



ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM

I. Teorias Administrativas	02
II. Princípios Gerais de Administração	03
III. Funções ou Elementos administrativos	05
IV. Modelos de Gestão em Organizações Hospitalares	06
V. Gerencia, liderança, supervisão e auditoria	08
VI. Elaboração de Instrumentos Administrativos	18
VII. Administração de recursos materiais e recursos humanos ...	24
VIII. Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.....	43
IX. Relacionamento interpessoal.	47

I – TEORIAS ADMINISTRATIVAS

Fayol define o ato de administrar como: PREVER, ORGANIZAR, COMANDAR, COORDENAR E CONTROLAR. Atualmente, sobretudo com as contribuições da Abordagem Neoclássica da Administração, em que um dos maiores nomes é Peter Drucker, os princípios foram retrabalhados e são conhecidos como Planejar, Organizar, Dirigir e Controlar - PODC. Ressalte-se, então, que destas funções as que sofreram transformações na forma de abordar foram "comandar e coordenar" que hoje chamamos de Dirigir (Liderança).

► TEORIAS ADMINISTRATIVAS, SUAS ÊNFASES E SEUS PRINCIPAIS ENFOQUES

Ênfase	Teorias administrativas	Principais enfoques
TAREFAS	Administração científica	Racionalização do trabalho no nível operacional
ESTRUTURA	Teoria clássica Teoria neoclássica	Organização Formal; Princípios gerais da Administração; Funções do Administrador
	Teoria da burocracia	Organização Formal Burocrática; Racionalidade Organizacional;
	Teoria estruturalista	Múltipla abordagem: Organização formal e informal; Análise intra-organizacional e análise interorganizacional;
PESSOAS	Teoria das relações humanas	Organização informal; Motivação, liderança, comunicações e dinâmica de grupo;
	Teoria comportamental	Estilos de Administração; Teoria das decisões; Integração dos objetivos organizacionais e individuais;
	Teoria do desenvolvimento organizacional	Mudança organizacional planejada; Abordagem de sistema aberto;

AMBIENTE	Teoria estruturalista Teoria neo-estruturalista	Análise intra-organizacional e análise ambiental; Abordagem de sistema aberto;
	Teoria da contingência	Análise ambiental (imperativo ambiental); Abordagem de sistema aberto;
TECNOLOGIA	Teoria dos sistemas	Administração da tecnologia (imperativo tecnológico);

► **AS PRINCIPAIS TEORIAS ADMINISTRATIVAS E SEUS PRINCIPAIS ENFOQUES**

A teoria geral da administração começou com a *ÊNFASE NAS TAREFAS*, com a administração científica de Taylor. A seguir, a preocupação básica passou para a *ÊNFASE NA ESTRUTURA* com a teoria clássica de Fayol e com a teoria burocrática de Max Weber, seguindo-se mais tarde a teoria estruturalista. A reação humanística surgiu com a *ÊNFASE NAS PESSOAS*, por meio da teoria comportamental e pela teoria do desenvolvimento organizacional. A *ÊNFASE NO AMBIENTE* surgiu com a Teoria dos Sistemas, sendo completada pela teoria da contingência. Esta, posteriormente, desenvolveu a *ÊNFASE NA TECNOLOGIA*. Cada uma dessas cinco variáveis - *tarefas, estrutura, pessoas, ambiente e tecnologia* - provocou a seu tempo uma diferente *teoria administrativa*, marcando um gradativo passo no desenvolvimento da TGA. Cada *TEORIA ADMINISTRATIVA* procurou privilegiar ou enfatizar uma dessas cinco variáveis, omitindo ou relegando a um plano secundário todas as demais.

II - PRINCÍPIOS GERAIS DE ADMINISTRAÇÃO

O *CORPO SOCIAL* é o órgão e o instrumento da função administrativa; tal função restringe-se ao pessoal (chamado corpo social). Para o bom funcionamento de tal corpo, são necessárias certas condições, as quais ele denomina princípios, afastando a idéia de rigidez e aplicando, em seu lugar, a de flexibilidade.

Conforme Fayol, não existe limitação ao número de tais princípios e enumera aqueles que teve oportunidade de aplicar com mais freqüência:

- *DIVISÃO DO TRABALHO* - consiste em dividir cada uma das tarefas em operações mais simples (especialização) A divisão proposta por Fayol em muito se assemelha à segunda parte do método para pesquisa científica proposto por RENÉ

DESCARTES, na qual ele propõe a divisão do assunto a ser estudado em tantas partes quantas forem necessárias para o seu entendimento.

- *AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE* – Conceitua a autoridade como o poder de dar ordens e de se fazer obedecer; não sendo possível concebê-las individualmente. Afirma que toda regra tem de ser provida de sanção, sem a qual desaparece na empresa o espírito de responsabilidade.

- *DISCIPLINA* – Respeito às regras estabelecidas. A boa direção inspira obediência.

- *UNIDADE DE COMANDO* – Cada agente, para cada ação, só deve receber ordens de um único chefe. Aqui caberia uma comparação com o jargão "muito chefe para pouco índio": a pluralidade de chefes para um único setor dilui a autoridade de cada um deles sobre seu subordinado.

- *SUBORDINAÇÃO* – Prevalência dos interesses gerais da organização. A conceituação de Fayol em muito se assemelha a um princípio jurídico do Direito Administrativo: o interesse geral prevalece sobre o pessoal (ou seja: em havendo divergência entre os interesses da Sociedade e os do indivíduo, os primeiros prevalecem sobre o segundo).

- *REMUNERAÇÃO DO PESSOAL* – tem de ser equitativa, justa, evitando-se a exploração. Deve haver equilíbrio entre os interesses da empresa e os dos funcionários. O tipo de remuneração depende da apreciação deste equilíbrio.

- *CENTRALIZAÇÃO* – Deve Haber um único núcleo de comando centralizado, atuando de forma similar ao cérebro, que comanda o organismo. Tudo o que aumenta a importância das funções dos subordinados é do terreno da descentralização, tudo o que diminui a importância, pertence à centralização.

