindade LF, Schmidt CR, Loro MM, Fontana RT, Kolankiewicz ACB. Contributive factors for the consolidation of patient safety culture in the hospital environment. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 17]; 24(1): e20190153. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0153>.
39. American College of Healthcare Executives, IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. Boston, MA: American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement [Internet] 2017. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Leading-a-Culture-of-Safety-A-Blueprint-for-Success.aspx>
40. Fernandes CS, Cabral CHK, Lima DA, Medeiros WRDB. Uso da ferramenta tall man lettering na análise de erros de dispensação de medicamentos look/ alike sound/alike. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo* [Internet] 2016 [acesso 17 jan 21]; 7:2: 31-34. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2016070205000925BR.pdf>
41. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J, From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Publicado simultaneamente pela University of Southern Denmark, Dinamarca, University of Florida, EUA, e Macquarie University, Austrália [Internet] 2016 [Acesso 17 jan 21]. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/da-seguran%C3%A7a-i-%C3%A0-seguran%C3%A7a-ii-um-relat%C3%B3rio>

INFORMÁTICA E A GESTÃO EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/01/2023

Luciana Schleder Gonçalves

Universidade Federal do Paraná (UFPR),
Curitiba, PR, Brasil

Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Universidade Federal do Paraná (UFPR),
Curitiba, PR, Brasil

INTRODUÇÃO

A inserção da informática nos diversos processos relacionados à saúde vem sendo relatada mundialmente desde a década de 1960. Ao longo dessa história sobre a adoção das tecnologias de informação e comunicação na saúde (TICS), e em especial nos últimos anos, observou-se um descompasso na velocidade da disseminação das aplicações em organizações ligadas à assistência, gestão, ensino e pesquisa em saúde, se comparadas às demais; e sobremaneira se comparadas ao modo com que a população em geral a elas aderiram para se comunicar e se relacionar na vida privada.

Em se constatando o caráter multidisciplinar da informática em saúde, com conceitos e métodos distintos, tanto da área da saúde como da ciência da informação e da computação, destaca-se a iniciativa da *Commission on Accreditation for Health Informatics and Information Management Education* (CAHIIM). Tal iniciativa propõe a diferenciação dos termos **Informática**, que se concentra em dados, informação, conhecimento, as aplicações e os próprios usuários; **Sistemas de Informação**, que se concentra no uso organizacional de TICS; e a **Tecnologia da Informação (TI)**, que aborda principalmente o desenvolvimento de sistemas, seu ciclo de vida, e questões de gestão¹.

Tanto em âmbito mundial quanto nacional, são inúmeras as iniciativas de organizações de saúde ligadas ou não a universidades, públicas e privadas, a centros de tecnologia e de inovação, ou por parte de profissionais de saúde mais afetos à adoção das TICS nas suas práticas profissionais

autônomas. Tais iniciativas vão ao encontro da necessária inovação disruptiva de práticas analógicas e locais, para práticas voltadas às demandas atuais de seus clientes internos e externos, que respondam à mudanças dos cenários econômico, cultural e tecnológico. O quê pode transformar toda a organização, os sistemas de saúde e a entrega de processos e produtos que sirvam de modo mais eficiente e eficaz às necessidades atuais de todos os *stakeholders* e, principalmente, daqueles que as recebem na forma de assistência à saúde.

É claro que essa inovação disruptiva não vem sendo conduzida, somente e necessariamente, pela inclusão da tecnologia nos processos da área da saúde, mas certamente é impulsionada por seus mais recentes avanços. Acredita-se que para que essa inovação deixar de ser somente imaginada quanto ao seu imenso potencial, mas ser efetivamente aplicada de modo a trazer a solução para problemas há tempos identificados e não sanados, é fundamental que essa ruptura aconteça principalmente em relação a conceitos, paradigmas, modelos mentais e de negócio na saúde, e norteada por um propósito que seja maior do que os interesses econômicos, corporativos ou ideológicos daqueles que a conceberem.

E nessa conjuntura, ampliada pelo surgimento da pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-19) no final de 2019, adicionaram-se outros ingredientes ao caldeirão já efervescente da inovação em saúde, no mundo todo. Já se conheciam as lacunas na implantação de inovação em serviços e produtos; a tecnologia já estava disponível, porém, um novo impulso surgiu como catalizador: as restrições de contato humano recomendadas pelas autoridades de saúde mundiais. Como consequência, foram atualizadas e priorizadas as demandas dos prestadores de serviços, por alternativas para manter seus negócios em funcionamento; dos consumidores, pela continuidade da prestação de serviços essenciais, e por respostas à consequente crise econômica, informacional, ética e moral, para citar algumas.

E assim, como em todos os momentos em que a humanidade passou por grandes transformações, impulsionadas pelo potencial tecnológico de cada época, são as pessoas em posições de liderança que, incentivadas pelas circunstâncias que impelem à indispensável transformação, precisam tomar a decisão de romper com o ortodoxo, e ousar inovar, até mesmo em prol da sobrevivência e sustentabilidade das organizações/instituições.

Nesse sentido, é importante resgatar os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à incorporação de ferramentas da informática às práticas em saúde, já definidos para diversas categorias e especialidades profissionais desta área. Resta que as organizações de saúde e os próprios profissionais as reconheçam como pertinentes e indispensáveis ao domínio das TICS nos processos produtivos em saúde, com vista ao

planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado seguro e de qualidade. Ou ainda, que valorizem que as TICS viabilizam maior poder de análise das relações entre os milhares de dados e informações gerados diuturnamente pelos profissionais de saúde e equipamentos de monitoração. Em programas educativos, favorecem a entrega de planos de ensino que incluem métodos e técnicas pedagógicos com mídias não tradicionais em cursos formais ou em treinamentos em serviço; e na gestão de serviços de saúde viabilizam agilidade à prática baseada em evidências científicas e à aplicação de conhecimento qualificado sobre a própria estrutura, processos e resultados da organização.

Há nos relatos de organizações de saúde que passaram pelo processo de informatização, que as equipes responsáveis pela implantação de TICS, geralmente, contam com enfermeiros, por serem profissionais com formação generalista, e que conhecem os processos de trabalho e fluxos de informações entre os serviços e outros profissionais da equipe de saúde. Não é rara nesses relatos, a descrição de que pela característica sistêmica de tais projetos, esses enfermeiros assumem cargos de liderança nas organizações².

Este Capítulo evidencia as potencialidades oferecidas pela aquisição de competências por meio da formação continuada ou atuação na especialidade de Informática em Enfermagem, uma vez que podem contribuir substancialmente para a prática da gestão em enfermagem em um cenário no qual a incorporação das TICS nas organizações e sistemas de saúde tende a se intensificar na atualidade e no futuro. Apresenta exemplos de cenários e papéis advindos da prática profissional em saúde, também ligadas à liderança e à inovação, numa iniciativa que não poderia ser mais atual, pois a discussão sobre a necessidade de enfermeiros entenderem sobre informática na sua prática profissional não se trata apenas de um apelo à ação de lideranças, mas também um apelo à responsabilidade social e profissional. Nós estamos todos apoiados nos ombros dos líderes de ontem que, como Florence Nightingale, defendiam dados e análise de dados para uma sólida tomada de decisão clínica e administrativa³.

HISTÓRICO, ATUALIDADES E TENDÊNCIAS DAS SOLUÇÕES DE INFORMÁTICA EM ENFERMAGEM

Nas palavras do filósofo Heródoto de Halicarnasso (485 a 425 a.C.), há que se **pensar o passado para compreender o presente e idealizar o futuro**.

Nessa perspectiva, o Quadro 1 apresenta um resumo da linha do tempo contemplando as principais abordagens e soluções de informática em enfermagem, organizadas em Eras, desde a década de 1960 e considerando a evolução tecnológica disponível em cada período, até a atualidade⁴.

Linha do Tempo	Definição	Principais abordagens e soluções
1960 - 1970	Era da automação e processamento de dados	<p>A maioria dos artigos escritos na década de 1960 enfocam o monitoramento fisiológico e a automação de hospitais.</p> <p>Examinava-se os sistemas de informação hospitalar, planos de cuidados de enfermagem, aplicações em saúde pública e enfermagem psiquiátrica.</p>
1980-1990	Era dos computadores pessoais	<p>Os computadores pessoais possibilitaram a presença de dispositivos com visualização de dados mais funcionais em postos de enfermagem, consultórios médicos e nas unidades do que nos dispositivos anteriores. Programas de software estavam surgindo para entrada de pedidos, admissão, sistemas de alta e transferência, sistemas de laboratório e sistemas de cadastro.</p> <p>Conjuntos de dados mínimos e terminologias de enfermagem começaram a surgir</p> <p>Foi criado o grupo de trabalho IMIA-NI, em 1988.</p> <p>Informática em enfermagem foi definida como a aplicação da ciência da informação à enfermagem e atendimento ao paciente.</p> <p>Uma enfermeira especialista em informática foi definida como uma enfermeira que tem preparação especial e experiência, que usa os princípios da ciência da informação para o desenvolvimento de aplicativos de computador para a enfermagem e atendimento ao paciente.</p> <p>Graves e Corcoran (1989) definem informática em enfermagem como uma combinação de ciência da computação, ciência da informação e ciência da enfermagem, projetada para auxiliar no gerenciamento e processamento de dados, informações e conhecimentos de enfermagem para apoiar a prática e a prestação de cuidados.</p>
1990	Era da Internet	<p>Criação dos Assistentes digitais pessoais, e-mail, rede mundial de computadores (www)</p> <p>Ênfase crescente no desenvolvimento e testes das classificações de enfermagem e sistemas de terminologia.</p>
2000	Era dos Registros Eletrônicos de Saúde	<p>Conhecimento do século 21 e habilidades para a prática em um complexo ambiente global emergente, tecnologicamente sofisticado, centrado nos consumidores em geral.</p> <p><i>Relatórios do Institute of Medicine; Health Professional Education: A Bridge to Quality (Todos os profissionais de saúde devem ser educados para prestar cuidados centrados no paciente como membros de uma equipe interdisciplinar, enfatizando a prática baseada em evidências, abordagens de melhoria da qualidade e informática.); Iniciativa TIGER; Iniciativa Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)</i></p> <p>Aplicativos baseados na web, dispositivos móveis e RES faziam parte do panorama do sistema global da tecnologia.</p> <p>A enfermagem começou a distinguir as diferenças entre a literacia computacional e informacional de conhecimentos e habilidades de gestão da informação. Situação semelhante também ocorreu no Reino Unido, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Finlândia.</p>

2010- atual (antes da pandemia do coronavírus)	Era Pós- Registro Eletrônico de Saúde	<p>Nos EUA, <i>Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITEC) Act</i>, em 2009</p> <p>As TICS mudarão fundamentalmente como os enfermeiros planejam, entregam, documentam e revisam os cuidados clínicos.</p> <p>De enfermeiros em todos os níveis é esperado o uso de uma variedade de ferramentas tecnológicas, e os sistemas de gestão de informações complexas demandarão habilidades de análise e síntese para melhorar a qualidade e eficácia do atendimento.</p> <p>Competências: valores / ética, funções e responsabilidades, comunicação e trabalho em equipe interprofissionais</p>
--	--	--

Quadro 1. Resumo da linha do tempo das principais abordagens e soluções de informática na enfermagem.

Fonte: Elaborado pelas autoras com adaptações⁴.

O leitor consumidor de evidências na área da informática em saúde e enfermagem pode perceber que, por mais que o conteúdo do Quadro 1 reflita o panorama de implementação de soluções nos Estados Unidos, ainda não se percebe um esgotamento de estudos e aplicações relacionados a cada uma das temáticas apresentadas ao longo do tempo, em cada Era. Tal fato, por certo, está relacionado às inúmeras diferenças locais regionais intra e entre os países, ao descompasso no desenvolvimento tecnológico nas sociedades, que refletem igualmente suas desigualdades econômicas e sociais; e à maturidade organizacional e dos profissionais da enfermagem ao vislumbrarem sua capacidade de inovar nos processos ligados à informática em saúde, entre outros. Entretanto, o quadro apresenta as tecnologias que já se faziam presentes naquele país, em cada uma das Eras.

De forma complementar, visualiza três tendências principais a serem observadas na Era Pós-RES: **a era conectada; a transformação do sistema de prestação de cuidados de saúde e o envolvimento do paciente**⁴. A era da conexão se combina com a Internet das Coisas (quando há conexão entre os dispositivos eletrônicos e objetos físicos), tem-se uma plataforma muito poderosa para a prestação de cuidados de saúde e para a educação. Exemplos de **saúde conectada** incluem ferramentas, digitais ou não, que irão conectar as pessoas (prestadores e prestadores; prestadores e pacientes; pacientes e pacientes) para compartilharem ideias e recursos, e criarem novas comunidades.

A segunda tendência contempla a **mudança do foco dos cuidados de saúde**: dos ambientes críticos para os ambientes ambulatoriais, bem como as mudanças no ressarcimento **por serviço** executado para o ressarcimento **baseado em valor** do serviço prestado. Observa-se também a ênfase continuada na qualidade do atendimento, na saúde das populações, nos cuidados de transição e na aprendizagem contínua do sistema

de saúde. E consequentemente, a *big data*, a análise e ciência de dados, a medicina de precisão e genômica, e a governança da informação.

Finalmente, o **engajamento do paciente, família e cuidadores** no planejamento e condução dos cuidados configura-se como a terceira tendência para a Era Pós-RES, principalmente pela sua facilitação devido ao crescente número de ferramentas digitais disponíveis para fomentar a participação desses atores⁴.

Outra reflexão que surge à leitura do Quadro 1 é que, mesmo ao longo dos últimos 60 anos, quando da inserção inegável da TI em todas as áreas produtivas da sociedade mundial, ainda se percebia um certo descompasso quanto à sua adoção, na área da saúde. Mas eis que o ano de 2020 chega de forma emblemática e com ele a maior crise desta geração, em consequência ao surto do novo coronavírus (SARS-COV-19) iniciado em Wuhan, na província de Hubei, na China, no final de dezembro de 2019, e que vem se sobressaindo frente a todas as doenças infecciosas anteriores deste século, em termos de alcance e impacto global. O Quadro 2 apresenta os surtos de doenças infecciosas que se transformaram em epidemias e pandemias ao longo do século XI.

2003	Ásia	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)
2009	México e EUA	H1N1
2012	Arábia Saudita	Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS)
2014-2015	África ocidental	Ebola
2018–2019	República Democrática do Congo	Ebola
2019-2020	Início em Wuhan e no mundo	Novo Coronavírus

Quadro 2. Surtos de doenças infecciosas ao longo de século XI

Fonte: Elaborado pelas autoras com adaptações⁵.

Junto com a crise, acelerada pela pandemia do novo coronavírus, percebe-se a imperiosa aceleração na adoção das TICS como uma oportunidade de se manter os cuidados e a vigilância à saúde dos indivíduos e da sociedade, preferencialmente obedecendo e contribuindo com a necessidade de distanciamento social, e também de ampliação do vínculo entre serviços, prestadores de cuidados, e pacientes. Assim, define-se a chegada de uma nova Era, a **Pós-coronavírus**. E dentre as diversas oportunidades que se apresentam, tem-se as iniciativas de telessaúde, assunto comum em debates sobre o futuro do cuidado em saúde em mesas de inovação, pesquisa e desenvolvimento, e que finalmente conquistam espaço nas práticas dos diversos profissionais de saúde, a partir de revisão de legislações, diretrizes e meios para sua viabilização⁶. Outros exemplos que

refletem o papel da computação no seu enfrentamento da COVID-19 incluem: a aplicação de *radiomics* no auxílio ao diagnóstico e prognóstico⁷; ampliação de recursos de inteligência artificial^{5,8}; estudos sobre a subnotificação de mortalidade relacionada ao COVID-19 por meio de modelos de séries temporais e regressões modulares⁹; telemonitoramento de idosos com tecnologias *m-health*, a gerontecnologia¹⁰, aprimoração de técnicas de visualização de dados para a saúde^{5,11}, entre tantos outros.