- *HIERARQUIA* – Cadeia de comando por escalas. Afirma a necessidade de comunicação lateral entre as escalas de comando.

- *ORDEM* – Por meio da racionalização do trabalho, estabelece-se o lugar de cada coisa e de cada pessoa.

- *EQÜIDADE* – Distingue a diferença entre justiça e equidade. Justiça poderia ser conceituada como a realização das convenções estabelecidas, enquanto que equidade

seria o uso da razão onde não há convenção; seria a capacidade de estimular o pessoal a empregar, no exercício de suas funções, toda a vontade de devotamente que é capaz.

- **ESTABILIDADE DO PESSOAL** – O funcionário precisa de tempo para adaptar-se à tarefa que lhe foi incumbida, deslocá-lo sem que este tempo lhe for concedido (sem que sua iniciação tenha sido finalizada) e adotar esta atitude como premissa na administração de um organismo acarretará que nenhuma função jamais seja desempenhada a contento.

- **INICIATIVA** – Os liderados devem ser incentivados a buscarem por si só, as soluções para os problemas que surgirem.

- **ESPÍRITO DE EQUIPE** – O corpo social deve experimentar uma união similar à união de organismos biológicos, sem que isso ocorra, os objetivos não serão comuns e os esforços não serão dirigidos de forma adequada às aspirações da empresa.

III - FUNÇÕES OU ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS

FAYOL AFIRMA A EXISTÊNCIA DE CINCO ELEMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO:

1) Previsão, 2) Organização, 3) Comando, 4) Coordenação e 5) Controle, que podem ser sintetizados na sigla POCC.

1 - PREVISÃO – Fayol conceitua previsão como o ato de calcular o futuro e preparar as ações para que as metas sejam atingidas, tal previsão se faz com um programa de ação. Estabelece que existem vantagens e desvantagens na previsão. Como vantagem afirma que um programa de ação facilita a utilização dos recursos da empresa e a escolha dos melhores meios a empregar para atingir os objetivos; estabelece que a desvantagem reside na dificuldade de se confeccionar um bom programa anual.

2 - ORGANIZAÇÃO – É o ato de dotar uma empresa de tudo quanto for útil ao seu funcionamento (matérias-primas, utensílios, capital e pessoal). Subdivide a organização em organização material e social, tratando apenas do segundo.

3 - COMANDO – Fayol afirma que constituído o corpo social, é preciso fazê-lo funcionar, sendo esta a missão do comando. Conceitua a arte de comandar como o conjunto de certas qualidades pessoais e sobre o conhecimento dos princípios gerais de administração. O comando requer certos preceitos, dos quais Fayol separa oito: c.1) ter conhecimento profundo de seu pessoal; c.2) excluir os incapazes; c.3) conhecer bem os convênios que regem as relações entre a empresa e seus agentes; c.4) dar bom

exemplo; c.5) fazer inspeções periódicas do corpo social, recorrendo nestas inspeções ao auxílio de quadros sinópticos; c.6) reunir seus principais colaboradores em conferências, onde se preparam a unidade de direção e a convergência dos esforços; c.7) não se deixar absorver pelos detalhes e c.8) incentivar no pessoal a atividade, a iniciativa e o devotamento.

4 - COORDENAÇÃO – Fayol conceitua coordenar como o ato de estabelecer a harmonia entre todos os atos de uma empresa de maneira a facilitar o seu funcionamento e o seu sucesso. É dar ao organismo material e social de cada função as proporções convenientes para que eles possa desempenhar seu papel segura e economicamente.

5 - CONTROLE – Consiste em verificar se tudo corre de acordo com o programa adotado (programa de ação – item 'a' do presente), as ordens dadas e os princípios admitidos.

IV – MODELOS DE GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

► 1 - O MODELO DE GESTÃO

Neste modelo, as decisões são descentralizadas, as equipes de enfermagem participam ativamente da tomada de decisões, assumindo a responsabilidade sobre os resultados. Em média, 80% das decisões locais, que envolvem assuntos de enfermagem, podem ser resolvidas no local de prestação da assistência, sem necessidade de envolver as gerências. O conceito empregado tem, como meios de operação, fóruns de decisão (Times Assistenciais, Conselhos da Prática, Gerenciamento e Educação e Pesquisa), que são compostos por membros de todos os níveis hierárquicos, desde diretores até profissionais que prestam assistência à beira do leito. Para exemplificar o exposto, um paciente queixa-se da técnica utilizada para a troca de sua bolsa de diálise. A líder de enfermagem daquela unidade é quem recebe todas as queixas e elogios periodicamente.

Nesse caso, ela encaminha a reclamação ao *Time Assistencial*, que analisa localmente e toma decisões para correção do problema. O Time Assistencial é um fórum composto de representantes de todos os profissionais de enfermagem daquela Unidade, especialmente os da linha de frente. O problema só será encaminhado a um dos Conselhos se envolver o Sistema de Enfermagem como um todo. A grande diferença é que no modelo anterior de gestão, a líder de enfermagem tomaria a conduta final.

► 2 – MODELO ASSISTENCIAL

O Sistema de Enfermagem do hospital desenvolve um cuidado integral e individual, fundamentado em evidências científicas e no trabalho interdisciplinar. Baseia suas decisões no julgamento clínico do enfermeiro, de forma a melhor atender às necessidades

do paciente e família, obtendo sua participação ativa nas decisões sobre o cuidado a ser prestado. O paciente é o centro do processo de cuidar, integrado na tomada de decisão e participante do planejamento e implementação deste cuidado. Esta visão do cuidado, como principal foco da Enfermagem, deriva da Filosofia e Ciência do Cuidar desenvolvida pela teórica de enfermagem Jean Watson, que combina uma visão humanista e uma base sólida de conhecimentos científicos. Nesta visão de mundo, associada às habilidades de pensamento crítico, a ciência do cuidado tem como foco a promoção da saúde e não somente a cura da doença.