Enfermeiros que trabalham com informática, em todo o mundo, vêm atuando com colegas em ambientes clínicos para alavancar e implementar, de forma urgente, sistemas eletrônicos e infraestrutura digital a fim de apoiarem os profissionais de saúde que cuidam de pacientes com COVID19. Em ambientes educacionais, ministram cursos virtuais planejados para treinar estudantes e profissionais de saúde sobre a doença; outros vêm pesquisando como diferentes tecnologias podem ser empregadas com o propósito de entender a propagação do vírus e seu impacto na saúde e no bem-estar das pessoas. Algumas perspectivas interessantes estão surgindo durante a pandemia: estimular as redes interdisciplinares para criar plataformas robustas para monitoramento de sintomas e doenças; colaborar com a indústria de tecnologia para expandir soluções digitais a profissionais de saúde, pacientes e suas famílias; ocupar os espaços nas mídias sociais a fim de alcançar a população rapidamente, principalmente os grupos vulneráveis⁵, com vistas à despersuasão de comportamentos de risco para a aquisição da COVID-19, ao desmistificar notícias dissociadas de seu contexto⁶.

Assim, como resultado dos enormes avanços tecnológicos que alteraram a relação do cotidiano na prática profissional em saúde com a tecnologia, nas últimas 2 décadas, e diante da urgência por soluções da **Era Pós-coronavírus**, faz-se necessária uma revisão das competências em informática em saúde e enfermagem, de modo a manterem-se relevantes para o estado atual e condizentes ao panorama futuro da tecnologia em saúde¹².

COMPETÊNCIAS EM INFORMÁTICA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em enfermagem descrevem as competências gerais a serem desenvolvidas durante o processo de educação permanente dos profissionais, que contemplam: a atenção à saúde; a tomada de decisão; a comunicação; a liderança; a administração e o gerenciamento; a educação permanente; o uso adequado de novas TICS na prática profissional. Entretanto, ainda atualmente, percebem-se lacunas na abordagem dessa última competência geral em cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem no Brasil, tanto em universidades públicas ou privadas¹³.

Já no mundo do trabalho, a competência profissional está associada a [...] saber agir,

mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica¹⁴, transferir conhecimentos, recursos, habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo¹⁵.

Essas definições remetem à das competências em informática em enfermagem, como sendo resultantes da integração de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à informática no desempenho de várias atividades da enfermagem, dentro dos níveis de prática profissional do enfermeiro, como definem Staggars, Gassert e Curran, precursoras dos estudos sobre esta temática, ainda em 2002. Ao final do seu estudo, as core competências foram definidas com os seguintes domínios: informação; dados; educação; impacto; privacidade e segurança; pesquisa; regulação; sistemas; acesso a dados; administração; usabilidade; gerenciamento de projetos; comunicação; monitorização; melhoria da qualidade; *softwares* básicos; gerenciamento fiscal; simulação; análise; desenho e desenvolvimento; avaliação; dados e estrutura de dados; gerenciamento; programação; teste; treinamento; manutenção; implementação; papel; prática; seleção de sistemas; e requisitos¹³.

Interessante salientar que o foco de pesquisa e desenvolvimento na temática das competências em informática em enfermagem sempre extrapolou o ambiente acadêmico. Tanto que em 2008 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) criaram a Rede Internacional de Informática em Enfermagem, uma rede de técnicos e enfermeiras de países da América Latina e Caribe, que usava as TICS e o desenvolvimento de redes virtuais especializadas para informação e intercâmbio de conhecimentos, formação permanente, investigação e desenvolvimento de boas práticas, a fim de contribuir com recursos humanos, a integração e excelência dos serviços de saúde. Países latino-americanos como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela são membros desta rede, juntamente com o México, Cuba, El Salvador e Espanha¹³.

Já em 2009, a iniciativa *Technology Informatics Guiding Educational Reform* (TIGER) propôs a organização das competências em informática em quatro áreas principais: competências computacionais básicas, competências em literacia informacional, competências em gerenciamento da informação e informática, e competências relacionadas à atitude e consciência. Em 2011, Chang et al. atualizaram a lista de Competências em Informática em Enfermagem de Staggars, Gassert e Curran de 2002 e recomendaram que tal lista fosse utilizada internacionalmente. Por sua vez, na Conferência NI 2012 realizada em Montreal, a iniciativa TIGER lançou-se à internacionalização, contando com um conselho internacional, incluindo representações no Canadá, Ásia, América do Sul e Europa¹³.

Mais recentemente, em reunião realizada após a conferência NI2016 do grupo de interesse especial em Informática em Enfermagem da Associação Internacional de Informática Médica (IMIA-NI), foi proposta a publicação de um conjunto de competências em informática com recomendações para enfermeiros que se formariam na próxima década, abrangendo habilidades em informática que seriam necessárias para aprimorar, inovar e até mesmo transformar a prestação de cuidados de saúde. E que para tanto, essas habilidades deveriam incluir aquelas relacionadas ao gerenciamento de informações e ao uso de TICS, como os sistemas de registro eletrônico de saúde (RES), os dispositivos médicos, de telessaúde, portais de pacientes, aplicativos móveis para e-saúde, de modo que os enfermeiros estivessem preparados para um futuro cada vez mais digital na área da saúde. Ainda, que essas competências dessem suporte a modelos de cuidado centrados nos pacientes, e que fossem voltados à conectividade de todos os *stakeholders* ao longo da continuidade do cuidado¹⁶.

Assim, como resultado da demanda do grupo AMIA-NI, um grupo de pesquisadores¹, representantes de diversos países (Estados Unidos, Reino Unido-Escócia, Alemanha, Brasil, Nova Zelândia, Taiwan-China), atualizou os domínios das competências em informática em enfermagem, relacionando-os às core competências, resumidas e apresentadas no Quadro 3. Recomendaram que os domínios sejam considerados em blocos, de acordo com alguns papéis desempenhados, a saber: enfermeiros clínicos (dedicados ao cuidado direto ao paciente); gestão da qualidade; coordenação do cuidado multidisciplinar; gestão da enfermagem; gestão da TI como enfermeiro especialista em informática. Ainda, aludiram que esta recomendação internacional para as áreas de core competências em informática em saúde para enfermeiros pode fornecer uma grade para abranger o conhecimento sobre competências, funções profissionais, prioridades e experiência prática.

Domínios das Competências em Informática em Enfermagem	Core Competências
Dado, informação e conhecimento	Princípios de informática em enfermagem Gerenciamento da informação e do conhecimento no cuidado ao paciente Documentação de enfermagem (incluindo terminologias) Apoio à decisão com TI Gerenciamento da informação em pesquisa Gerenciamento da informação no ensino, treinamento e educação Planejamento de recursos e logística
Troca e compartilhamento de informação	E-saúde, telemática, telessaúde Tecnologia assistiva para pessoas idosas Sistemas de informação e comunicação
Questões éticas e legais	Ética e TI Segurança e proteção dos dados
Gestão do ciclo de vida de sistemas	Sistemas de informação e comunicação Liderança e gestão estratégica Gestão da qualidade Gestão de <i>stakeholders</i> e gestão da mudança Gestão financeira Gestão de recursos humanos
Bioestatística e tecnologia Médica	Tecnologia assistiva para pessoas idosas Processamento de sinais e imagens biomédicas Estatística e bioestatística

Quadro 3. Domínios de competências em informática em enfermagem associadas às core competências na área

Fonte: Traduzido e adaptado pelas autoras¹.

O termo **informática em saúde em enfermagem** é utilizado para que se demonstre o seu enraizamento na informática em enfermagem, incluindo sua abertura para outros profissionais de saúde e sua interação com as práticas dos enfermeiros. Os autores salientam que um ativo processo de ensino-aprendizagem no nível individual é catalizador da construção do espaço educacional, e que assim, esperam que tais recomendações contribuam para o desenvolvimento local de estruturas que possam orientar e estimular alunos e professores interessados na temática, deixando espaço suficiente para a

criatividade individual, aspiração para inovação e realização pessoal. Por sua vez, quanto aos papéis de professores e de cientistas na área de informática em saúde, eles esperam que sigam esses mesmos papéis, relacionando-os à sua área de expertise. Aludem que isso ocorra da mesma forma que um professor de enfermagem que trabalha com alunos em gestão da qualidade deve dispor de competências semelhantes às dos próprios gestores da qualidade, ou de que cientistas de enfermagem que realizam pesquisas em enfermagem clínica devem estar familiarizados com as competências dos enfermeiros que trabalham no ambiente do cuidado. Entretanto, reforçam que a gestão da informação em pesquisa é uma área de competência essencial que atende diretamente às necessidades dos pesquisadores e que, sendo a tecnologia um constructo em constante evolução, a estrutura de competências requer revisão e atualização, regularmente¹.

Por sua vez, tendo como foco a prática de profissionais de informática em saúde (profissionais com formação clínica em odontologia, enfermagem, farmácia, saúde pública, informática em saúde ou ciência da computação), a lista anterior da Associação Americana de Informática Médica (AMIA) focada somente em profissionais médicos foi atualizada⁽¹⁷⁾ propondo cinco domínios (Quadro 4), 74 tarefas, 144 conhecimentos e habilidades indispensáveis à sua prática, e que podem contribuir para a compreensão da prática profissional na área de informática em saúde, com vista à descrição de papéis e cargos em organizações de serviços de saúde, formulação de políticas de pesquisa e desenvolvimento, e na composição de projetos pedagógicos de cursos de capacitação na área¹⁸.

Domínios	Descrição
Conhecimento fundamental	Conhecimentos e habilidades fundamentais que fornecem aos profissionais da informática em saúde um vocabulário comum, conhecimentos básicos em todos os domínios da informática de saúde e compreensão do ambiente em que atuam.
Melhorar a tomada de decisões, processos e resultados de saúde	Apoiar e melhorar a tomada de decisão de médicos, pacientes e profissionais de saúde pública; analisar os processos de saúde existentes e identificar maneiras como os dados de saúde e os sistemas de informação em saúde (SIS) podem permitir melhores resultados; avaliar o impacto do SIS na prática; perseguir novas descobertas e inovação em SIS e na prática da informática.
Sistemas de informação em saúde (SIS)	Planejar, desenvolver ou adquirir, implementar, manter e avaliar os SIS que são integrados aos sistemas de tecnologia da informação existentes em todo o continuum do processo de cuidado à saúde, incluindo os domínios clínico, do consumidor e de saúde pública, e ao mesmo tempo abordar questões de segurança, privacidade e proteção.

Governança, gerenciamento e análise de dados	Estabelecer e manter estruturas, políticas e processos de governança de dados. Adquirir e gerenciar dados relacionados à saúde a fim de garantir sua qualidade e significado em todos os ambientes e para utilizá-los em análises que apoiem a saúde individual e populacional, gerando inovação.
Liderança, profissionalismo, estratégia e transformação	Construir suporte e criar alinhamento para as melhores práticas de informática; liderar iniciativas de informática em saúde e inovação por meio da colaboração e envolvimento dos <i>stakeholders</i> em organizações e sistemas de saúde.

Quadro 4. Domínios da prática da informática em saúde

Fonte: Traduzido e adaptado pelas autoras¹⁷.

Como evidenciado, estudos relacionados às competências em informática e saúde e enfermagem datam desde o início dos anos 2000, nos Estados Unidos, e continuam a ser desenvolvidos até a atualidade – em uma perspectiva global, inclusive com vistas à realidade da prática profissional brasileira⁽¹³⁾. Em revisão de escopo recente¹⁹ comenta sobre as várias listas de competências em informática de enfermagem disponíveis na literatura internacional, compartilhando temas comuns, porém com variações nos domínios de competência em informática de enfermagem e nos indicadores. E que este é um fato que, por um lado, aponta para uma maior consciência acerca da importância das competências em informática em enfermagem nos diversos cenários da sua atuação. Porém, por outro, pode impor um desafio para a equipe de enfermagem da linha de frente, educadores de enfermagem, administradores, pesquisadores e estudantes as assimilarem, pois de fato existem práticas distintas e semelhantes em relação à informática em enfermagem.

As listas de competências baseadas em funções são necessárias porém necessitam ser reavaliadas, uma vez habilidades rudimentares de informática, como a criação de documentos eletrônicos ou o uso de e-mail, são universais e não específicas para a saúde. Inicialmente, essas habilidades básicas foram incluídas entre as competências porque a tecnologia era nova; entretanto, não devem mais ser considerados nem específicos da informática, nem da enfermagem. Outras, como as competências em computação e em informática para atendimento clínico, não são específicas da enfermagem, e sim compartilhadas com os demais profissionais do cuidado direto aos pacientes. Como exemplo, tem-se a documentação, informações e gestão do conhecimento, as quais requerem competência e uso ético de dispositivos, sistemas de informação, gerenciamento de dados e interações mediadas por tecnologia. Outros profissionais essenciais para a prestação de serviços de saúde, como cientistas de dados, *chief information officers* ou executivos, também têm uma sobreposição significativa nas competências de informática. Ou seja, o papel do especialista em informática não é específico da enfermagem; em vez disso, funções como as de analista, de testador de usabilidade, de segurança ou gerente

de dados devem ter competências desenvolvidas em alto nível para a função específica. As competências devem ser gerais e aplicadas com base na função. Por exemplo, em um prontuário eletrônico de saúde, várias terminologias são usadas; os terminólogos de enfermagem devem compreender as terminologias de enfermagem e seu uso pela profissão de enfermagem²⁰.

O fato é que esse interesse contínuo na formação de profissionais de saúde em temáticas da informática relaciona-se com: a inserção cada vez mais pervasiva das TICS nas organizações de serviços de saúde; a necessidade de que sua implementação considere fatores humanos e organizacionais para apoiar os processos de saúde e alcançar seu potencial de fazer a diferença nos resultados dos pacientes; e com lacunas de conhecimento e habilidades em tecnologias da informação (TI) de profissionais de saúde, especialmente da enfermagem. De fato, recomenda-se enxergar as competências em informática em saúde por um escopo mais específico para determinadas profissões ou funções, e por um mais geral, para aquelas aplicáveis para todos os profissionais da área da saúde¹.

Esta é a era do renascimento na inovação na saúde, e os enfermeiros tem sido vistos na linha de frente não só do cuidado direto aos pacientes, mas assumindo novos papéis, promovendo novas experiências aos pacientes, redesenhando seus fluxos de trabalho, modelos de cuidado, aplicativos, protocolos, políticas, e soluções digitais – o quê os coloca como parceiros fundamentais na transformação e democratização do acesso aos cuidados de saúde. Em cada serviço de saúde existe um potencial para a inovação em enfermagem, área que está no DNA dessa profissão, relembrando Florence Nightingale: reformadora social inglesa, estatística, fundadora da enfermagem moderna, que preparou o palco para as inovações motivadas pela enfermagem, ainda inspira gerações de enfermeiros a serem influenciadores e transformadores do *status quo*. Isso porque os enfermeiros têm muitas ideias de como melhorar a experiência e os resultados (de pacientes, de profissionais) na área da saúde, pois são capazes de observar e compreender as necessidades não supridas e constantemente serem chamados a preencherem essas lacunas. É preciso encorajamento, recursos, apoio e exemplo para que os enfermeiros percebam que podem converter suas inspirações baseadas na sua prática profissional em valiosas inovações².

INFORMÁTICA E AS FUNÇÕES GERENCIAIS DA ENFERMAGEM

Ainda explorando o conceito de competência, nota-se, quanto ao componente atitudinal das competências em informática em saúde e enfermagem, que a produção científica remete à liderança, que por sua vez as eleva para o *status* de uma **competência de liderança executiva de vanguarda**, a qual é emergente e recomendada para líderes

da atualidade e orienta a transformação do sistema de saúde. Definida por **comunicação de ponta e conhecimento de tecnologia**, se completa com o componente **liderança transformacional** e pode facilitar o rumo a gestão de cuidados mais seguros, baseados em conhecimento, integrados e centrados no paciente¹³.

Os desafios atuais da atuação na área da informática em saúde são complexos, destacando-se: novos paradigmas de reembolso com foco nos resultados apresentados pelos pacientes; aumento da quantidade dos dados dos pacientes, incluindo suas características socioeconômicas, ambientais e genéticas; novas TICS que precisam ser melhores nos quesitos usabilidade, segurança e interoperabilidade; e demandas por um cuidado centrado e coproduzido com o paciente¹². Se comparados às realizações apresentadas no Quadro 1, outros foram os desafios, de acordo com o contexto de cada uma das Eras apresentadas, porquanto notável fora a participação de enfermeiros líderes como atores plenos no seu enfrentamento, tanto por serem detentores de habilidades ligadas à informática, como de compromisso social e responsabilidade profissional relacionadas à liderança. Esta, característica altamente desejável para uma atuação eficaz na adaptação, implementação, design e inovação de TICS¹².

Há que se considerar que ainda, em muitas organizações, os enfermeiros não têm voz ativa nos debates e decisões referentes à adaptação, implementação, design e inovação das TICS. Este fato os coloca numa posição passiva, de simples aceitação das decisões, embora tenham muito a contribuir nesse processo. Por sua vez, parece que os membros da equipe de TI têm vivenciado situação semelhante, frequentemente projetando soluções que não vão ao encontro das necessidades da maioria dos usuários²¹.

Nesse sentido, já existem evidências sobre a influência positiva de enfermeiros gerentes na implementação, adoção e uso sustentado das TICS no processo de trabalho dos enfermeiros assistenciais, bem como sobre o seu papel como líderes e acerca de estratégias a serem utilizadas nas organizações de serviços de saúde, decorrentes dessa posição (Quadro 5).

Mesmo assim, importante destacar que, por muitas vezes, a baixa adoção dos profissionais clínicos aos produtos não se deve somente a lacunas de conhecimento ou atitude por parte da liderança, mas também devido a problemas técnicos no projeto – situação que muitas vezes extrapola à sua gerência²². Reitera-se, ainda, que os gerentes de enfermagem certamente podem assumir a liderança dos projetos de TICS nas suas organizações, assim como contribuir na definição dos requisitos funcionais, de maneira colaborativa com o departamento de TI, sugerindo mudanças que causem impacto significativo às práticas dos cuidados em saúde, com vistas ao desenvolvimento de produtos espelhados na realidade organizacional²¹.

Papéis dos Gerentes de Enfermagem	
Educador	Usam seu conhecimento e experiência em TI em saúde para auxiliar e treinar diretamente os enfermeiros assistenciais sobre como usá-la. Explicam como usar uma determinada funcionalidade, mostram aos enfermeiros um aspecto da TI em saúde por meio de demonstração ou os conduzem ao uso desta, lado a lado.
Conector	Vinculam os enfermeiros assistenciais aos recursos necessários para auxiliar no seu treinamento em TI, na solução de problemas e no seu uso.
Defensor	Defendem sua equipe de enfermagem assistencial, falando em nome deles em locais apropriados onde normalmente não estão presentes, como grupos de trabalho de TI em saúde e reuniões de comitês. Coletam <i>feedback</i> sobre o processo de implantação, treinamento, quaisquer novas mudanças ou atualizações que foram realizadas e identificam áreas para otimizar o sistema, levando esse conhecimento para outras equipes e lideranças dentro da organização.
Estratégias	
Comunicação	Comunicação por e-mail: método para informar a equipe sobre atualizações do sistema, encaminhar informações educacionais e dar instruções Reuniões de equipe: estratégia para informar sobre os desafios relacionados às tecnologias e fornecer atualizações sobre quaisquer questões pendentes. As reuniões de equipe também possibilitam uma abordagem estruturada para os enfermeiros assistenciais comunicarem suas preocupações.
Apoio direto	Auxiliar no uso da TI, compartilhando conhecimento pessoal e dando demonstrações e <i>feedbacks</i> individuais. O apoio direto pode ser uma estratégia útil e eficaz para um determinado suporte necessário, por exemplo, como concluir uma determinada tarefa no sistema.
Conexão para Recursos	Conectar enfermeiros a recursos (pessoas e serviços), como o help desk do hospital, educação continuada, enfermeiras de informática clínica e equipe do departamento de TI.
Facilitador de treinamentos	Facilitar a educação, garantindo que todo o pessoal receba treinamento adequado, agendando <i>workshops</i> educativos, quando necessário. Criar um ambiente de aprendizagem favorável, garantindo que as unidades tenham quantitativo adequado em períodos de treinamento mais longos.
Supervisão relacionada a TI	Dar suporte a questões relacionadas à TI, incluindo a verificação da funcionalidade e atualização dos <i>softwares</i> , <i>hardwares</i> e demais equipamentos, e solicitar dispositivos adicionais, quando necessário.

Quadro 5. Papéis e estratégias dos gerentes de enfermagem no apoio à adoção de tecnologias por enfermeiros assistenciais

Fonte: Traduzido e adaptado pelas autoras²².

De modo geral, enfermeiros gerentes têm plena capacidade de identificar os problemas relacionados às TICS, entender e descobrir os pontos fracos que mais afetam sua unidade, e em conjunto com executivos e outros líderes da enfermagem, propor estratégias digitais focadas na sua incorporação com segurança, garantindo a integração e o ajuste da tecnologia ao fluxo do trabalho. Para tanto, sugere-se a apropriação dessas seis áreas de experiência do usuário (*user experience*, ou UX): 1) estabelecer uma sólida infraestrutura

de TI, incluindo foco na confiabilidade; 2) otimizar as TICS a partir de um processo de maturação; 3) integrar os registros eletrônicos de saúde com outros dispositivos de TICS; 4) criar políticas para a valorização da documentação dos cuidados; 5) foco no treinamento e capacitação; e 6) estabelecer métodos para manutenção e suporte contínuos²³.

Por sua vez, os enfermeiros líderes podem ajudar a iniciar mudanças de cultura, garantindo o suporte do departamento de TI. É importante lembrar a todos os *stakeholders* de que a maioria dos usuários finais das TICS são enfermeiros, e portanto, devem ser incluídos nos processos de avaliação estruturada da usabilidade dos produtos a eles destinados para uso, e ter apoio dos executivos não apenas durante a sua implementação, mas também durante todo o seu ciclo de vida²².

Considerando que as inovações na área da saúde vêm sendo motivadas pela inserção das TICS, sabe-se que o envolvimento de um grupo de enfermeiros nesse processo configura-se em potencial para melhorar a retenção, a satisfação no trabalho e desenvolver senso de responsabilidade ao construir uma cultura de inovação e um ecossistema que os apoia. Assim, torna-se relevante levar em conta algumas maneiras para construir uma equipe engajada para lidar com problemas por meio do uso da inovação, como: construir uma cultura organizacional de inovação que recompense a agilidade organizacional (ser ágil para resolver problemas); contratar funcionários capazes e dispostos a se adaptar rapidamente à mudanças; desenvolver normas e procedimentos que ofereçam agilidade, mudança e flexibilidade aos processos (de forma participativa, ou por comitês); criar equipes interdisciplinares, prontamente disponíveis para responder a mudanças organizacionais urgentes, como uma espécie de **time de resposta rápida de mudança e inovação**; incentivar o compartilhamento de experiências para fomentar a solução de problemas de forma inovadora, as histórias compartilhadas promovem à empatia em relação a compreensão do problema²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste Capítulo, foi apresentado o histórico dos avanços das TICS desde a década de 1960 até o presente, bem como as tendências futuras, principalmente considerando a reconfiguração das demandas da área, recentemente atualizadas após a pandemia do novo coronavírus.

Ainda, foram expostas as competências, funções e papéis relacionados aos diversos domínios das práticas da informática em saúde para enfermeiros, permitindo ao leitor compreendê-las e vislumbrá-las em cenários específicos de prática profissional. Destaca-se a liderança e a comunicação, atributos transversais a todos os níveis de prática da informática em enfermagem, em especial no exercício de funções gerenciais, em

consequência do seu poder catalizador de transformações ainda necessárias e esperadas rumo à prestação de cuidado de saúde conectado, integrado, seguro, de qualidade e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

1. Hubner AP, Denardin VC, May PR, Rossato IdeF, Filho JRdeB. Gerenciamento de Dados e Sistemas de Informação: A Base do Planejamento Estratégico. In: Andrade DF. Gestão da Informação em foco. Minas Gerais: Poisson; 2020. p: 33-43. doi: 10.36229/978-85-7042-213-2
2. Clipper B, Wang M, Coyne P, Baiera V, Love R, Nix D, et al. The nurse's guide to innovation: accelerating the journey. California: Super Star Press; 2019. 101 p.
3. Walker PH. The TIGER initiative: a call to accept and pass the baton. Nursing Economics [Internet]. 2010 [cited 2020 oct 7]; 28 (5): 354-55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21158260/>
4. Skiba DJ. Nursing Informatics Education: From Automation to Connected Care. In: Murphy J, Goossen W, Weber P. Forecasting Informatics Competencies for Nurses in the Future of Connected Health. Amsterdam: IOS Press; 2017. p: 9-19. doi:10.3233/978-1-61499-738-2-77.
5. Atique S, Bautista JR, Block LJ, Lee JL, Lozada-Perezmitre, Nibber R, O'Connor S, et al. A nursing informatics response to COVID-19: Perspectives from five regions of the world. J Adv Nurs. 2020; 76: 2462-68. doi:10.1111/jan.14417.
6. Lemos DdeS, Medeiros ARPde, Zanesco C, Oliveira LFde, Gonçalves LS. Telessaúde no Brasil durante a pandemia do coronavirus. Computação Brasil [Internet]. 2020 [citado 2020 out 7]; 42: 29-32. Disponível em: https://www.sbc.org.br/images/flippingbook/computacaobrasil/computa_42/pdf/CompBrasil_42.pdf.
7. Oliveira LFde. Radiomics e o auxílio ao diagnóstico e prognóstico da COVID19. Computação Brasil [Internet]. 2020 [citado 2020 out 7]; 42: 7-10. Disponível em: https://www.sbc.org.br/images/flippingbook/computacaobrasil/computa_42/pdf/CompBrasil_42.pdf.
8. Escuissato DL, Carvalho HS. Perspectivas da aplicação de recursos de inteligência artificial na COVID19. Computação Brasil [Internet]. 2020 [citado 2020 out 7]; 42: 11-5. Disponível em: https://www.sbc.org.br/images/flippingbook/computacaobrasil/computa_42/pdf/CompBrasil_42.pdf.
9. Silva LVe, Harb MdaPdeAA, Mattos CAde, Santos AMTBdos, Gomes VHM, Cardoso EHS, et al. Um estudo sobre subnotificação de mortalidade por covid-19 na cidade de Manaus. Computação Brasil [Internet]. 2020 [citado 2020 out 7]; 42: 16-9. Disponível em https://www.sbc.org.br/images/flippingbook/computacaobrasil/computa_42/pdf/CompBrasil_42.pdf.
10. Muchalut-Saade DC, Seixas FL. Monitoramento remoto de idosos durante a pandemia. Computação Brasil [Internet]. 2020 [citado 2020 out 7]; 42: 20-3. Disponível em https://www.sbc.org.br/images/flippingbook/computacaobrasil/computa_42/pdf/CompBrasil_42.pdf.
11. Filgueiras LVL, Velloso LMdosR, Jarske JM, Souza LSde. Infovis na pandemia. Computação Brasil [Internet]. 2020 [citado 2020 out 7]; 42: 33-6. Disponível em https://www.sbc.org.br/images/flippingbook/computacaobrasil/computa_42/pdf/CompBrasil_42.pdf.

12. Collins S, Yen PY, Phillips A, Kennedy MK. Nursing Informatics Competency Assessment for the Nurse Leader: The Delphi Study. *J Nurs Adm.* 2017; 47(4):212-18. doi: 10.1097/NNA.0000000000000467.
13. Barbosa SSF. Competencies Related to Informatics and Information Management for Practicing Nurses and Nurses Leaders in Brazil and South America. In: Murphy J, Goossen W, Weber P. *Forecasting Informatics Competencies for Nurses in the Future of Connected Health.* Amsterdam: IOS Press; 2017. p: 75-85. doi:10.3233/978-1-61499-738-2-77.
14. Fleury MTL, Fleury ACC. Desenvolver competências e gerir conhecimentos em diferentes arranjos empresariais: o caso da indústria brasileira de plástico (2001). In: Fleury M, Oliveira Junior MM. *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências.* São Paulo: Atlas; 2001.
15. Fleury A, Fleury MTL. *Estratégias empresariais e competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira.* São Paulo: Altas; 3 ed., 2004. 156 p.
16. Murphy J, Goossen W. Introduction: Forecasting Informatics Competencies for Nurses in the Future of Connected Health. In: Murphy J, Goossen W, Weber P. *Forecasting Informatics Competencies for Nurses in the Future of Connected Health.* Amsterdam: IOS Press; 2017. p: 1-7. doi:10.3233/978-1-61499-738-2-77.
17. Gadd CS, Steen EB, Caro CM, Greenberg S, Williamsin JJ, Fridsma DB. Domains, tasks, and knowledge for health informatics practice: results of a practice analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2020;27 (6): 845–52. doi: 10.1093/jamia/ocaa018.
18. Bakken S. Informatics is a critical strategy in combating the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2020;27 (6): 843–44. doi: 10.1093/jamia/ocaa101.
19. Kleib M, Chauvette A, Furlong K, Nagle L, Slater L, McCloskey R. Approaches for defining and assessing nursing informatics competencies: a scoping review. *JB I Evid Synth.* 2021 Apr;19(4):794-841. doi: 10.11124/JBIES-20-00100. PMID: 33625068.
20. Matney SA, Langford LH, Staggers N. Are nursing informatics competencies good enough? *JB I Evid Synth.* 2021 Apr;19(4):747-748. doi: 10.11124/JBIES-21-00092. PMID: 33828056.
21. Staggers N, Elias BL. Cross the nursing and HIT divide. *Nurs Manage.* 2017; 48(6): 21-3. doi:10.1097/01.NUMA.0000516486.74049.90.
22. Strudwick G, Booth R, Bjarnadottir RI, Rossetti SC, Friesen M, Sequeira L, et al. The Role of Nurse Managers in the Adoption of Health Information Technology: Findings From a Qualitative Study. *JONA: The Journal of Nursing Administration.* 2019; 49(11): 549-55. doi: 10.1097/NNA.0000000000000810.
23. Staggers N, Elias BL, Makar E, Alexander GL. The Imperative of Solving Nurses' Usability Problems With Health Information Technology. *JONA: The Journal of Nursing Administration.* 2018; 48(4): 191-6. doi: 10.1097/NNA.0000000000000598.

GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS EM SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Deybson Borba de Almeida

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Igor Ferreira Borba de Almeida

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

Laiane da Silva Santana

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Thiago da Silva Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

ao cotidiano dos serviços de saúde.

Frente as mudanças que vêm ocorrendo no mundo moderno, acompanhado de um acelerado avanço na área da saúde, tecnologia e meio ambiente, a gestão/gerenciamento de recursos materiais na saúde mostra-se como temática central e de importância crescente, sobretudo com a participação ativa de enfermeiras gestoras na criação de sistemas de controle, promoção de diálogos no espaço organizacional para um consumo consciente, a fim de evitar desperdícios e controlar os custos, custos esses, sujeitos muitas vezes às regras e variações de mercado, uma vez que o seu trabalho está fundamentado não apenas no cuidado direto ao paciente, como também na gestão, ensino, pesquisa e participação política¹.

Ao analisarmos a produção do conhecimento na área da administração, economia, qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem, podemos depreender a

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo descrever a produção de conhecimento na temática da gestão/gerenciamento de recursos materiais em saúde/enfermagem de modo que o leitor possa compreender os aspectos essenciais à prática profissional e

interface com a gestão/gerenciamento de recursos materiais, bem como, as implicações de processos de má gestão destes insumos no gerenciamento de custos organizacionais.

Nos últimos dez anos, percebemos que as organizações de saúde têm dedicado esforços nesta questão para melhor atender as necessidades da sua clientela, isto pode ser observado até mesmo pelos usuários destes serviços, ao ouvir os profissionais dizendo: “já lancei os materiais gastos no sistema, você preencheu a folha de gastos?”, “tem que esperar vir da farmácia o pedido”, “a enfermeira precisa solicitar o kit para este procedimento”, “tal medicamento está em falta”, “este antibiótico não é padronizado neste hospital”. Tais situações revelam a (des) organização dos serviços de saúde no tocante da gestão/gerenciamento de recursos materiais e suas implicações para a segurança do paciente bem como as condições de trabalho a que estes profissionais estão expostos.

Desse modo, é importante compreender todas as etapas do processo de recursos materiais, quem são os atores sociais envolvidos, suas interfaces e implicações para os serviços de saúde/enfermagem como um todo. Além disso, é necessário desmistificar a ideia de que esse processo ocorre de modo autônomo ou que seja demasiadamente complexo para que ser instalado.

Os profissionais do campo da gestão de serviços de saúde (enfermeiros) destacam que o processo de gestão/gerenciamento de recursos materiais precisa estar alicerçado nas metas, negócios, missão, visão e valores das organizações bem como no planejamento, monitoramento e avaliação. Estes processos são indissociáveis, estão imbricados e possuem uma capilaridade bem característica no tocante a gestão/gerenciamento de recursos materiais.