Neste cenário, o profissional central é o *Enfermeiro Assistencial*. Ele é o responsável pelo planejamento dos cuidados e estabelecimento de vínculo com o paciente e sua família.

O Enfermeiro, neste modelo, possui igualmente o papel de integrador, facilitador e coordenador das relações entre paciente, equipe multiprofissional, médicos e instituição, à beira do leito.

Importante lembrar que o modelo assistencial adotado pela Instituição é uma diretriz clara de como a organização propõe-se a atingir sua excelência assistencial. É essencial que o enfermeiro tenha a clareza de seu papel neste contexto e aproprie-se dele com autoridade e responsabilidade. Assim, dentre os vários papéis que este profissional possa agregar no transcorrer do processo assistencial, sua atividade deve estar alinhada com sua atuação ético-profissional.

► **3 - O MODELO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA.**

O desenvolvimento técnico-científico, como uma das principais diretrizes do Sistema de Enfermagem, visa propiciar a capacitação profissional e a humanização do atendimento, fornecendo subsídios à implantação do modelo assistencial institucional e o atendimento ao paciente e médico.

O modelo é descentralizado, realizado localmente junto à equipe de enfermagem e inclui um plano diretor voltado a atender as necessidades de desenvolvimento e capacitação de enfermeiros e do nível médio de enfermagem.

Esta iniciativa exigiu, entre outras ações, a revisão das competências clínicas dos enfermeiros e a implantação do *Plano de Desenvolvimento das Competências Clínicas do Enfermeiro (PDCCE)*, que entre as suas finalidades tem como meta consolidar o pensamento crítico do enfermeiro e otimizar a interface com a equipe multidisciplinar. O PDCCE é um método educacional que possibilitou identificar e classificar os enfermeiros de acordo com as suas competências clínicas e a aplicação do conhecimento científico na prática assistencial. Este processo é liderado por enfermeiros experientes, com mestrado ou doutorado, e cujo diferencial está em sua atuação direta junto a pacientes e equipes e não em salas de aula.

O plano de Treinamento e Desenvolvimento de Auxiliares e Técnicos do Sistema de Enfermagem tem seus objetivos direcionados para implementação de uma sistemática regular de capacitação, de modo a facilitar atitudes proativas e permanente interação destes profissionais com os assuntos referentes à assistência ao paciente e de gestão organizacional. O trabalho de uma liderança desafia pessoas por meio da idéia de que uma mudança não é tão simples, mas inevitável. As mudanças podem causar conseqüências que nem sempre poderão ser antecipadas ou evitadas. Existe um hiato entre o ontem e o contexto atual. Ao invés de ficarem congelados com o temor de encontrarem o lado escuro da mudança, os líderes nunca devem desistir de continuar se movendo para que estabeleçam um serviço de excelência no novo contexto do século XXI.

É preciso construir um meio para que transitemos de um lado para o outro. Precisamos definitivamente pensar como líderes num novo contexto. Se tomarmos tempo para criarmos uma visão e um propósito para nossa vida, possivelmente conseguiremos pensar nosso trabalho com um olhar mais abrangente, mais crítico e estratégico.

V – GERÊNCIA, LIDERANÇA, SUPERVISÃO E AUDITORIA

► GERENCIA

O trabalho de enfermagem, enquanto parte do trabalho coletivo em saúde, apresentado anteriormente, realiza-se em diferentes instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas.

O processo de trabalho de enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar.

No processo de trabalho gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e os trabalhos e os recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerencia, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Também utilizam-se outros meios ou instrumentos como força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes administrativos.

A gerência tomada enquanto processo de trabalho de enfermagem pode ser aprendida por dois grandes modelos: o primeiro com foco no indivíduo e nas organizações, denominado de modelo racional; e o segundo centrado na abordagem das práticas sociais e sua historicidade, ou seja, o modelo histórico-social.

O modelo racional corresponde ao enfoque predominante nos estudos e na prática do gerenciamento de enfermagem e esta fundamentado na Teoria Geral da

Administração (TGA). Neste modelo, a tarefa atual da administração é interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional através do Planejamento, Organização, Direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da organização, a fim de alcançar tais objetivos da maneira mais adequada à situação.

No gerenciamento, fundado na flexibilidade, a produção é voltada e conduzida pela demanda, é variada, diversificada e pronta para suprir o consumo, que determina a produção; sustenta-se na existência de um estoque mínimo e do melhor aproveitamento possível do tempo de produção, e num processo produtivo flexível e que o trabalhador é polivalente.

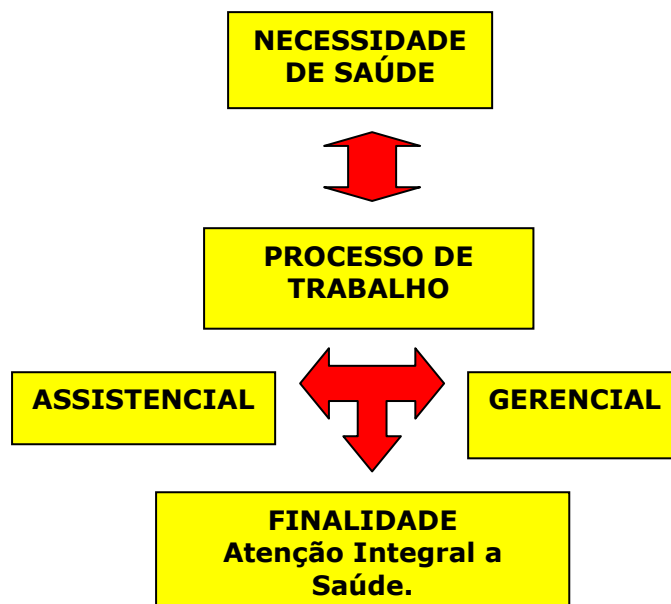
Outra abordagem que permite apreender o gerenciamento é a das práticas sociais ou modelos histórico-social. Nesse modelo, o gerenciamento é apreendido a partir da perspectiva das práticas de saúde, historicamente estruturadas e socialmente articuladas, buscando responder às contradições e tensões presentes no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, a gerência não está voltada apenas para organização e o controle dos processos de trabalho, mas também para a apreensão e satisfação das necessidades de saúde da população. O que requer tomar em consideração a democratização das instituições de saúde e a ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos nos processos de cuidado- usuários e trabalhadores.

O processo de trabalho de gerência na prática de enfermagem está orientado por finalidade imediata que é organizar o trabalho e mediada de desenvolver condições favoráveis para a realização do processo "cuidar", individual e coletivo.

Diante da finalidade de organizar a assistência para favorecer o processo "cuidar", individual e coletivo, a transformação operada no processo de trabalho gerencial incide prioritariamente, sobre os trabalhadores, enquanto, objeto do trabalho.

Os meios e instrumento de que se utiliza os saberes administrativos e suas ferramentas, tais como o planejamento, a coordenação, o controle e a direção, dentre outros mais específicos. Vale destacar que as atividades, próprias da gerência, são organizadas de determinada forma, em que estão presentes a rotinização e a normatização; a hierarquia, o controle e a autoridade; a divisão do trabalho por categorias de trabalhadores, por turnos, por atividade etc.

PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL EM ENFERMAGEM



O processo de trabalho gerencial apreendido da perspectiva das práticas de saúde socialmente estruturadas tem um papel fundamental na construção de um modo de fazer saúde voltado para a necessidade de saúde. No exercício desse papel e pautadas na articulação e integração, *quatro dimensões* são inerentes à atividade gerencial: **1) Técnica, 2) Política, 3) Comunicativa e de 4) Desenvolvimento da cidadania.**

- **DIMENSÃO TÉCNICA:**

Refere-se a aspectos gerais e instrumentais do próprio trabalho, tais como planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, tanto nos recursos humanos como nos materiais e físicos.

- **DIMENSÃO POLÍTICA:**

É aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender, estão presentes as determinações de caráter político-ideológicas e econômicas.

- **DIMENSÃO COMUNICATIVA:**

Essa diz respeito ao caráter de negociação presente no lidar com as relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações da unidade com a comunidade.

- **DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO DA CIDADANIA:**

Essa implica tomar a gerência como uma atividade que contém uma e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer eles os agentes presentes no processo de trabalho, ou os clientes que utilizam os serviços de saúde.

A ênfase nas organizações ou nas necessidades de saúde orienta formas distintas de gerenciamento operadas em enfermagem, implicando formas também diversas de organização desses trabalhos, que são determinantes da assistência de enfermagem prestada à população, bem como de sua qualidade.

► **LIDERANÇA**

Função do líder, forma de dominação baseada no prestígio pessoal e aceita pelos dirigidos.

Teoricamente, a prática da liderança na enfermagem não difere, em essência, de outras áreas. Para melhor compreender de como ocorre o fenômeno liderança na enfermagem, algumas abordagens são necessárias, uma delas é o significado que é atribuído a liderança, a outra trata das características do líder e a influência do poder no processo da liderança.

A LIDERANÇA APARECE NA LITERATURA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS COM PELO MENOS TRÊS SIGNIFICADOS MAIS IMPORTANTES:

- LIDERANÇA COMO ATRIBUTO DE UMA POSIÇÃO, nessa visão é um conceito relativo que implica dois termos: um agente influenciador e as pessoas influenciadas.
- LIDERANÇA COMO CARACTERÍSTICA DE UM INDIVÍDUO, nesta são identificados os traços individuais, físicos, intelectuais e de personalidade dos líderes (Liderança inata).
- LIDERANÇA COMO PARTE DE UM GRUPO, é aquela considerada como um fenômeno que surge à medida que o grupo se forma e se desenvolve, nesse sentido a liderança é considerada situacional, a interação indivíduo/meio é uma constante, e a liderança é uma consequência dessa interação.

CARACTERÍSTICA DO LÍDER:

É atribuído ao líder:

- A coordenação das atividades do grupo;
- Planejamento dessas atividades;
- Estabelecimento de políticas;
- Conhecimento técnico específico;
- a comunicação entre o grupo e o meio ambiente;
- Coordenação interna do grupo;
- Determinação de recompensas e punições e
- Substituição da responsabilidade individuais.

É importante salientar que a autoridade do líder deriva da contribuição que dá ao grupo para atingir os objetivos propostos.

• **ESTILOS DE LIDERANÇA:**

Existem vários estudos que descrevem os estilos de liderança:

◆ **LIDERANÇA AUTOCRÁTICA**, este tipo de liderança explora e estimula a dependência mediante a satisfação de necessidades evidenciadas pelos liderados, esse estilo favorece a centralização de poder, e enfraquece as iniciativas individuais e promove comportamento submisso dos membros do grupo.

♦ **LIDERANÇA DEMOCRÁTICA**, esse estilo de liderança leva em consideração o desenvolvimento das habilidades e capacidade de seus membros , a qualidade do desempenho e a interação dos indivíduos do grupo.

É importante que o líder democrata tenha segurança técnico-profissional , uma vez que essa equalização de poder é ameaçadora principalmente se o líder tiver competência profissional inferior a de seus subordinados .

♦ **LIDERANÇA AUTORITÁRIA**, Considera-se aquele líder que pressupõe o homem como um ser preguiçoso e pouco merecedor de confiança

♦ **MÉTODO CONTINGENCIAL DE LIDERANÇA**, este método adota o conceito que o comportamento adaptativo do líder , e considera que os diferentes estilos de comportamento do líder podem ser eficiente ou ineficientes ,dependendo dos elementos envolvidos na situação .

♦ **ESTILO GERENCIAL 3D**: Esse estilo é baseado na eficácia dos estilos , há uma integração aos conceitos de estilos de liderança e os requisitos situacionais de ambiente específico . Diz-se portanto que, quando um líder é apropriado para um determinada situação, chama-se eficaz, quando não , é ineficaz.