Outro aspecto relevante é a compreensão que a gestão/gerenciamento de recursos materiais guarda capilaridade com o Sistema Único de Saúde, seus princípios finalísticos e organizativos e que independente que seja vinculado à esfera pública ou privada, tem aspectos éticos, legais e humanitários que precisam ser considerados no processo decisório, pois, independente da esfera, esse processo está sujeito a regras e variações de mercado, que tem exibido preços cada vez mais elevados e competitivos.

Lima, Silva e Caliri² afirmam que questões referentes a indisponibilidade de materiais/equipamentos constituem uma das maiores causas para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de internação hospitalar e que a gestão dos recursos materiais nestas unidades é de responsabilidade do enfermeiro valendo-se das ações de previsão, provisão, análise da qualidade, quantidade, controle do consumo e custos, para garantir a qualidade e continuidade da assistência.

Essa assertiva possui consonância com Dutra, Salles e Guirardello³ que afirmam que compete ao enfermeiro a provisão de materiais e equipamentos para a garantia de

um cuidado seguro. Contudo, nota-se que os recursos materiais necessários ao cuidado humano, muitas vezes não estão disponíveis ou são disponibilizados de modo inadequado, e que isso se configura como uma das principais razões atribuídas à omissão do cuidado em unidade de clínica médica e cirúrgica.

Para estes autores, exercer a prática profissional em ambientes laborais com processos de trabalho bem definidos e sem déficits de recursos materiais pode contribuir significativamente para a diminuição da omissão dos cuidados e favorecer o planejamento da assistência.

Já no campo da Atenção Primária em Saúde, essa preocupação também é bastante válida, estudos relacionam a presença de materiais e equipamentos suficientes a funcionalidade e efetividade dos serviços, bem como, com a satisfação no trabalho. Contudo, as dificuldades de recursos materiais interferem na oferta adequada dos serviços, gerando prejuízos e, em alguns casos, até a interrupção da assistência em saúde⁴.

Nesse aspecto, outros estudos confirmam esta implicação ao destacar que a ausência de materiais e equipamentos na Atenção Primária em Saúde, decorrentes da má gestão, constitui aspectos que têm dificultado a implantação de programas assistenciais, como por exemplo, o Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial, o que impacta sobremaneira a integralidade das ações em saúde⁵.

ASPECTOS CONCEITUAIS

Os termos gestão/gerenciamento de recursos materiais, administração de recursos materiais, gerenciamento de suprimentos e logística têm sido empregados como sinônimos, mas não são. Portanto, quando nos referimos à administração, estamos falando de todas as etapas que compreendem a gestão/gerenciamento de recursos materiais, quando citamos gerenciamento de suprimentos, nos referimos ao abastecimento de materiais e com o léxico logística, nos referimos ao armazenamento destes insumos e produtos⁶.

Nessa direção, outro destaque importante é que quando nos referimos à administração e gestão, geralmente, nos referimos ao espaço macro, uma instituição ou organização de saúde, já quando citamos gerenciamento de materiais estamos nos referindo a um serviço ou unidade de saúde, ou seja, ao processo de gerenciamento para aquisição de novos bens/insumos fundamentais para as boas práticas de cuidado e produção nos serviços de saúde.

Estes destaques são importantes para que possamos compreender a amplitude e transversalidade desse processo, bem como a sua complexidade, pois interferirá na gestão e gerência de serviços, na qualidade e satisfação do trabalho e na qualidade do cuidado em Saúde/Enfermagem.

Ainda na perspectiva de concepções sobre administração de recursos materiais, podemos compreender como um processo abrangente, complexo, dinâmico e que guarda capilaridade específica nos seguintes eixos: modelo de gestão e gerenciamento dos serviços de saúde, modelo de atenção, cultura de segurança do paciente, humanização, aspectos éticos, técnicos e legais; envolvendo diversas etapas processuais, que são concomitantes e necessitam de um olhar técnico-científico para que possamos entender que a sua finalidade é a prestação de um serviço de saúde com qualidade, repercutindo na satisfação dos trabalhadores, usuários e gestores. A figura a seguir ilustra os aspectos que envolvem de forma macro a gestão de recursos materiais e sua interface com os serviços de saúde/enfermagem.



Fig.1 - A macrogestão de Recursos Materiais e sua interface com os serviços de saúde/enfermagem. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021.

ESTADO DA ARTE SOBRE GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS NA SAÚDE

Neste item, foi constatado a necessidade de identificar a produção científica sobre essa temática, e que seja elaborado considerando que, na maioria das instituições, são enfermeiras que fazem este tipo de gerenciamento, utilizam dos conhecimentos produzidos da administração, mas não produzem, a partir do olhar de quem faz este processo, estudos e pesquisas nessa direção.

Isso acarreta prejuízos na produção do conhecimento, bem como, na translação deste com implicações na visibilidade e reconhecimento social das trabalhadoras que se ocupam desta importante contribuição para o funcionamento dos serviços, atendimento à

população, garantia de acesso aos serviços de saúde e melhor qualidade de vida para as trabalhadoras do campo da enfermagem.

Para as assertivas acima, elencamos uma questão norteadora, a saber: qual a produção científica sobre Gestão/Gerenciamento de Recursos Materiais em Saúde/Enfermagem nos últimos 5 (cinco) anos?

Utilizou-se como critérios de elegibilidade artigos completos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre janeiro de 2015 outubro de 2020, nas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no buscador PubMed e na base de dados *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*. Foram utilizados os descritores Gestão de Recursos, Recursos Materiais em Saúde e Enfermagem, por meio do conector booleano *AND*, e seus equivalentes na língua inglesa *Material Resources in Health, Resources Management, Nursing*. As buscas foram realizadas em outubro de 2020, sendo excluídas produções oriundas de trabalho de conclusão de curso, dissertação de mestrado, tese de doutorado, editorial e revisões de quaisquer estilos. Os artigos foram selecionados conforme quadro abaixo.

DECS	Base de Dados		
Recursos Materiais em Saúde	Pubmed (699 artigos)	BVS (2011 artigos)	Scielo (319 artigos)
Recursos Materiais em Saúde and Enfermagem	Pubmed (125 artigos)	BVS (511 artigos)	Scielo (106 artigos)
Gestão de Recursos and Recursos Materiais em Saúde and Enfermagem	Pubmed (71 artigos)	BVS (176 artigos)	Scielo (16 artigos)
Totais de artigos utilizados	1 Artigo	9 artigos	7 artigos

Quadro 01 – Representação das buscas nas bases de dados, Feira de Santana, Bahia, Brasil 2020.

Fonte: Elaboração dos autores

Desse modo, identificamos uma lacuna na produção do conhecimento acerca da gestão e gerenciamento dos recursos materiais e buscamos a compreensão de que como uma área tão fundamental ao funcionamento dos serviços de saúde é pouco pesquisada no campo da Enfermagem? Talvez seja porque os trabalhadores de saúde/enfermagem não compreendem como algo próprio do seu campo de conhecimento. Entretanto, a fim de contribuir para o avanço do conhecimento na área da saúde/enfermagem e colaborar para uma melhor compreensão por parte destes profissionais, descreveremos a seguir as

etapas do processo de gestão/gerenciamento de recursos materiais.

ETAPAS DO PROCESSO DE GESTÃO/GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS

Para Lima, Silva e Caliri¹, a prática do gerenciamento de recursos materiais em instituições de saúde se dá por meio de fluxos bem definidos, compondo os seguintes processos: programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle. É importante salientar que o serviço de saúde hospitalar possui setores específicos responsáveis pelo gerenciamento de recursos materiais, são eles os Setores de Compras e Almoxarifado. Nestes setores as atividades são desenvolvidas por profissionais de diversas áreas, sobretudo da enfermagem, indispensáveis no processo de gerenciamento, dada a diversidade, dinamicidade e complexidade dos materiais utilizados na produção do cuidado em saúde/enfermagem⁶ o que exige competência técnica e científica para embasar o processo de compra.

Para Castilho e Gonçalves⁶, a gestão de recursos materiais envolve a programação com suas sub-etapas padronização, classificação, especificação e previsão. Compra com seus sub-processos de controle da qualidade e licitação. Recepção, armazenamento, distribuição e controle. Sendo que agregaria mais dois, o monitoramento e a educação permanente, conforme ilustrado na figura a seguir:

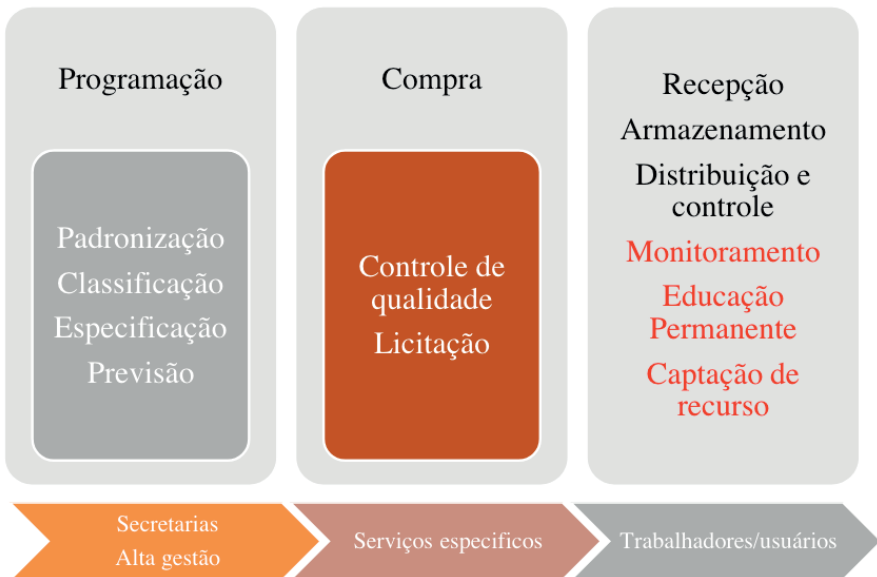


Fig. 2 – Etapas do processo de gestão/gerenciamento de recursos materiais nos serviços de saúde/enfermagem

Fonte: Adaptado de Castilho e Gonçalves (2014).

Na etapa da programação, entendemos que ela compreende a necessidade de instituir um padrão dos insumos e equipamentos necessários ao cuidado (padronização), classificar o produto quanto a sua finalidade (classificação), especificar os recursos com uma descrição técnica minuciosa (especificação) e prever a necessidade/demanda em um dado recorte de tempo (previsão).

Correlacionando as etapas do processo com o cotidiano dos serviços de saúde, percebemos, muitas vezes, fragilidades no decorrer da produção de serviços como por exemplo em meio de uma parada cardiorrespiratória deparamos com problemas relativos a falta de previsão e/ou provisão deficitária de recursos materiais, sendo que a justificativa nem seria a falta de recursos financeiros, mas sim, a fragilidade técnica do gestor e sua equipe na administração dos recursos. Portanto o conhecimento sobre cada etapa do processo de gestão/gerenciamento de recursos pelas equipes de saúde/enfermagem possibilita a antecipação e reposição dos materiais necessários a adequada assistência promovendo uma maior segurança aos indivíduos, família e coletividade.

A gestão/gerenciamento de recursos materiais é de extrema importância, pois de um lado está associada à qualidade do cuidado, por outro, está atrelada aos custos e lucros de uma organização de saúde; afirmando que é imprescindível uma mudança de perspectiva na gestão, com vistas à otimização dos recursos investidos, reafirmação do compromisso do bom uso do dinheiro público e melhoria na oferta de serviços à população⁷.

Na prática dos serviços de saúde, não é incomum identificar desperdício de recursos materiais, seja com a administração de oxigênio em pacientes estáveis, seja na preparação e administração de medicamentos, nos diversos procedimentos realizados e/ou atrelada ao prolongamento injustificável do tempo de permanência dos pacientes nestas instituições. Tais aspectos chamam atenção para uma maior atenção para o controle de qualidade dos produtos utilizados na produção dos serviços.

QUALIDADE EM SAÚDE E SUA INTERFACE COM A GESTÃO DE MATERIAIS

Conceitualmente, a qualidade dos serviços de saúde pode ser pensada em quatro perspectivas: produto, usuário, produção e valor, bem como às suas dimensões: desempenho, durabilidade, características, atendimento, estética, confiabilidade, conformidade e qualidade percebida⁸.

No âmbito dos serviços de saúde a qualidade pode ser pensada envolvendo a tríade: a estrutura, processo e o resultado, sendo apoiada nos sete pilares da: eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, relação profissional de saúde-usuário, comodidade do tratamento, custo do tratamento, legitimidade, equidade⁹.

Outra perspectiva que pode agregar a gestão de recursos materiais é o ciclo da

qualidade, (P- planejar, D – fazer, C – checar, A – agir corretamente), sendo que o agir corretamente pode ser compreendido com a necessidade da qualificação dos trabalhadores no gerenciamento de recursos materiais, o fazer e checar está inserido no processo de trabalho, no atendimento aos usuários e o planejar envolve a provisão e a previsão dos recursos materiais.

No entanto, podemos pensar na trilogia da qualidade, proposta por Joseph Juran, centrado no planejamento, controle e melhoria, sendo imprescindível o agir comunicativo no monitoramento da gestão/gerenciamento desses recursos, podendo ocorrer pela supervisão e apoio direto das equipes de gestão de recursos materiais com os trabalhadores da assistência à saúde.

Nessa direção, podemos perceber que a qualidade dos insumos e equipamentos são essenciais ao atendimento em saúde podendo contribuir na produção dos cuidados, no processo de trabalho e satisfação profissional, nos desfechos dos casos clínicos dos usuários, na experiência do paciente e na imagem da organização ou serviço de saúde.

Observamos que, em muitas vezes, o processo de planejamento e aquisição de recursos materiais não é pensando para além do custo dos insumos, e isto pode influenciar inclusive nos índices de perdas e desperdícios, no gasto do tempo do profissional de saúde naquele procedimento e reverberando de modo contrário ao primeiro objetivo que era reduzir os custos.

O exemplo disso é quando discutimos insumos para acesso venoso, curativos, preparo de medicamentos com um profissional que não compreende esses procedimentos de modo mais técnico. Desse modo, pensar exclusivamente no preço destes insumos pode repercutir, inclusive, em complicações do quadro clínico das pessoas assistidas. Portanto, para aquisição de um produto é necessário a realização de testes de desempenho técnico, análise de riscos para os pacientes e trabalhadores o que pode ser feito por meio de um rigoroso controle de qualidade por profissionais capacitados.

Não é raro perceber que o cateter intravascular periférico é gasto três vezes mais pois há problemas na qualidade deste insumo, a ponta dobra, a veia do paciente sofre lesão e o líquido a ser administrado extravasa, ocasionando a necessidade de outro acesso e cuidados no local em que o medicamento foi infundido, repercutindo na sobrecarga de trabalho, segurança do paciente e do profissional, expondo-o ao risco de acidentes, por exemplo.

Outro destaque é a importância de pensar a educação permanente e continuada para os profissionais, usuários e acompanhantes no manuseio dos insumos e equipamentos, este é um outro fator que interfere em perdas, iatrogenias e na qualidade do cuidado prestado.

Por fim, a possibilidade de intervir nos problemas destacados é através de uma gestão comunicativa, compartilhada e participativa nos processos referentes aos recursos materiais, através de planejamento, monitoramento e avaliação, objetivando a contribuição da equipe em todos os momentos da administração desses recursos. Desse modo é orientada a formação de comissões de licitações, comitês, núcleos, grupo de trabalho para assegurar a participação representativa de todos os membros da equipe de saúde e a produção de uma gestão de recursos materiais com a devida capilaridade e escuta das equipes de intervenção.

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA E AS INTERFACES COM A GESTÃO/GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS

Para Lima e Caliri¹, a gestão dos recursos materiais nas unidades de internação é de responsabilidade do enfermeiro valendo-se das ações de previsão, provisão, análise da qualidade, quantidade, controle do consumo e organização para garantir a qualidade e continuidade da assistência, conforme ilustração a seguir.

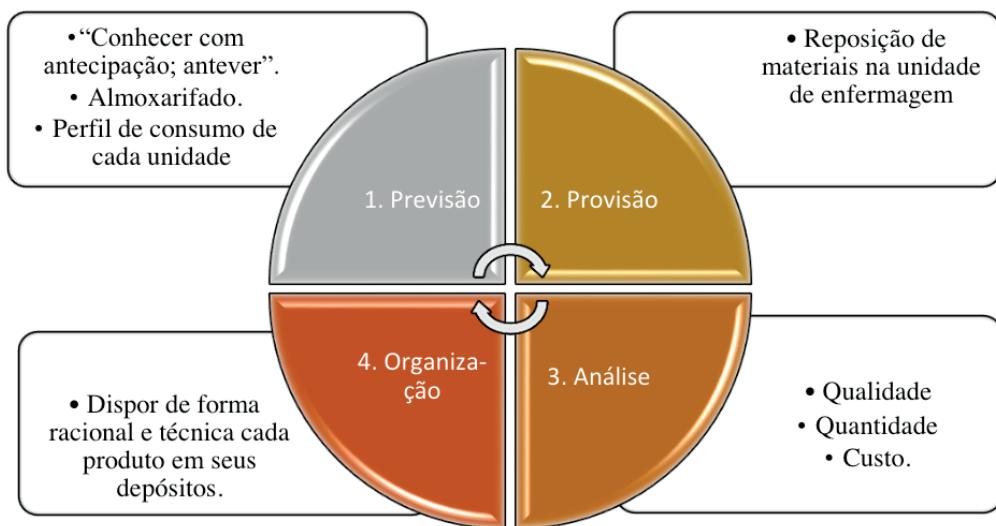


Fig.3 – Ações do enfermeiro e as interfaces com a gestão/gerenciamento de recursos materiais. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2020.

Dutra, Salles e Guirardello³ destacam que compete ao enfermeiro a provisão de materiais e equipamentos para a garantia de um cuidado seguro. Contudo a provisão não é um processo em si, recortado em si mesmo. Ela depende de fatores relacionados a alta gestão, a compra e licitação, a distribuição e o controle destes insumos e equipamentos.

Desse modo, a própria Lei do Exercício Profissional em Enfermagem tem a gestão/gerenciamento dos seus serviços como algo privativo de enfermeiras e por isso, devemos atentar para a gestão de recursos materiais e equipamentos dos serviços para que possamos estar de acordo com as nossas responsabilidades técnicas e legais. Como por exemplo, quem responderá por um desfibrilador externo automático que não está com a bateria carregada no momento da parada cardíaca? Quem responderá por não dispor de medicamentos e equipamentos essenciais ao atendimento e a especificidade daquele serviço?

Claro que essa resposta não aponta necessariamente para o profissional enfermeiro, mas para os gestores e outros membros da equipe multiprofissional. Mas devemos nos ater ao nosso escopo de atribuições e responsabilidades técnicas e legais no exercício profissional para que não sejamos envolvidos em processos iatrogênicos.

Voltando à atuação das enfermeiras gestoras/que atuam na prestação direta de cuidados, gestão de recursos materiais, estas assumem responsabilidades em diferentes fases do processo como previsão, provisão, organização e controle na seleção de materiais, gestão de estoque e controle de qualidade do material¹⁰.

Rocha, Sousa e Martins¹⁰ reforçam a assertiva acima destacando que são as enfermeiras gestoras que atuam na gestão de recursos materiais no contexto das unidades de cuidados, assumindo responsabilidades em diferentes fases do processo como previsão, provisão, organização e controle. Atuam na seleção de materiais, gestão de estoque e controle de qualidade do material.

Com base na previsão e provisão, o enfermeiro deve realizar a rotina de solicitação de materiais, para isso, alguns serviços de saúde contam com sistemas tecnológicos para facilitar a solicitação de material para consumo interno, interligado em rede com os setores de almoxarifado/compras e farmácia, o que garante um maior rigor no controle de estoque e de custos.

A Estimativa de gastos por um determinado período (“quanto comprar”), pode ser feito a partir das fórmulas abaixo:

$$\text{CMM} = \frac{\text{Soma dos cons. nos últimos 3 meses}}{3 \text{ meses}} \quad \text{ou} \quad \text{CM} = \text{CMM} + \text{ES} \quad \text{ou} \quad \text{CTR} = \text{CMM} / 30 \times \text{N}$$

Vale ressaltar que precisa considerar o estoque segurança. $\text{ES} = 10$ a 20% do $(\text{CMM} + \text{CTR})$.

CM= Cota mensal

CMM= Consumo médio mensal

ES= Estoque de segurança

CTR= Consumo diário durante o tempo de reposição

N= Número de dias de espera para reposição

O estudo de Bogo⁷, realizado em um Hospital Escola, mostra que a enfermeira desenvolve atividades na gestão de recursos materiais em todas as etapas da administração, dentre as quais: programação, compra, armazenamento, distribuição e controle, acrescentando duas categorias citadas como emergentes, a saber: elaboração de projetos para captação de recursos e educação permanente da equipe.

Nesse sentido, vale ressaltar que no âmbito dos serviços e secretarias de saúde, nenhuma outra categoria profissional se destaca como a enfermeira na atuação na gestão/ gerenciamento dos recursos materiais, que mesmo atuando no cuidado direto aos pacientes interfere/contribui de modo determinante no processo decisório da administração destes recursos.

O processo de gestão de recursos materiais envolve: programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle. A partir da quantidade e da demanda de cada setor, o enfermeiro precisa tomar a decisão frente a cada situação, visando melhorar a qualidade da assistência prestada.

A participação do enfermeiro no processo de compra é primordial uma vez que a sua experiência técnica corrobora com a decisão sobre a qualidade e a quantidade dos produtos¹¹. Para Melo e Lima¹², os enfermeiros gerenciam recursos materiais, humanos e físicos que consomem grande volume financeiro, consequentemente são cobrados no sentido de redução de custos relacionado ao consumo de materiais. Essa cobrança muitas vezes é feita sem uma análise técnica para subsidiar a redução dos custos.

Outro estudo também destaca que o enfermeiro tem a responsabilidade no gerenciamento de recursos materiais e precisa saber e acompanhar o consumo de materiais e insumos necessários a sua atuação profissional. Considera-se além disso, que é de suma importância que o enfermeiro esteja atualizado no que se refere aos produtos e tecnologias lançados no mercado, avaliando sempre o custo-benefício da utilização de um novo produto e o impacto de novas tecnologias para assistência, com o objetivo de garantir

a qualidade da assistência prestada⁵.

Contudo, os mesmos pesquisadores advertem que o profissional deve ter o cuidado de não transformar a administração de materiais por ele desenvolvida em uma atividade burocrática que vise unicamente à manutenção dos interesses financeiros da instituição, mas, sim, como uma conquista que destaca o importante papel do enfermeiro na dimensão técnico-administrativa, que faz parte dos processos de cuidar e gerenciar⁵.

REFERÊNCIAS

1. Gil RB, Chaves LDP, Laus, AM. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. **Rev. eletrônica enferm** [Internet]. 2015; 17(1): 100-107. DOI:
2. Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omissão do cuidado de enfermagem em unidades de internação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2020 [citado 2020 Out 28]; 28. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>.
3. Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03470. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>
4. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm**. [Internet]. 2017 [citado 2020 Out 28]; 26(3): e2500016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>.
5. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016; 69(1):71-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690111i>
6. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: Kurcgant P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.155-67.
7. Bogo PC, Bernadino E, Castilho V, Cruz, EDA. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. **Rev Esc Enferm USP** · 2015; 49(4):632-639. DOI: : 10.1590/S0080-623420150000400014.
8. RODRIGUES, V.R.; CARÂP, L.J.; EL-WARRAK, L.O.; REZENDE, T.B.; V. R. **Qualidade e Acreditação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.
9. DONABEDIAN, A., 1980a. The definition of quality: A conceptual exploration. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (A. Donabedian), vol. I, pp. 3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
10. Rocha M do C de J, Sousa P, Martins M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. **Investig Enferm. Imagen Desarr**. 2016;18(2): 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aoed>
11. Rabenschlag LA; Lima SBS, Eberhardt TD, Kessler M; Soares, RSA; Camponogara, Silviamar. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. **Rev. enferm. UFSM**; 5(2): 235-246, abr.-jun. 2015.

12. Melo T. Oliveira, Lima Antônio Fernandes Costa. Custo de procedimentos de enfermagem realizados com maior frequência ao grande queimado. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Out 28] ; 70(3): 481-488. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300481&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0034>.

FINANCIAMENTO E GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Rafael Marcelo Soder

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM/Campus Palmeira das Missões,
Palmeira das Missões, RS, Brasil

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM/Campus Palmeira das Missões,
Palmeira das Missões, RS, Brasil

Giovana Dorneles Callegaro Higashi

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM/Campus Palmeira das Missões,
Palmeira das Missões, RS, Brasil

Edenilson Freitas Rodrigues

Secretaria Estadual de Saúde do Rio
Grande do Sul – 14ª CRS/SES/RS e
Fundação Educacional Machado de Assis –
FEMA, Santa Rosa, RS, Brasil

Elisiane Bisognin

Fundação Municipal de Saúde de
Santa Rosa – FUMSSAR e Fundação
Educacional Machado de Assis – FEMA,
Santa Rosa, RS, Brasil

estratégicos na composição, estruturação e operacionalização do sistema de saúde, em especial, sob a perspectiva de novos arranjos organizacionais, a exemplo da rede de atenção à saúde (RAS), que se institui por meio da interlocução entre os diversos pontos de atenção, tais como a Atenção Primária à Saúde (APS), a rede hospitalar pública, filantrópica e privada, os quais integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Cada elemento que integra as partes do sistema de saúde detém mesmo nível de importância no contexto social e de cuidado para a população. A RAS é o conjunto da obra, nela estão inseridos todos os serviços que compõem o setor da saúde no Brasil e, quando bem planejada e organizada, serve de esteio para o sistema de saúde assistir os usuários com qualidade.

Nesse contexto, a APS é o segmento que absorve a maior fatia populacional, é a porta de entrada que coordena e ordena as ações em saúde em níveis crescentes de complexidade. Já a rede hospitalar é

INTRODUÇÃO

O financiamento em saúde e a gestão dos custos são elementos

entendida como a porta de entrada para os serviços de média e alta complexidade (MAC) em saúde, fazendo a interface com a APS e absorvendo as demandas encaminhadas ou não pela atenção básica devido às especificidades de cada serviço ou situação de saúde.

O capítulo está estruturado em três momentos distintos: o primeiro momento descreve os aspectos teóricos sobre o financiamento e a gestão dos custos em saúde; o segundo descreve o financiamento em saúde na APS; e o terceiro momento apresenta a importância da gestão dos custos hospitalares na saúde.

ASPECTOS TEÓRICOS QUE ENVOLVEM O FINANCIAMENTO EM SAÚDE E A GESTÃO DOS CUSTOS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se caracterizou como um importante marco histórico no cenário das políticas públicas brasileiras. Para implementar este novo modelo foi necessário reorganizar os serviços para todos os níveis de atenção à saúde a fim de garantir um sistema universal, equânime e integral, corroborando com as diretrizes e legislação vigente.¹

São notórios os desafios enfrentados pelas organizações para o exercício da gestão, principalmente em se tratando de custos e de financiamento dos serviços de saúde. O desenvolvimento de uma gestão ineficiente implicará diretamente em maior necessidade de investimentos de recursos.² No complexo, emergente e instável cenário contemporâneo, torna-se imperativa a abordagem acerca dos custos no âmbito do sistema de saúde, seja em uma instituição pública ou privada, tanto em países desenvolvidos ou para aqueles em desenvolvimento.³

Nas instituições públicas de saúde, muitas vezes, movido por uma questão cultural, existe o entendimento de que não é necessário se pensar em custos, pois a responsabilidade em mantê-los é do governo. Esse comportamento de outrora, ainda em vigência em alguns cenários, vem se modificando, de tal modo que a obtenção de conhecimento da composição dos custos pode nortear a adoção de novas medidas estratégicas, de planejamento, de controle e organização dos recursos para tornar os processos gerenciais e assistenciais mais resolutivos, efetivos e eficientes.

Nesse sentido, para fornecer subsídios para o fortalecimento da gestão de custos nas instituições de saúde que aderem ao SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASENS) ressaltaram a necessidade de estimar os recursos financeiros para o custeio global do SUS, e, para isso, fomentaram a inclusão de novas metodologias, instrumentos e sistemas de informação em prol da apuração e provisão de custos nas instituições de saúde.³

Desse modo, para promover a gestão de custos no âmbito do SUS, foi criado o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).⁴ Assim, define-se a gestão de custos em saúde como o uso de métodos de planejamento e ações para monitorar, avaliar e aprimorar o desempenho gerencial das unidades administrativas, organizações e do sistema nacional de saúde, amparado por informações reais e atuais acerca da utilização de recursos e dos custos nos serviços de saúde.^{4,5}

Nesse sentido, um estudo sobre a metodologia proposta pelo PNGC revelou que os processos de trabalho foram estabelecidos de forma inadequada e ineficiente, associando-se ao mau uso dos recursos públicos, com desorganização e desperdícios de materiais e insumos. Ainda, citou um exemplo de que ocorria o déficit de provisão e previsão dos estoques, os quais eram realizados apenas de forma visual, mesmo tendo à disposição um sistema informatizado para tal procedimento. Considerando a hipercomplexidade do cenário hospitalar e dos espaços da Atenção Primária à Saúde (APS), e ao mesmo tempo a escassez de recursos, torna-se imprescindível que a gestão ocorra de forma eficiente e eficaz em prol da redução dos desperdícios, da garantia da qualidade, da resolutividade e da assistência prestada à população.²

O financiamento e a gestão de custos em saúde podem ser operacionalizados, distintamente, por pelo menos dois modelos. No primeiro modelo, o financiamento e a gestão de custos ocorrem no contexto macro do gestor no âmbito municipal, estadual e federal a partir de decisões sobre políticas e programas de saúde e pela implementação de medidas administrativas que tanto na esfera local, quanto nacional impactam o sistema de saúde. No segundo modelo, o financiamento e a gestão de custos atingem o microambiente de trabalho dos gerentes das unidades/setores de saúde, ao monitorarem os custos e o uso dos recursos, gerenciando assertivamente os problemas cotidianos, reduzindo o dispêndio desnecessário de recursos físicos e humanos.⁵

A APS é a ordenadora do sistema e responsável pelo atendimento inicial, cujo principal foco é a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de patologias de menor complexidade, e a possibilidade de encaminhamento de casos com agravamento para a assistência de maior complexidade. Para além do acolhimento primário e resolução de parte significativa dos problemas de saúde da população, cabe à APS promover a ordenação e organização do fluxo de serviços na rede de saúde.

Mesmo organizada e estruturada, a APS apresenta problemas e lacunas relacionados ao fluxo, que podem ser entendidos como ineficiência do sistema, e acabam penalizando o modelo de serviço na atenção básica. Tais lacunas organizativas impactam no perfil do adoecimento da população, aumentando os gastos no setor, podendo ser exemplificadas pelas elevadas taxas de diagnóstico de câncer em estágio avançado, a dificuldade do

controle dos pacientes crônicos⁶ e, principalmente, com o aumento da expectativa de vida da população na conjuntura atual.

Somado a esse contexto, as estimativas apontam para uma população de aproximadamente 40,5 milhões de pessoas acima de 60 anos até 2030. Deste total, o quantitativo de pessoas com mais de 80 anos alcançará 6 milhões, resultando na duplicação do número atual de idosos e quase três vezes mais em relação à população com idade superior a 80 anos. Ademais, o impacto da transição demográfica e epidemiológica com o incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) atrelado ao uso de novas tecnologias e ao acompanhamento longitudinal contribui para um novo desafio, de realizar uma gestão de custos que comporte uma assistência com acesso universal, descentralizada e integral, bem como por meio de um financiamento tangível e suficiente para as demandas institucionais, assistenciais, gerenciais e operacionais dos serviços de saúde.^{7,8} Assim, a expansão da cobertura assistencial à população reforça a necessidade de discussão sobre o financiamento das ações e serviços de saúde.⁹ Desse modo, sequencialmente, serão descritos alguns marcos legais sobre o financiamento no Brasil.