De acordo com esse método não existe líder ou estilo ineficaz , a eficácia depende da situação em que o líder atua.

• **O PODER DO ENFERMEIRO E A LIDERANÇA**

Na formação do enfermeiro , com raras exceções, é enfatizado o cumprimento das ordens e regras, a responsabilidade inquestionável pela execução das atividades a ele prescritas e o conhecimento direcionado para a assistência direta ao paciente hospitalizado.

Na realidade da prática assistencial o enfermeiro encontra , nessas organizações , um ambiente que favorece o cumprimento às ordens dadas e a responsabilidade inquestionável, mas não a assistência de enfermagem direta ao paciente . Essa assistência não é direta, uma vez que na grande parte do tempo o enfermeiro assume atividades denominadas administrativas, entre elas as referentes à administração do pessoal de enfermagem. É no desempenho dessas atividades que o enfermeiro formaliza seu papel organizacional assumindo, frequentemente , cargos de chefia. Talvez pela capacitação técnica específica ou por motivos como interesses organizacionais ou ainda pelas necessidades do grupo dirigido, o enfermeiro assume geralmente a liderança do grupo de enfermagem

As organizações de saúde onde ocorre essa prática selam esse compromisso das formas mais variada . Assim, os manuais de procedimentos atribuem ao enfermeiro o papel de chefe ou líder, os organogramas refletem uma posição estratégica na hierarquia institucional e a estrutura informal concede-lhe um certo poder. Por sua vez , o enfermeiro aceita o papel e procura desempenhá-lo de acordo com as

expectativas do grupo e da instituição. Nesse contexto percebe-se um impasse, pois o enfermeiro sente-se dividido entre o atender às necessidades expectativas do grupo de enfermagem, às do grupo de saúde (usuário) e às organizações. Somam-se as suas expectativas enquanto profissional e pessoa.

• **O ESTILO DE LIDERANÇA ADOTADO**

Quando o enfermeiro, atendendo a uma necessidade do grupo de enfermagem, assume um estilo de liderança democrático e participativo, passa, muitas vezes, a ter problemas com a administração superior. Desse modo, é comum encontrar-se o enfermeiro amoldando seu estilo de liderança às propostas organizacionais, ou seja, adotando um estilo de liderança autocrática. Em consequência, o grupo produz quantitativamente bem, mas em geral qualitativamente mal e sempre sem o conhecimento da totalidade do trabalho realizado. O grupo é mantido imaturo e dependente.

Isso acontece porque a proposta de liderança democrática não coincide com a proposta organizacional. Raramente encontramos, na administração de pessoal de saúde, proposta de liderança.

Por outro lado, o modelo vivenciado pelo enfermeiro junto à administração superior é por ele reproduzido junto ao grupo de enfermagem. Isto também explica a freqüente adoção, pelo enfermeiro, de um estilo autocrático de liderança.

Segundo a proposta mais atual de estilo de liderança, que é a contingencial, há a necessidade e o líder criar ou reconhecer um ambiente favorável, como também conhecer as expectativas dos liderados antes de adotar um estilo de liderança.

Cabe ao enfermeiro, portanto, refletir sobre a prática da liderança na enfermagem por ele vivenciada, e analisá-la segundo os fatores que a determinam.

Somente o conhecimento dessa realidade é que permite a possibilidade de escolha.

▶ **SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM**

O *SUPERVISOR*, antes visava apenas à obtenção do máximo rendimento dos funcionários, sendo indiferente à necessidade de cada um, passa a visualizar o ser humano, a se preocupar em compreendê-lo e em ajudá-lo a desenvolver-se. Desse modo, ao conceito da função supervisão foi acrescido o caráter educativo. A fiscalização, utilizada até então como meio para detecção de erros e punição, foi substituída pelo controle associado à educação.

O elemento supervisor passou a preocupar-se com o passar do tempo com o planejamento, a execução e avaliação do trabalho, visando sempre à sua melhoria e ao crescimento do pessoal.

O papel do elemento supervisor mudou para o de um orientador e facilitador no ambiente de trabalho.

• **CONCEITOS:**

A função supervisão tem recebido uma variedade de definições, muitas vezes semelhantes entre si.

Uma das mais importantes é a definição segundo o Ministério da Saúde, a “*SUPERVISÃO* é um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados”.

A supervisão vem sendo caracterizada como uma função administrativa que envolve um processo de orientação contínua de pessoal com a finalidade de desenvolvê-lo e capacitá-lo para o serviço.

• **ATIVIDADES E OBJETOS DA FUNÇÃO SUPERVISÃO.**

Na enfermagem, o elemento supervisor desenvolve, junto aos funcionários, atividades diversificadas como:

- Discussão das convicções, valores e objetivos de serviço de enfermagem;
- Caracterização da clientela atendida.
- Identificação das necessidades de assistência de enfermagem;
- Planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem segundo os critérios e as prioridades definidas;
- Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada;
- Previsão e provisão de recursos humanos, materiais, físicos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem;
- Identificação da necessidade de treinamento e orientação de funcionários;
- Elaboração, implantação e avaliação de normas, procedimentos e rotinas e manual do serviço de enfermagem;
- Manutenção de um sistema de informação;
- Prevenção de situações problemáticas;
- Estratégias de motivação para os funcionários; entre outras atividades específicas da realidade dos serviços de enfermagem.

Na enfermagem, são poucos os enfermeiros que não desenvolvem a função supervisão, pois desde os que prestam cuidados diretos aos pacientes até os que chefiam divisões ou serviços de enfermagem, todos de maior ou menor complexidade que visam ao aprimoramento do pessoal de enfermagem e à manutenção de condições necessárias para a prestação de uma assistência eficiente e eficaz. Esses são os objetivos principais da função supervisão.

• **FASES PARA O DESENVOLVIMENTO DA SUPERVISÃO:**

A função supervisão, no seu desenvolvimento, abrange três etapas: Planejamento, Execução e Avaliação.