Previsto pela Constituição, o financiamento foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, sendo elas as Lei federais 8.080 e 8.142 de 1990. Entendido como um importante momento histórico sobre o financiamento, a Emenda Constitucional 29/2000 deliberou acerca dos percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os estados (12%) e os municípios (15%) e aprovou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social. Na sequência histórica, em 2012 foi sancionada a Lei Complementar 141, que ajustou a distribuição dos recursos da União para estados e municípios, ratificando o art. 35 da Lei 8.080/1990.¹⁰

Algun tempo depois, ocorreu a aprovação da Emenda Constitucional de 2015 e no ano seguinte a Emenda Constitucional 95 foi promulgada pelo Congresso Nacional, limitando pelos próximos 20 anos os gastos federais. Ao final de 2017, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de nº 3.992, que versa sobre o repasse dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, organizados e transferidos em forma de blocos: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento da Rede de Serviços Públicos de Saúde.¹⁰

Constantemente, o financiamento vem causando preocupação no processo de organização dos gestores e demais envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde. Em um cenário com significativas restrições financeiras e orçamentárias, garantir um modelo de atenção pautado na universalidade e integralidade de forma equânime, em um país com tantas desigualdades sociais e econômicas, amplia o desafio para os gestores.¹¹ Pontua-se que, para funcionamento mais assertivo do sistema de saúde, dois

fatores devem ser considerados: o financiamento satisfatório; e a adequação da gestão de recursos obtidos. Em ambos, o Brasil precisa avançar e aprimorar a implementação de ações efetivas nos diferentes níveis da gestão.⁶

Ao longo do tempo, manteve-se o financiamento centralizado, principalmente no setor privado de saúde, abrangendo cerca de 23% da população, caracterizando forte desigualdade. Nos últimos anos, existe um esforço no âmbito federal em prol da oferta de planos de saúde mais populares, porém, com redução da cobertura para doenças com maior gravidade.⁶

Mesmo que o segmento privado se esforce para complementar o serviço público de saúde, destaca-se que 70% da população brasileira depende do SUS como única forma de acesso aos serviços de saúde, alcançando um universo de quase 200 milhões de pessoas, o que corresponde por 44% do gasto total em saúde. O tamanho da população revela, por um lado, a responsabilidade social do SUS e, ao mesmo tempo, o desafio em realizar o financiamento desse sistema.⁷

Nessa perspectiva, a média e alta complexidade (MAC) se caracterizam como setores do SUS com expressivo interesse para o segmento privado, provavelmente, em razão do uso de recursos com elevado nível tecnológico e com o foco nas especialidades médicas, as quais geram lucros significativos. Em contrapartida, pelo fato de que o sistema público investe na atenção primária, à guisa de prevenção de doença e promoção da saúde, tem-se pouca adesão ao sistema econômico vigente, e, por sua vez, o setor privado abarca uma ampla fatia de serviços de média e alta complexidade, o que reforça a necessidade de uma gestão que responda às perspectivas de um sistema organizado, planejado, monitorado e unificado de saúde.¹²

Para alcançar um patamar de atenção à saúde mais qualificado e efetivo, torna-se necessário vencer muitos desafios, porém, é de fundamental importância que o sistema de financiamento, a gestão de custo, o acesso e qualificação dos profissionais e a gestão e organização do sistema sejam conduzidos com equilíbrio. Ou seja, é necessário um esforço do capital humano por meio de sua força de trabalho, como também a implementação de novas, consistentes e contínuas políticas de saúde para superar os problemas emergentes e as adversidades cotidianas, e ao mesmo tempo fomentar a eficiência, eficácia e a resolutividade do sistema de saúde para a população.⁶

FINANCIAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Os recursos financeiros destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido, ao longo dos anos, pauta de discussões e defesas na busca da efetivação da política de saúde do Brasil em sua plenitude. Desde a Constituição Federal de 1988 e das leis de criação do

SUS (Leis nº 8080/90 e nº 81942/90), há orientação para a descentralização do sistema em direção única. O financiamento do SUS tem a prerrogativa de ser responsabilidade tripartite: município, estados/Distrito Federal e Ministério da Saúde. A configuração da política de saúde brasileira, apesar das discrepâncias geográficas, sociais, culturais e econômicas em suas realidades, tem contribuído para que os municípios usufruam de maior autonomia na gestão, considerando as necessidades locais.¹³

O processo de descentralização político-administrativa oportuniza maior eficiência e eficácia na gestão pública, com a aplicação dos recursos públicos em nível local. Além de reorganizar os repasses financeiros, a legislação relacionada ao sistema de saúde deflagrou a reorganização do modelo assistencial da saúde, estruturando a atenção descentralizada, em que traz o protagonismo da gestão aos municípios, com a responsabilidade pela execução dos cuidados básicos. Os sistemas locais de saúde se deparam com uma realidade distinta: a necessidade de competências gerenciais para a organização da rede de cuidados territorializada, incorporando os conceitos da APS.

A implantação da APS no Brasil se caracteriza como uma estratégia estruturante do SUS. Possui embasamento em sistema de saúde amparado por movimentos internacionais e bases científicas que direcionam o cuidado em saúde na APS na perspectiva da integralidade. Essas concepções foram defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária,¹⁴ pela VIII Conferência Nacional de Saúde e incorporadas na Constituição Federal brasileira de 1988,¹⁵ direcionando a política de saúde regionalizada, com financiamento e orçamento específicos.

Com objetivo do fortalecimento da APS, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que nos anos 2000 adota a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A proposta assistencial da ESF consiste na mudança do modelo tradicional de assistência em saúde pautado no paradigma da ciência positivista, conhecido como biomedicina¹⁶, para as concepções de cuidado integral. A integralidade assume protagonismo embasada pelos aspectos da promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Também assumiu o compromisso de melhoria do acesso das pessoas à atenção à saúde, bem como do cuidado resolutivo de acordo com a necessidade individual e coletiva.¹⁷

Em face desse quadro, o financiamento da assistência à saúde foi possível através da edição da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB,1996), que definiu os recursos financeiros federais a serem repassados aos municípios para adesão e custeio mensal dos programas por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Na mesma normatização, houve a criação do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), que correspondia a um repasse fixo mensal para custeio das ações de atenção básica *per capita*, de acordo

com a população do município, direcionado do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde.^{18,19}

Em 2011, o PAB Fixo agregou o valor *per capita* em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis de porte populacional, PIB *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.^{20,21}

Essa estratégia organizativa de financiamento em saúde buscou o fortalecimento da APS, marcando o desenvolvimento da gestão do SUS. No ano de 2006, quando aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicitava a ESF como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, houve inúmeros avanços em relação à organização do sistema de saúde e do modelo de financiamento dos serviços. Em 2011 é publicada a nova versão da PNAB, mantendo o direcionamento da APS como coordenadora do cuidado, sendo considerada como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada como proposta de RAS.^{22,23}

O compromisso com a qualificação da APS tem amparado as políticas de saúde ao longo dos anos, adequadas ao contexto histórico. As necessidades de saúde acompanham a transformação social que traz o desafio de ajustes e melhorias. Integrando a PNAB de 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ), que teve como objetivo a avaliação das equipes da ESF, associado ao desempenho, havendo vinculação do repasse de recursos financeiros no PAB Variável. Os indicadores avaliados foram associados à qualidade, ampliação do acesso aos serviços, à melhoria das condições de trabalho, à qualidade da atenção e investimento no desenvolvimento dos trabalhadores e acesso por meio de metodologia específica.^{20,24}

O financiamento da APS por meio do PMAQ motivou as equipes a participar do processo de avaliação, pois havia a possibilidade de ampliar significativamente os recursos de custeio mensal repassados aos municípios. Apesar de a proposta de avaliação do acesso e da qualidade inicialmente ter sido acolhida com receptividade e congregar a participação maciça das equipes cadastradas, o programa não agradou à maioria dos gestores e equipes dos municípios, pois, em cada novo ciclo de avaliação, os recursos financeiros sofriam variações com redução dos percentuais. Outro aspecto pontuado como desfavorável ao programa referiu-se à falta de transparência da metodologia, por utilizar bases complexas e indicadores subjetivos de avaliação.²⁴

É notório o papel estratégico que a PNAB de 2006 e 2011 assumiram no fortalecimento dos princípios do SUS, reorganizando a gestão e o financiamento da saúde nos diferentes cenários. O direcionamento da APS como coordenadora do cuidado fortalece a atenção básica e cria novos arranjos no processo de cuidar, tendo a família como centro de

atenção, com abordagens profissionais humanizadas, empáticas e de corresponsabilidade com os usuários, ampliando o cuidado integral à saúde.²⁵ Desenvolve ainda processos de trabalho complexos por meio da utilização de conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos, autonomia e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado, como a clínica ampliada e a epidemiologia.

A disponibilidade de acessar recursos financeiros complementares através do PAB Variável motivou e tem motivado os gestores a aderir a programas coordenados pelo Ministério da Saúde. Para agregar esses recursos aos Fundos Municipais de Saúde, os municípios seguem as normatizações do Ministério da Saúde, o que reduz sua autonomia local de gestão.²⁶ Nesse contexto, atividades na APS são alinhadas aos programas em formato nacional, especialmente na conformação das equipes, territorialização e no do processo de trabalho. Mesmo sob influência das normatizações, as realidades locais apresentam características que respondem a interesses distintos nos campos político, econômico e social que limitam em certo grau a capacidade de reorganização do serviço de saúde.²⁷ Porém, de forma geral, essa configuração não tem sido considerada um empecilho para que sejam produzidos serviços públicos de qualidade na lógica da integralidade.

A evolução das políticas públicas e o desenvolvimento dos mecanismos de financiamento fortaleceram a APS e, com isso, tornou-se possível vislumbrar um novo cenário de cuidado, abarcando maior complexidade dentro do sistema primário de atenção à saúde. As unidades básicas de saúde (UBS), que antes eram locais de baixa capacidade de atendimento e de pouca resolutividade, passam a se denominar Unidades de Saúde da Família (USF), com oferta de cuidados multiprofissionais. Os atendimentos clínicos interdisciplinares foram implantados tanto para as condições agudas, quanto as doenças crônicas, agregando valorização do acompanhamento ao pré-natal, saúde da mulher, idosos, puericultura, antes encaminhados aos centros especializados.²³

No advento das possibilidades e formas de financiamento em saúde, novas propostas de serviços individualizados e coletivos foram incorporadas nas práticas profissionais, tais como: visitas domiciliares; atividades de educação e promoção de saúde; oficinas terapêuticas; terapias complementares; e atividades intersetoriais.²³ Também se incluem a educação permanente dos profissionais e reuniões semanais de equipe, com discussão de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e outras metodologias que oportunizam o cuidado interdisciplinar com resolutividade.

Nesse sentido, conforme a estrutura da APS foi ampliando seu menu de serviços, a organização e o financiamento sofrem a necessidade de uma reestruturação, com injeção de aportes orçamentários que possam sustentar o modelo de múltiplos serviços e multiprofissional, dando condições para absorver as necessidades de diferentes

complexidades dos usuários que acessam o sistema de saúde.

A dimensão político-institucional da APS como articuladora das redes de atenção perde identidade quando, em 2017, o Ministério da Saúde publicou a nova PNAB com a revisão das diretrizes da APS, associando uma nova proposta de financiamento, desconstituindo a ESF como estratégia estruturante da APS. Dentre as alterações definidas no documento está a flexibilização dos conceitos essenciais da APS, como do território, abrindo a possibilidade de o usuário escolher o local em que deseja realizar seu acompanhamento de saúde, independentemente do local de residência. Essa prerrogativa vulnerabiliza o cuidado integral, tendo em vista que as equipes não terão condições de ofertar cuidados integrais, longitudinais no contexto da vida das pessoas. Outro aspecto de mudanças refere-se ao financiamento das equipes com o recurso do PAB Variável, abrindo a possibilidade de financiamento de forma indiferenciada à ESF em relação a outras modalidades de equipe constituídas.^{28,29}

Apesar de os avanços das políticas públicas de saúde no Brasil serem reconhecidos, há desafios que necessitam ser enfrentados. Investimentos financeiros condizentes com as realidades locais são necessários para efetivar a rede de cuidados resolutiva. De igual ou maior magnitude, há a necessidade da racionalização dos recursos, com eficiência da gestão pública de forma a atingir os melhores resultados com os investimentos adequados, pois as discussões tangenciam questões administrativas e operacionais ainda de forma empírica, com pouca ou nenhuma metodologia quanto à gestão dos custos.³⁰ Qualificar o processo de gestão apropriando-se de metodologias como a gestão de custos associadas aos aspectos técnicos e epidemiológicos apresenta-se como uma das possibilidades mais promissoras para o momento atual.

Inseridos neste escopo estrutural do financiamento em saúde, no Brasil, há muitos elementos que poluem o sistema de financiamento, e um desses poluentes está centrado na figura e no papel das Emendas Parlamentares (EPs) no orçamento público. As EPs podem ser classificadas como coletivas ou individuais, a depender das amarras negociadas no legislativo estadual ou federal. As EPs utilizadas como financiamento em saúde e negociadas entre o legislativo e o executivo, em sua grande maioria, são vistas como um modelo de fortalecimento da imagem parlamentar, ignorando critérios técnicos ou até mesmo demandas de maior necessidade no contexto coletivo social da saúde.

Nesse cenário, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019) analisou a alocação de recursos por meio de EPs na execução orçamentária financeira de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) ocorridas no período de 2015 a 2018. Ficou evidente o aumento do aporte de custeio ao SUS por meio das EPs, tanto na média e alta complexidade, quanto na APS, no entanto, não foi possível identificar os critérios

utilizados para alocação desses recursos, e essa falta de diretrizes de alocação pode estimular e gerar desigualdades de oferta de serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade.³¹

Em síntese, na prática observa-se que a destinação e aplicação dos recursos financeiros das EPs não seguem um rito de planejamento sinérgico às necessidades da RAS. Em face disso, compreende-se que os serviços público e privado ajustam-se para o recebimento dos recursos, muitas vezes fomentando estruturas físicas e humanas ineficientes ou sem propósito para aquela realidade local. Esse cenário implica na dificuldade de avaliação dos impactos sobre a saúde promovidos pelos recursos alocados, desconstruindo o percurso legítimo proposto pela Lei Complementar nº 141/2012, que versa sobre o repasse e movimentação dos recursos para a saúde.³²

Assegurar recursos financeiros que apóiem as ações em saúde é pauta recorrente no SUS, pois a capacidade e organização do financiamento ainda é compreendida como um limitador da qualificação do setor no país. Nesse mesmo cenário, não apenas as questões envolvendo o financiamento em saúde se destacam, visto que há fragilidades tão ou mais graves presentes no planejamento, na otimização e aplicação dos recursos, na avaliação dos serviços, somadas aos desvios de finalidade e ao baixo comprometimento da gestão com as políticas públicas de saúde.³³

Mergulhada nesse contexto, a construção da RAS foi se reconfigurando continuamente, conforme as necessidades emergiam, geralmente impulsionada pela complexidade da demanda crescente nas portas de entrada do sistema de saúde. Nesse âmbito, a profissionalização da gestão tornou-se fundamental, visto que a estruturação do setor da saúde passa a integrar o modelo de financiamento simultâneo da rede formada por serviços ofertados na esfera pública e privada.

A interface de aproximação entre os setores público e privado ganha importância pela forma adotada na organização orçamentária a partir do modelo de financiamento proposto e empregado. Assim, houve melhores condições de fortalecimento da complementaridade da RAS com a presença dos hospitais filantrópicos compondo os elos do sistema, consolidando também o foco do cuidado integral do indivíduo em consonância com os espaços de cuidado coletivo na APS.

Nesse percurso, o Decreto Presidencial 7.508/2011 define e consolida a estrutura da Rede de Atenção à Saúde, organizando as portas de entradas e o papel desempenhado por cada ponto de atenção na rede, podendo-se visualizar as estruturas públicas que vão desde unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial, equipes de saúde da família, e até mesmo os serviços complementares de média e alta complexidade, estes que, na sua grande maioria, estão alocados em instituições privadas e filantrópicas.³⁴

É dentro desse cenário que as instituições hospitalares filantrópicas e privadas passam a compor com maior intensidade a RAS, construindo novos caminhos e suprimindo necessidades históricas que o sistema de saúde encontrava, especialmente no acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, bem como nas portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Com isso, as questões envolvendo o financiamento e a gestão dos custos em saúde nos espaços hospitalares ganha importância, e passa ser conduzida com maior cuidado e critério específicos no controle, manutenção, avaliação e monitoramento dos gastos hospitalares aportados pelo financiamento público. Na sequência, serão descritos a dimensão e o papel da gestão de custos hospitalares nas circunstâncias do financiamento do sistema de saúde.

GESTÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES EM SAÚDE

O sistema hospitalar exerce o papel fundamental na estrutura da RAS, e cada vez mais amplia-se a necessidade de um olhar cuidadoso e criterioso sobre o financiamento em saúde que envolve os hospitais filantrópicos e privados que compõem o sistema público de saúde.