■ 1 - PLANEJAMENTO DA FUNÇÃO SUPERVISÃO:

A partir do momento em que o elemento supervisor passa a almejar o alcance de determinados objetivos, sente a necessidade de planejar ações.

O planejamento compreende desde a percepção de uma necessidade de ação até a decisão quanto a o que será feito, por quem e quando. Desse modo, o elemento supervisor terá informações a respeito do que será feito no dia, semana, mês, ou até mesmo ano, podendo, a partir disso, prever e prover os recursos humanos e materiais.

Existem alguns instrumentos que são comumente utilizados para o planejamento da função supervisão, entre eles **Plano de supervisão, cronograma e roteiro**.

❖ PLANO DE SUPERVISÃO

O plano de supervisão é elaborado com dados principais como: período, atividades, e os objetivos a serem alcançados. O período de tempo deve ser compatível com a complexidade dos objetivos, caso contrário não haverá tempo suficiente ou sobrá muito tempo. As atividades descritas no plano devem ser coerentes para com os objetivos propostos.

Desse modo o plano de supervisão é um instrumento importante, pois ensina a racionalizar o tempo e as ações, tornando-os apropriados aos objetivos, o que propicia maiores possibilidades de sucesso.

❖ CRONOGRAMA

Normalmente o Enfermeiro elabora um cronograma de atividades quando quer priorizar ou determinar quando desenvolverá determinadas atividades. Assim sendo um cronograma consta a relação de atividades e dos dias ou períodos em que serão executadas.

❖ ROTEIRO

No roteiro são correlacionadas informações a respeito do objetivo da supervisão, da área supervisionada, dos aspectos analisados, dos resultados encontrados, das orientações dadas, com ênfase nos problemas e recomendações feita no local. Porém existem roteiro mais simples onde apenas atividades a serem desenvolvidas são listadas.

■ 2 - EXECUÇÃO DA FUNÇÃO SUPERVISÃO:

O Enfermeiro precisa – como requisito para o desenvolvimento da função supervisão – competência profissional, habilidade para relacionar-se com as pessoas, motivação para o desenvolvimento do pessoal, crença no potencial do ser humano e na importância do envolvimento de todos os funcionários nas decisões relativas às rotinas de trabalho, visando à manutenção de uma assistência de enfermagem eficaz.

■ **AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SUPERVISÃO:**

O Enfermeiro que desenvolve a função supervisão deve, durante todo o processo, desde o planejamento, iniciar a avaliação dos resultados obtidos . Essa avaliação durante o processo – ou seja, a imediata- oferece subsídios importantes para replanejamento da função enquanto ela ocorre. Ao término de todas as ações planejadas , deve se feita uma avaliação geral onde são analisados, desde os resultados obtidos , a pertinência dos objetivos e das ações, e as técnicas e instrumentos utilizados. O resultado dessa avaliação dessa avaliação imediata fornece subsídios para o aperfeiçoamento da função supervisão.

● **DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO SUPERVISÃO**

Existem situações que dificultam o desenvolvimento da função supervisão. limitando o alcance dos objetivos traçados, entre as quais pode-se citar:

❖ A existência de uma filosofia de enfermagem que não enfatiza a importância do desenvolvimento de pessoal e da manutenção de relações interpessoais fundamentadas no respeito mútuo .

❖ A existência de uma política de trabalho centralizadora , autoritária e trefista , e não estimuladora da participação dos funcionários no processo decisório , nem de uma postura reflexiva , conscientizadora , mantendo-os , assim , imaturos e incapazes de interferir no processo vivenciado.

❖ Inadequação dos recursos humanos, materiais , físicos e financeiros.

● **RESULTADOS ADVINDOS DA PRÁTICA DE UMA SUPERVISÃO EFICAZ.**

Ao aprimorar a função supervisão , o enfermeiro está contribuindo para que alguns resultados sejam alcançados . Entre eles, a manutenção de um nível elevado na qualidade da assistência de enfermagem , a manutenção da satisfação do cliente dos familiares e dos funcionários , o reconhecimento da qualidade da assistência de enfermagem e a manutenção de condições propícia ao desenvolvimento e motivação do pessoal , ao trabalho em equipe e à adaptação das técnicas de trabalho à natureza do homem enquanto trabalhador.

▶ **AUDITORIA EM ENFERMAGEM**

AUDITORIA é uma avaliação sistemática e formal de uma atividade , por alguém não envolvido diretamente na sua execução , para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito de acordo com seus objetivos.

AUDITORIA EM ENFERMAGEM é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem , verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste . Chega-se a conclusão de que auditoria é a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis.

• **AUDITORIA OPERACIONAL**

Consiste na realização de atividades voltadas para controle das ações desenvolvidas pela rede de serviços do Distrito Sanitário.

Concentra-se nas condições da rede física, nos mecanismos de regulação e no desenvolvimento das ações de saúde.

• **AUDITORIA ANALÍTICA**

Baseia-se no desenvolvimento de atividades que têm por objetivo aprofundar as análises de aspectos específicos do sistema de saúde do Distrito Sanitário, ou seja, é voltada para a avaliação quantitativa, inferindo, em algumas situações, a qualidade das ações de saúde do Distrito Sanitário.

• **AUDITORIA OPERACIONAL**

* *LOCUS DE AÇÃO*

O Sistema Nacional de Auditoria foi criado pela Lei nº 8.689 de 7 de março de 1993, artigo 6º, e regulamentado pelo Decreto-Lei nº 1.651 de 28 de setembro 1995. Tanto a lei como o decreto tiveram um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo os preceitos contidos nas leis 8.080/90 e 8.142/90 e na Constituição Federal.

A operação do sistema de auditoria deve ocorrer descentralizadamente, com definição das competências de cada esfera de governo.

O Decreto nº 1.651/94 definiu que as atividades de auditoria ficam a cargo do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

O sistema é integrado por uma Comissão Corregedora Tripartite, composta pela direção nacional do SUS, representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde.

Cabe a cada nível de governo as seguintes competências, para atividades de auditoria:

♦ **NÍVEL FEDERAL**

- a. aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante análise dos relatórios de gestão;
- b. as ações e serviços de saúde de abrangência nacional;
- c. os serviços de saúde sob sua gestão;
- d. os sistemas estaduais de saúde;
- e. as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria.

◆ **NÍVEL ESTADUAL**

- a. aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios;
- b. as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c. os serviços de saúde sob sua gestão;
- d. os serviços municipais e os consórcios intermunicipais de saúde;
- e. as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

◆ **NÍVEL MUNICIPAL**

- a. as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- b. os serviços de saúde sob sua gestão (públicos e privados);
- c. as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual o município esteja associado.

VI – ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS

▶ **MANUAIS**

Os manuais, instrumentos integrantes do sistema de informação da organização, transmitem, por escrito, orientações aos elementos da equipe de enfermagem para o desenvolvimento das atividades.

Enquanto instrumentos de informação, os manuais reproduzem a estrutura **formal** (informação escrita) do serviço de enfermagem.

• **CONCEITO, IMPORTÂNCIA E CARACTERÍSTICAS DOS MANUAIS:**

Entende-se por manual de enfermagem o instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de enfermagem.

Essas informações podem estar agrupadas em um único manual ou divididas de acordo com sua finalidade: manual de normas, rotinas e procedimentos; manual de educação em serviço; manual de funcionários, manual de formulários e outros.

O manual tem por finalidades esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem, constituindo um instrumentos de consulta.

Assim, o manual deve ser constantemente submetido à análise crítica, ser atualizado sempre que necessário, considerando também os avanços advindos dos resultados das pesquisas realizadas na área de enfermagem.

• **ELABORAÇÃO DOS MANUAIS**

Os manuais podem ser elaborados a partir de *duas situações*: 1 – quando na fase de organização e programação das atividades de um serviço; 2 – e quando este já está

em funcionamento e requer a atualização de normas e procedimentos. Em ambas as situações, a metodologia a ser aplicada é a mesma.

A elaboração de um manual de enfermagem podem ser sintetizadas em 05 (cinco) etapas como:

- 1** – Diagnostico da situação; **2** – Determinação dos assuntos;
3 – Estruturação e confecção dos instrumentos; **4** – Implantação; **5** – Avaliação.

♦ **1 – DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO**

O diagnostico é feito, com base no levantamento e na análise de informações do serviço de enfermagem.

O levantamento é precedido da definição sobre que informações serão coletadas e sobre como serão como será feito esse levantamento . Algumas informações são básicas para ele:

- A estrutura organizacional em que o serviço esta inserido;
- Os objetivos que devem ser alcançados em função das necessidades de saúde da sua clientela;
- As ações de enfermagem que devem ser desenvolvidas e por quem;
- Problemas enfrentados na prestação da assistência de enfermagem e etc..

Essas informações podem ser levantadas pela utilização de algumas técnicas, como: entrevista, questionário, observação e discussão em grupo. A escolha de uma outra técnica depende do tipo de informação a ser levantada.

De posse dessas informações, o próximo passo é analisá-las para o alcance do diagnostico da situação.

Quando os elementos do grupo se predispõem ou são envolvidos a participar dessa fase, há maior comprometimento com os resultados, o que garante maior adequação do manual ao contexto e maior satisfação dos indivíduos participantes.

♦ **2 – DETERMINAÇÃO DOS ASSUNTOS**

A análise das informações coletadas define que instrumentos (normas, rotinas, procedimentos e etc.) o manual deve conter e qual o conteúdo desses instrumentos.

Nessa fase, o grupo decidirá, por exemplo, se para um determinado assunto será melhor a elaboração de um procedimento ou de uma rotina, de acordo com a situação analisada.

♦ **3 – ESTRUTURAÇÃO E CONFECÇÃO DOS INSTRUMENTOS**

A estruturação do conteúdo informativo, envolve a ordenação (seqüência lógica, agrupamentos) e apresentação dos assuntos (numeração, linguagem, disposição na folha). A estruturação física do manual envolve a definição do tipo de papel, meio de localização do assunto etc.

Após essas definições de estrutura, cabe discutir quem irá escrever os instrumentos: enfermeiro(a), um grupo escolhido ou todos aqueles que utilizarão o manual. Independentemente de quem irá escrever, é importante que o conteúdo seja analisado pela pessoa diretamente envolvida na situação. Por exemplo, na confecção de uma rotina de encaminhamento de material para exame, o atendente que executa esta atividade pode melhor analisar a sua adequação.

A cópia provisória do manual deve ser submetida a uma revisão para a correção de possíveis erros, após a verificação, será feita a impressão final e montagem dos instrumentos. Terminada a elaboração do manual, ele deve ser aprovado nos níveis hierárquicos superiores.

◆ 4 – **IMPLANTAÇÃO**

A implantação do manual, quando elaborado por todos, torna-se mais fácil, pois as informações nele contidas representam o consenso do grupo que o colocará em prática. No entanto, caso não tenha havido a participação da maioria dos funcionários, faz-se necessário o preparo do grupo para a sua implantação, esclarecendo principalmente seus objetivos, conteúdo e resultados.

Na fase de implantação, deve-se considerar, também, o local de permanência do manual, sendo preferível mantê-lo em lugar acessível aos usuários. De nada adianta manter o manual trancado na gaveta ou sala de quem elaborou, pois ele se destina aos usuários, devendo ser por eles utilizado; caso contrário, foge às suas finalidades.

◆ 5 – **AVALIAÇÃO**

O manual deve ser utilizado e, para isto, suas informações devem sofrer constantes avaliações e reformulações. Um material desatualizado provavelmente se tornará desacreditado.

A atualização pode ser programada para períodos previstos ou quando surgirem mudanças, desde que todos os usuários sejam previamente orientados.