Diante do investimento político da saúde direcionado aos hospitais, torna-se necessário um olhar sobre o modelo de gestão e gerenciamento dos processos internos das instituições. Em vista das condições que caracterizam o modelo e a forma de financiamento atrelados ao sistema hospitalar, pautados pelo modelo de contratualização, pelo teto quantitativo de prestação de serviços, pela organização da RUE, entre outros.

Nessa lógica, a gestão dos custos hospitalares configura-se como o mais relevante processo de controle financeiro que compõe o sistema de saúde envolvendo o cenário hospitalar. Assim, constitui-se em um importante recurso na tomada de decisões pela gestão. A gestão de custos, com toda a sua complexidade, é basilar para a viabilidade econômica e financeira dos hospitais. A gestão dos custos inclui diferentes áreas no ambiente hospitalar, sendo indispensável ao gerenciamento dos serviços, portanto, refere-se aos recursos investidos na produção de um bem durável ou da prestação de um serviço.

A gestão de custos tem entre suas finalidades: desenvolver um sistema de mensuração de cálculos atinentes à produção dos serviços; gerar informações para toda a instituição no que se refere à gestão dos recursos, independente da área de produção, assim como fomentar a corresponsabilidade na efetivação de atividades que envolvam a gestão dos custos. Ainda, contribui para o fornecimento de informações para subsidiar a tomada de decisão, o planejamento das atividades operacionais e, também, para a política de investimentos no sentido de monitorar a aplicabilidade dos recursos, identificando suas potencialidades e fragilidades; elaborar relatórios para a prestação de contas e viabilizar

maior transparência institucional.⁴

Os custos dos serviços hospitalares vêm, de longa data, aumentando sistematicamente, gerando sérios impactos na produção da assistência hospitalar. Ordenadamente, pode-se conceber o aumento dos custos hospitalares classificando-os em dois fatores: internos e externos. Os fatores externos referem-se ao envelhecimento da população atrelado à incidência das doenças crônico-degenerativas; à inserção de diferentes categorias profissionais; a novas tecnologias que incluem medicações, equipamentos e soluções; à ênfase na assistência em saúde hospitalar; ao fracionamento da assistência; e à oferta de leitos de baixa resolutividade.³⁵

Os fatores internos que impactam nos custos hospitalares são referentes ao aumento do tempo de permanência, à necessidade maior de recursos tecnológicos, às dificuldades na integralidade da assistência; à redução na qualidade da atenção, ao retrabalho e desperdícios; à má utilização dos recursos, às inovações para tratar de problemas distintos, ao intervencionismo excessivo e medicalização desnecessária e ao modelo assistencial pouco resolutivo.³⁵

Entre todos os setores do ambiente hospitalar, os que mais geram impactos nos gastos estão vinculados diretamente à área médica e enfermagem, decorrentes dos elevados custos de equipamentos, instrumentais, de materiais e medicações. Portanto, a gestão de custos é essencial para a composição dos serviços ofertados, sejam estes para viabilizar economicamente a assistência aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como ofertar serviços viáveis financeiramente aos usuários privados. Ou seja, a composição dos custos hospitalares refere-se aos gastos para a produção da assistência em saúde e à consequente viabilidade econômica e financeira do hospital. O desafio está em produzir mais, tendo como parâmetro mediador a segurança do paciente e a qualidade da assistência, definindo efetivamente o custo-paciente.³⁶

Neste caso, a gestão da aquisição, do serviço de almoxarifado e da área assistencial precisam atuar de forma congregada, para que materiais essenciais, como medicamentos e outros insumos, não fiquem represados. Por outro lado, também há necessidade de que esses produtos estejam com disponibilidade plena na assistência, sendo assim, nesse modelo, a qualidade da gestão é primordial. A complexidade de estruturação e organização dos serviços exige que cada gestor de área tenha capacidade plena de controle de custos nos respectivos espaços, especializados ou não.

O financiamento em saúde influencia diretamente a gestão dos custos hospitalares. Nesse contexto, busca-se um modelo organizativo dividido em duas variáveis: custos fixos e custos variáveis. Os custos variáveis referem-se às refeições, aos materiais, medicações, já os custos fixos referem-se aos serviços prestados, mas estes podem ser influenciados e

sofrer flutuação pelos custos variáveis.

Os custos fixos, tanto quanto os variáveis, podem ser divididos entre diretos e indiretos. Os custos diretos referem-se à composição dos custos dos serviços prestados, e podem ser objetivamente mensurados, para tanto, exige-se que se estabeleça um sistema de medida geralmente expresso de forma quantitativa. Já os custos indiretos são aqueles em que se tem algum tipo de dificuldade na apropriação valorativa na composição dos custos. Então, os custos indiretos são aplicados por aproximação, utilizando-se, para tal, o sistema de rateio. Podem-se elencar como custos indiretos a luz elétrica, serviço de limpeza, depreciação de equipamentos. Cabe ressaltar que os custos fixos são constantes, independente do volume de produção.

Os custos indiretos carecem de um método de custeio para apropriação valorativa para cada procedimento. Neste caso, os valores são alocados ao produto, como já referido, por meio de um sistema de rateio.³⁷ Neste podem-se utilizar duas ferramentas: o custeio pelos sistemas *Activity-Based Costing* (ABC) ou de custeio por absorção. O sistema ABC refere-se a um princípio de atividades que permite reservar de modo eficiente os custos dos produtos nos hospitais, conforme seu uso e o preço unitário de cada produto.³ Este sistema permite melhor visualização dos custos por meio de análises institucionais e as suas respectivas relações com os objetos dos custos.

O custeio por absorção está vinculado à apropriação de todos os custos, tanto quanto sejam diretos ou indiretos, variáveis ou fixos. Efetivamente, o custeio por absorção inclui os custos variáveis e fixos para a elaboração do produto final.³⁷ Desta forma, o sistema de custeio por absorção faz a apropriação integral de todos os custos, sejam estes diretos, indiretos, fixos ou variáveis, aos produtos finais.

Diante de tais características, as instituições desenvolvem mecanismos e/ou setores para qualificar a organização dos serviços. Nessa perspectiva, os centros de custos revelam-se como setores institucionais que monitoram os gastos passíveis de mensuração, podendo ser caracterizados como setores administrativos homogêneos, com base em uma estrutura organizacional da instituição hospitalar. Os centros de custos podem ser classificados em núcleos produtivos, especiais, auxiliares ou administrativos. Os centros de custos produtivos referem-se às unidades assistenciais, que são responsáveis pelas atividades fim do hospital, ou seja, a assistência direta ao paciente. Já os centros de custos auxiliares estão vinculados à prestação de serviços de apoio assistencial e às funções administrativas, são responsáveis pela prestação de serviços internos.³⁸

A gestão de materiais e medicações é responsável, nos serviços hospitalares, desde a pesquisa de preço, compra, estoque, até o uso, são imprescindíveis na composição dos custos hospitalares. Para tanto, os investimentos em estoques precisam ser bem

gerenciados, já que estes significativamente representam uma elevação dos custos hospitalares e, conseqüentemente, nas bases do financiamento em saúde.³⁸

Levando em consideração o financiamento em saúde e a gestão dos custos, podem-se trazer como exemplos de unidades de produção assistencial: as unidades de internação, o centro cirúrgico, a unidade de terapia intensiva, o berçário, a oncologia, a emergência, etc. Nestes setores a mensuração dos custos assistenciais pode ser diretamente contabilizada. Já os serviços de farmácia, nutrição, limpeza, segurança, recepção, manutenção constituem as áreas de apoio e os custos são apropriados por sistema de rateio. Os itens que compõem o custo da produção de serviços incluem encargos profissionais diretos e indiretos, materiais e medicações, materiais de consumo/expediente, depreciação de instrumentais e equipamentos, energia elétrica, telefone, lavanderia, serviço de sanificação, serviço de nutrição e dietética, entre outros.

Resumidamente, a importância do financiamento em saúde para a vida das instituições hospitalares, sejam elas filantrópicas ou privadas, detém relação direta com a gestão de custos, visto que procura-se reger meios e recursos técnicos, metodológicos e funcionais para a geração de informações e elementos atinentes aos custos dos bens ou serviços, e, assim, possibilitar o planejamento, organização, avaliação e monitoramento do desempenho institucional e da tomada de decisões com assertividade e qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explorar temáticas substanciais, como o financiamento em saúde e a gestão dos custos na APS e no contexto hospitalar, destaca a complexidade estrutural da RAS no Brasil. Os diferentes e inúmeros elementos que estão presentes na organização do sistema de saúde geram modelos difusos de gestão, visando à tentativa de abarcar as necessidades da população, abrangendo da mais baixa até a mais alta complexidade dos serviços de saúde.

O texto buscou revelar a multiplicidade e as interfaces que estão presentes no universo do financiamento da saúde, com suas formas e modelos, assim como sua origem, construção e desconstrução dentro da RAS. Buscou-se também explorar as relações que a gestão dos custos, em especial, desenvolvida no ambiente hospitalar, exerce sobre o método e o processo de trabalho das instituições, e o quanto a qualidade da gestão é importante para a manutenção e sustentação dos hospitais, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos.

Por fim, o financiamento em saúde e a gestão dos custos fazem parte da teia que estrutura e organiza o SUS. Nessa conjuntura, pode-se delinear que a RAS é a matriz que rege o sistema de saúde, tendo a APS como ordenadora dos serviços e responsável pela

absorção dos usuários que buscam assistência de baixa complexidade. Enquanto que a rede hospitalar é o elo de fusão entre os níveis de complexidade, acomodando os usuários que necessitam de serviços especializados em níveis de complexidade mais altos.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira CF. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA. 2016. ISBN 978-85-232-2021-1. doi: 10.7476/9788523220211.
2. Gatto Junior JR, Ventura CAA, Bueno SMV. A formação do enfermeiro, o sistema único e a saúde como um direito: uma revisão sobre a tipologia de conteúdos de ensino-aprendizagem. *Arq.Cien. Saúde*.2015;19(1):59-72. doi:10.25110/arqsaude. v19i1.2015.5266
3. Ministério da Saúde (BR). Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Gestão e Economia da Saúde. [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2013 [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/introducao-gestao-custos-saude.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
5. Vieira FS. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde: uma questão para a Política Pública. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [Internet]. [acesso em 29 de julho]. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7972/1/td_2314.pdf
6. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*. 2018; 32(92):47-61. Doi: 10.5935/0103-4014.20180005
7. Ministério da Saúde (BR) Financiamento público de saúde. [Internet] Brasília (DF): Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS. OPAS; 2013 [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf
8. Raup LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25[2]:615-34. doi: 10.1590/S0103-73312015000200015
9. Oliveira DAL, Melo TRC, Santos OC dos et al. Eficiência e financiamento nas ações em média e alta complexidade. *Rev. enferm. UFPE on line* . 2019; 13 (2)A:464-71. doi: 10.5205/1981-8963-v13i02a235067p464-471-2019
10. Conselho Nacional de secretarias municipais de saúde. Confederação Nacional de Municípios (CNM). Mudanças no Financiamento da Saúde. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <file:///C:/Users/gioen/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass, 2011. 534 p. Disponível em : http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf

12. Koerich C, Drago LC, Melo TAP3 Andrade SR, Erdmann AL. Financiamento em saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. 2016; 30(3):1-15. doi:10.18471/rbe.v30i3.16429
13. Moysés RPC, Texeira VCL, Martins RG, Souza CSM, Costa TC. A Integralidade e longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da mulher: uma análise de três municípios amazônicos. *Rev. APS*. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 mar 20]; 22 (1):168-82. Disponível em: <file:///C:/Users/gioen/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/CUSTOS/16740-Texto%20do%20artigo-122855-1-10-20200616.pdf>
14. Souto LRF, Oliveira MHB de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108), 204-18. doi:10.1590/0103-1104-20161080017
15. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília/ DF, 1988. Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
16. Soratto J, Pires DEP de; Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2015; 24(2), 584-592. Doi:10.1590/0104-07072015001572014
17. Ministério da saúde (BR). Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
19. Machado CV, Lima LD de, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(Suppl.2):02. doi:10.1590/0102-311x00129616
20. BRASIL. Portaria no 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União* 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html
21. Morosini MVGC, Fonseca AF, de Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [citado em 2020 ago 01]; 42(116):11-4. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/125>
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 648/GM DE 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
23. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1), 18-37. doi: 10.1590/0103-11042018s102

24. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*. 2018; 42(117), 408-419. doi: 10.1590/0103-1104201811705
25. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*. 2020; 24(2):21, 2020. doi 10.1590/2177-9465-ean-2019-0145
26. Cabreira FS, Ritter F, Aguiar VR, Celeste RK. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 34(12):07. doi: 10.1590/0102-311x00150117
27. Dutra CD, Soares MC, Meincke SMK, Matos GC de. Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. [Internet]. 2016 [citado em 2020 ago 01];10(supl.3): 1523-1534. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031815>
28. Clarice Brito e Souza Gomes, Adriana Coser Gutiérrez. Daniel Soranz. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25 (4):06. doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019
29. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1), 224-243. doi:10.1590/0103-11042018s115
30. Morimoto Tissiani, Costa Juvenal Soares Dias da. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019; 27(3), 295-300. doi:10.1590/1414-462x201900030344
31. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e alocação de recurso federal no sistema único de Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. [Internet]. 2019. [citado em 2020 Ago 06];3. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf.
32. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
33. Mendes Á; Weiller, JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde em Debate*. 2015; 39(105), 491-505. doi:10.1590/0103-110420151050002016
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Decreto-n%C2%BA-7.508-de-28-de-Junho-de-2011.pdf>
35. Blanski MBS, Silva CL, Oliveira AG. Sistemas de custeio na gestão hospitalar. Curitiba: Ed. UTFPR. 158 p. 2015
36. Zanetti BFT, Rigon ELB. Contabilidade de custos: custos hospitalares. *Revista Empreenda Uniletoledo*. [Internet]. 2018 [citado em 2020 ago 01];2(2): 74-88. Disponível em: <file:///C:/Users/gioen/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/CUSTOS/3013-5078-1-PB.pdf>

37. Viana Filho J.R. Pásari IA, Niveiros S.I. Gestão de Custos Hospitalares: um Estudo de Caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis – MT. XIV Congresso Brasileiro de Custos; 2017 nov 11 -13; Florianópolis.2020 Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4362/4362>

38. Bogo PC, Bernardino E, Castilho V, Cruz EDA. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. Rev Esc Enferm USP. · 2015; 49(4):632-639 doi: 10.1590/S0080-623420150000400014

ALEXANDRE PAZETTO BALSANELLI (UNIFESP). Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE/UNIFESP). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPAG).

ALINE LIMA PESTANA MAGALHÃES (UFSC). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC e do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade Profissional. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES/UFSC.

ALISSON FERNANDES BOLINA (UNB). Enfermeiro. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília e orientador do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGEnf/UnB). Membro da Comissão de Pós-Graduação do PPGEnF/UnB. Líder do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (GEPSC/UnB).

ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO (UFSC). Doutora em Enfermagem. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

ANA MARIA MULLER DE MAGALHÃES (UFRGS). Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional (DAOP) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EE) da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos Sobre Gestão em Enfermagem (NEGE).

ANA VICTORIA ANTÔNIO JOSÉ DOS SANTOS (UFPA). Enfermeira pela Universidade Federal do Pará. Pós-Graduada na modalidade *latu sensu* no Programa de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal do Pará.

ANGELA MARIA BLATT ORTIGA (UDESC). Enfermeira, especialista em Saúde Pública, mestre em Saúde Coletiva, doutora em Saúde Coletiva. Enfermeira aposentada da Secretaria Estadual de Saúde. Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC/ Alto Vale), atuando como docente no Curso de Engenharia Sanitária.

BETINA HORNER SCHLINDWEIN MEIRELLES (UFSC). Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e da Pós-graduação em Informática em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

BRUNA COELHO (UFSC). Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-

graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

BRUNA PEDROSO CANEVER (UFSC). Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do EDEN/UFSC.

BRUNO DE CAMPOS GOBATO (UFSC). Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (Gepades).

BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA (UFPA). Enfermeiro, Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Adjunto do Departamento de Medicina I da Faculdade de Medicina e Docente Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

CARLA APARECIDA SPAGNOL (UFMG). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação-Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenadora do Programa de Extensão-Laboratório de Gestão de Pessoas (LAGEPE).

CARLISE RIGON DALLA NORA (UFRGS). Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

CARLOS LEONARDO FIGUEIREDO CUNHA (UFPA). Enfermeiro, Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestrado em Saúde Materno- Infantil pela Universidade Federal do Maranhão. Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

CAROLINA CARVALHO BOLSONI (UFSC). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

CAROLINA DA SILVA CARAM (UFMG). Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) e do Grupo de Estudos sobre práticas em saúde e enfermagem (NEPSE).

CAROLINE CECHINEL PEITER (UFSC). Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda

em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas em Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

CASSIA PIMENTA BARUFI MARTINS (UFSC). Enfermeira Graduada pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP. Pós Graduada em Educação Continuada e Permanente, Faculdade Venda Nova Imigrante - FAVENI; Pós-Graduada Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP; Pós-Graduada Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário São Camilo-SP. Membro do Instituto Baía Sul de Ensino e Pesquisa - IEP BAÍA SUL; Enfermeira Educadora Hospital Care - HUB Florianópolis.

CINTIA KOERICH (UFSC). Enfermeira. Doutora em enfermagem. Enfermeira Auditora na Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina. Membro do GEPADES/UFSC.

DANIELA SILVA DOS SANTOS SCHNEIDER (UFRGS). Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira Coordenadora do Centro de Material e Esterilização do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

DANIELE FARINA ZANOTTO (UFSC). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Enfermeira Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (NEPEN/DE/HU/UFSC).

DEYBSON BORBA DE ALMEIDA (UFBA). Enfermeiro. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia (2002). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFBA. Doutor em Enfermagem Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA. Pós-doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, Professor Permanente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS.

DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA (UFSC). Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Membro do Núcleo de Pesquisa sobre Gestão em Enfermagem (NEGE).

EDENILSON FREITAS RODRIGUES (FEMA). Bacharel em Enfermagem. Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas – UFFS. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde – UFSM. Especialista em Saúde da Família – UNIJUI/FUMSSAR. Especialista em Educação Permanente em Saúde (UFRGS). Especialista em Práticas pedagógicas para a docência (FEMA). Enfermeiro da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Docente da Fundação Educacional Machado de Assis (FEMA).

ELISIANE BISOGNIN (FEMA). Bacharel em Enfermagem. Mestre em Gestão Pública pela UNAM Argentina/Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Gestão de Saúde UFRGS. Especialista em Saúde da Família (UNIJUI). Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - FUMSSAR. Docente da Fundação Educacional Machado de Assis (FEMA).

ELISIANE LORENZINI (UFSC). Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFRGS) com período sanduíche na University of British Columbia (UBC), Canadá. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Produção Tecnológica em Saúde e Enfermagem e o Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem LAPETEC/GIATE/UFSC e da Mixed Methods International Research Association (MMIRA).

ELIZABETH BERNARDINO (UFPR). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista de Produtividade em Pesquisa 2. Chefe da Divisão de Gestão de Cuidados do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

ELZA BERGER SALEMA COELHO (UFSC). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento Saúde Pública, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde.

FABIANE VIEIRA DA ROSA (UFSC). Psicóloga Organizacional do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), especialista em Gestão Estratégica de Pessoas.

FERNANDO HENRIQUE ANTUNES MENEGON (UFSC). Enfermeiro. Mestre e Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

FRANCIS GHIGNATTI DA COSTA (UFRGS). Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI (UFSC). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Informática em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas em Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

GILBERTO TADEU REIS DA SILVA (UFBA). Licenciado e Graduado em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes, Mestre em Fundamentos de Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

Pós-Doutorados em Ensino em Ciências da Saúde CEDESS/UNIFESP e Gestão em Serviços de Saúde pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem/Coimbra. Professor Titular-Livre na Universidade Federal da Bahia. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE/UFBA).

GIOVANA DORNELES CALLEGARO HIGASHI (UFMS). Enfermeira. Doutora e Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente Adjunto II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFMS/Campus Palmeira das Missões). Membro do Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde (NEGESE) e do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

GISELA MARIA SCHEBELLA SOUTO DE MOURA (UFRGS). Doutora em Administração/ Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA/UFRGS). Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS e do PPGEinf/UFRGS. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gerenciamento em Enfermagem (NEGE-UFRGS).

GLENDA ROBERTA OLIVEIRA NAIFF FERREIRA (UFPA). Enfermeira, Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

GRACIELE FERNANDA DA COSTA LINCH (UFCSPA). Enfermeira. Doutora pela UFRGS, com sanduíche pela University of Illinois at Chicago (UIC), um Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde nos EUA. Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), atua nas graduações de Enfermagem e de Informática Biomédica, e mestrado profissional de Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Processo de Enfermagem, Gestão, Informática, Registros Eletrônicos, Desenvolvimento de tecnologias.

IANKA CRISTINA CELUPPI (UFSC). Especialista em Auditoria em Saúde. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Tem experiência profissional nas áreas de tecnologia e inovação em saúde. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

IGOR FERREIRA BORBA DE ALMEIDA (UEFS). Cirurgião-dentista. Doutorando e Mestre (2020) em Saúde Coletiva na área de Epidemiologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Especialista em Estomatologia, Saúde Pública e Gestão em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Câncer Oral da Universidade Estadual de Feira de Santana (NUCAO/UEFS) e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES/UEFS).

ISABELA SILVA CANCIO VELLOSO (UFMG). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação do

Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É líder do Núcleo de Estudos sobre Práticas de Saúde e Enfermagem (NEPSE) e membro do Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE).

JAIME DE OLIVEIRA CAMPOS JUNIOR (EEUFMG). Mestre em Enfermagem/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) - Linha de Pesquisa Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma. Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Hospital das Clínicas UFMG/ EBSEH. Docente de especialização em Terapia Intensiva IEC- PUC MG e EEUFMG. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).

JOÃO LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA (UFRGS). Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisador e Líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

JOHANNA DO CARMO MENEGAZ (UDESC). Enfermeira. Especialista em Gestão de Pessoas. Mestre e Doutora em Enfermagem. Atualmente é professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

LAIANE DA SILVA SANTANA (UFBA). Enfermeira. Mestre em enfermagem pelo programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-Graduada em Enfermagem em Programa de Saúde da Família PSF e Pós-Graduada em Enfermagem em Saúde Pública. Coordenadora do SAMU Crisópolis-BA. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem (GAHE).

LARISSA DE SIQUEIRA GUTIERRES (UFSC). Enfermeira. Gestora em Saúde, Enfermeira Graduada pela Faculdade de Medicina do ABC. MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção pelo INESP. Especialista em Centro Cirúrgico, CME e RPA pela SOBECC. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Membro do Colégio Brasileiro de Executivos em Saúde CBExs.

LARISSA MARTINS NOVAES DE LIMA (UFSC). Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas em Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

LEONARDO PEREIRA DE SOUSA (UFSC). Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Pós-graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF (UFPR). Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada da UFPR, atuando nos cursos de graduação em Enfermagem, no Curso de Doutorado e Mestrados em Enfermagem - Acadêmico e Profissional. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), desenvolve projetos de pesquisa nas áreas de avaliação em saúde e da qualidade de serviços de saúde.

LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES (UFPR). Enfermeira. Mestrado em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná com período sanduíche na Universidade de Utah financiado pela Fundação Fulbright. Pós-Doutorado no Departamento de Informática Biomédica da Harvard Medical School (2018-2019) financiado pela CAPES-HARVARD. Docente da área de Planejamento e Administração em Saúde do Departamento de Enfermagem, e do Curso de Informática Biomédica da Universidade Federal do Paraná.

LUCIANO GARCIA LOURENÇÃO (UFPA). Enfermeiro. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Professor Titular-Livre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

LUCILENE GAMA PAES (UFSC). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Santa Catarina.

LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA (UFSM). Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente Associado II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Campus Palmeira das Missões - RS. Membro líder do Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde (NEGESE).

MÁRCIA DOS SANTOS PEREIRA (UFMG). Enfermeira. Professora associada do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Ciências da Saúde pela UFMG. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Sistematização da Assistência de Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Gestão de Pessoas pela UFMG e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela FIOCRUZ.

MARESSA AGUIAR DE SOUZA REIS (UnB). Enfermeira. Pós-graduada em Urgências, Emergências e Terapias Intensivas pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) e Enfermagem em Oncologia pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /Universidade de São Paulo (EERP/USP). Pós-graduanda em Preceptoria em Saúde (UFRN-EBSERH). Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

MARIA FERNANDA BAETA NEVES ALONSO DA COSTA (UFSC). Enfermeira. Mestre em Administração dos Serviços de Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Especialista em Gerontologia e Saúde Coletiva. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas em Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

MEIRIELE TAVARES ARAUJO (UFMG). Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação- Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde e do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) e Núcleo de Estudos sobre Práticas de Saúde e Enfermagem (NEPSE).

MÔNICA EMANUELE KÖPSEL FUSARI (UFSC). Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. MBA em Gestão Executiva em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Experiência profissional nas áreas de assistência em enfermagem, gestão hospitalar e docência. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JÚNIOR (UFRGS). Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenador de Centros Cirúrgicos e Centros de Material e Esterilização da Santa Casa de Misericórdia. Porto Alegre, RS, Brasil.

PATRICIA KLOCK. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

RAFAEL MARCELO SODER (UFSM). Enfermeiro. Doutor e Pós-Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Docente Adjunto IV do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Campus Palmeira das Missões - RS. Líder do Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde (NEGESE).

RAMON CARLOS PEDROSO DE MORAIS (UFSC). Enfermeiro. Atua como analista de custos assistenciais em órteses, próteses e materiais especiais na Gestão OPME. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

RENATA EWILLYN ALVES BEMERGUY (UFPA). Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará. Pós-Graduanda em Gestão e Inovação nos serviços de saúde, Gestão Hospitalar e Enfermagem em Oncologia.

RIGELDO AUGUSTO LIMA (UnB). Enfermeiro. Mestre em Gestão e Inovação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Educação Profissional

na Área de Saúde: Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde. Atualmente exerce suas funções no escritório de processos do HUB-UnB e na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal na área de regulação na gestão de leitos, consultas e procedimentos.

SABRINA BLASIUS FAUST (UFSC). Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem (PRAXIS).

SELMA REGINA DE ANDRADE (UFSC). Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Administração, doutora em Enfermagem. Professora aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando como docente voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e editora colaboradora da Revista Texto & Contexto Enfermagem. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES).

SHARA BIANCA DE PIN RADUENZ (UFSC). Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Pós-graduanda do Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Escola de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES/UFSC.

SHEILA RUBIA LINDNER (UFSC). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento Saúde Pública, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisadora no Grupo de Pesquisa Violência e Saúde.

SHENA CAROLINA DA SILVA AGUIAR (UnB). Enfermeira. Especialista em Neonatologia e Pediatria pelo CEEN-PUC. Atualmente é enfermeira na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB). Preceptora de Estágio Supervisionado no Hospital Universitário de Brasília. Membro do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Saúde Coletiva (GPESC).

SIMONE ROQUE MAZONI (UnB). Enfermeira. Professora Adjunta na Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), Campus Darcy Ribeiro. Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EE/EERP-USP). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Nefrologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Cuidado Pré-Natal (UAB/UNIFESP).

TAIS MARIA NAUDERER (UFCSPA). Enfermeira. Mestre pela UFRGS. Doutora pela FURG. Atualmente atua na Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), como professora adjunta no Departamento de Enfermagem - área de gerenciamento em enfermagem, ministrando disciplinas para os cursos de graduação em enfermagem e em gestão em saúde. Tem experiência assistencial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e experiência como docente em Residência Multiprofissional em Saúde e na graduação em enfermagem dos cursos das instituições UFRGS, Universidade Feevale, Metodista do Sul

IPA e FURG, na área de Gerenciamento em Enfermagem.

TARCÍSIO ABREU SAURIN (UFRGS). Doutor em Engenharia de Produção pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP) da UFRGS. Docente do Departamento de Engenharia de Produção e Professor do PPGEP/UFRGS. Coordenador do Centro de Estudos em Gestão de Operações em Sistemas Complexos (CEGOSC).

THAIS DE FATIMA ALEIXO CORREA (UFPA). Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ (UnB). Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em auditoria nos Sistemas de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica (2013). Realizou estágio Pós-Doutoral junto à Faculdade de Enfermagem da UFG. Professora Adjunta II da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Docente permanente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UnB. Líder do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde (LABGEST).

THAYS BERGER CONCEIÇÃO (UFSC). Thays Berger Conceição. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro da equipe de produção de material didático para cursos de Prevenção e Controle do Sobrepeso e Obesidade, parceria entre a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição e o Ministério da Saúde (CGAN/MS) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro da equipe de coordenação de tutoria e TCC do Curso de Especialização em Atenção Básica, da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

THAYZA MIRELA OLIVEIRA AMARAL. Enfermeira, formada pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Membro do grupo de pesquisa em Educação, Formação e Gestão para Práxis do Cuidado em Enfermagem (EDGESPEN).

THIAGO DA SILVA SANTANA (UEFS). Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (MPE/UEFS). Especialista em Enfermagem em Unidade Terapia Intensiva (UCAM/PROMINAS). Professor Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisador do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência (UEFS).

VANIA MARLI SCHUBERT BACKES (UFSC). Doutora em Enfermagem. Professora Titular Aposentada do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Visitante no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do GEPASE/UFBA e EDEN/UFSC.

VERIDIANA TAVARES COSTA (UFSC). Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Tem experiência como enfermeira auditora. Atua na Diretoria de Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (DAPS/SES/SC), sendo responsável pela Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS - Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2014), com período sanduíche na Kent State University College of Nursing (EUA), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2010) e Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2007). Realizou estágio de Pós-Doutorado na UFSC (2014). É Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES da UFSC. Atua também como Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e Vice-presidente do Conselho Diretor da Revista Texto & Contexto Enfermagem. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3536073293931659> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) (2013) com período sanduíche pela Faculty of Nursing, University of Alberta, Canadá. Mestre em enfermagem pelo pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) (2009). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo Universidade Aberta do Brasil/ Universidade Federal de São Paulo (UAB/UNIFESP). Vice-líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES/UFSC). Professora no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC) e do Mestrado Profissional Informática em Saúde (PPGINFOS/UFSC). Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAESNP). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0802067444074066> Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5935-8849>

ALACOCQUE LORENZINI ERDMANN - Vice-reitora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) a partir de 11/05/2016, com prorrogação até 31/12/2020. Graduada em Enfermagem (1971) e em Desenho e Plástica, pela Universidade Federal de Santa Maria (1975); Especialista em Enf.do Trabalho e em Administração Hospitalar; Mestre em Ciências da Enfermagem (1978) e Doutora em Filosofia da Enfermagem (1995), pela UFSC. Livre Docente em Administração de Enfermagem (1989), pela UERJ. Coordenadora da Área da Enfermagem na CAPES (2008-2011), Coord. Adjunta da Área da Enfermagem na CAPES (2002-2007) e membro da Comissão de Avaliação Continuada desde 1996; Representante da Área de Enfermagem no CNPq de 2004-7 sendo Membro, Coordenadora do CA-MS e Coord.do CA-EF criado em 2006; PROFa. TITULAR da UFSC, ingresso em 1976, com atuação no ensino da graduação ao doutorado, Pesquisa teórica e aplicada, inovação tecnológica e gestão de projetos, orientação de TCC, IC, Esp, MA, MP, DP, DO, DINTER e Pós-Doc, Extensão em práticas comunitárias e formação de profissionais, e, Gestão universitária com chefia/direção de Unidades e Coordenação de Cursos. Criação (1988) do GEPADES www.gepades.ufsc.br com projetos e produções nas linhas de pesquisa: Políticas e Tecnologias em Gestão do Cuidado e da Educação Universitária em Enfermagem e Saúde, Filosofia e Cuidado, Gestão do Cuidado de Enfer., com parcerias e intercâmbios nacionais e internacionais. Recebeu a Condecoração Alejo Zuloaga - Universidad Carabobo

em 1999 e o Prêmio Destaque Pesquisador UFSC - 50 Anos da UFSC em 2010, dentre outros prêmios e honrarias. Cadeira Enfermagem na ABAH (02/07/2011). Coordenações e Representações em Comissões, Colegiados, Conselhos e Câmara, em diversas instâncias da UFSC. Membro Grupo Gestor PRINT/Capes UFSC. Avaliadora do INEP. Membro de Com. de Acreditação de Prog.Enf ISTECS-GRAN (certification-grana.org/sievas/). Membro da Com.Externa de Acompanhamento do Doutorado em Ciências da Enf do ICBAS da Univ do Porto desde 2010. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3832279972927604> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4845-8515>



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem



Atena
Editora
Ano 2023