• **CONTEÚDO DO MANUAL**

O conteúdo do manual é determinado pela necessidade de informação da unidade onde será implantado. O manual poderá conter:

- A estrutura administrativa de organização e do serviço de enfermagem;
- As normas, rotinas e procedimentos relacionados ao pessoal, à assistência que deverá ser prestada ao cliente, aos materiais etc..
- Os diagnósticos de enfermagem e seus referidos cuidados;
- A descrição das funções que cada elemento da equipe deve realizar;
- O quadro do pessoal da unidade;
- E qualquer outras informações necessárias para um bom funcionamento do serviço da enfermagem;

Essas informações podem estar contidas em um único manual, ou separados, dependendo das características, finalidades das mesmas.

▶ **MANUAL DE NORMAS**

As normas são conjuntos de regras ou instruções para determinar procedimentos, métodos, organização, que são utilizados no desenvolvimento das atividades de enfermagem. São leis, guias que definem o modo e quem deve realizar as ações de enfermagem.

• **CRITERIOS PARA ELABORAÇÃO**

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem, uma norma, para servir de guia, deve ser formulada obedecendo alguns critérios:

- É estabelecida por uma autoridade reconhecida, como por exemplo, o enfermeiro da unidade.
- Baseia-se num princípio, por exemplo: princípio da assepsia;
- Traduz objetivos e descreve as condições necessárias para alcançar um ideal;
- Deve ser flexível, permitindo o raciocínio e a iniciativa;
- Deve ser ampla e expressa de maneira clara e concisa, adequada a propósitos, e definida para poder determinar se foi ou não cumprida;
- Deve basear-se em teorias e práticas atualizadas e estabelecer metas para melhoria;
- Os critérios de avaliação que a acompanham devem estabelecer medidas qualitativas e quantitativas do serviço de enfermagem;
- Deve estar sujeita a continua revisão e avaliação;

* **EXEMPLOS DE NORMAS:**

- A prescrição dos cuidados de enfermagem deverá ser feita pelo enfermeiro encarregado, segundo condutas estabelecidas.
- Todo acidente ocorrido com o pessoal de enfermagem, durante a realização das atividades, deverá ser imediatamente informado à chefia de enfermagem.
- Os materiais para exame laboratorial de rotina deverão ser encaminhados ao laboratório, diariamente, até as 9 horas.
- Todo paciente cardíaco deverá ser pesado, diariamente, pelo atendente de enfermagem designado para cuidá-lo.
- os funcionários de enfermagem deverão estar na unidade onde trabalham, devidamente uniformizados, até as 7 horas.

▶ **MANUAL DE ROTINAS**

A rotina, conforme definição do Ministério da Saúde, é o conjunto de elementos que especifica a maneira exata pela qual uma ou mais atividades devem ser realizados. É a descrição sistematizada dos passos a serem dados para a realização das ações componentes de uma atividade, na seqüência da execução.

Uma rotina instrui sobre o que deve ser feito, quem deve fazer e onde.

• **ELABORAÇÃO**

A rotina é específica de cada unidade, uma vez que seus passos e agentes dependem dos recursos existentes nessa unidade. Por exemplo: em uma unidade que dispõe de mais recursos, o curativo é feito pelo enfermeiro; em outra que não tem esse profissional em número suficiente, será feito pelo auxiliar de enfermagem.

Neste caso, cada unidade terá uma rotina diferente; além dos agentes diferentes, a linguagem diferente; e a descrição das ações deverão estar de acordo com o preparo de quem irá executá-la.

As rotinas podem conter as seguintes informações:

- nome da organização da saúde;
- nome da unidade a quem se destina;
- título da rotina;
- normas inerentes a rotina, quando couber;
- identificação do agente da ação;
- ações a serem realizadas;
- outras informações necessárias.

• **TIPOS DE ROTINAS**

Existem três tipos principais de rotina: de colunas, textual, e fluxograma.

➤ *Rotina forma de COLUNA*: oferece rápida visualização da informação necessária, facilitando sua consulta. É composta de três colunas básicas: o agente (quem), ação (o quê) e observação (onde). Os agentes são os únicos elementos (podendo nesse caso ser colocado numa norma) e a coluna dos mesmos cita os tipos de profissionais envolvidos na rotina (equipe de enfermagem ou multidisciplinar).

➤ *Rotina TEXTUAL*: Como o próprio nome diz – é a forma de texto, podendo seguir tópicos (normas, agentes, ações, observação) da rotina de colunas.

➤ *Rotina FLUXOGRAMA*: Representa graficamente as ações a serem realizadas, utilizando símbolos identificados em uma legenda. Pode ser vertical ou horizontal dependendo da disposição em que ocorre a seqüência das ações. Também é composta por colunas: convenções, agentes, descrição das ações.

▶ **MANUAL DE PROCEDIMENTOS**

Procedimento é a descrição detalhada e seqüencial de como uma atividade deve ser realizada. **É sinônimo de Técnica.**

O procedimento, ao contrario da rotina, geralmente é uniforme para toda a organização, pois esta baseado em princípios científicos e, assim, não se modifica, independentemente de quem o realiza. Por exemplo, um procedimento de sondagem vesical é realizado por um enfermeiro, ou por um médico sempre da mesma maneira. O tipo de material utilizado pode ser modificado, mas a técnica de fazer a sondagem geralmente não.

• **ELABORAÇÃO**

É importante que os passos do procedimentos sejam suficientemente detalhados e explicativos, para redimir todas as dúvidas de quem vai executá-lo.

Assim como a rotina, o procedimento também deve ter uma identificação exata. O procedimento pode conter as seguintes informações:

- nome da organização da saúde;
- nome da unidade de enfermagem;
- titulo do procedimento;
- finalidade;
- princípios a serem observados
- material necessário;
- Preparo do paciente;
- preparo do ambiente;
- descrição dos passos;
- anotação no prontuário;

• **TIPOS DE PROCEDIMENTOS**

Existem dois tipos principais de procedimento: textual e de colunas.

O *procedimento textual* é descritivo como um texto.

O *procedimento de colunas* pode unir vários informações, como, por exemplo, finalidade e descrição dos passos, material e descrição dos passos, e outros, de acordo com a informação que se quer salientar.

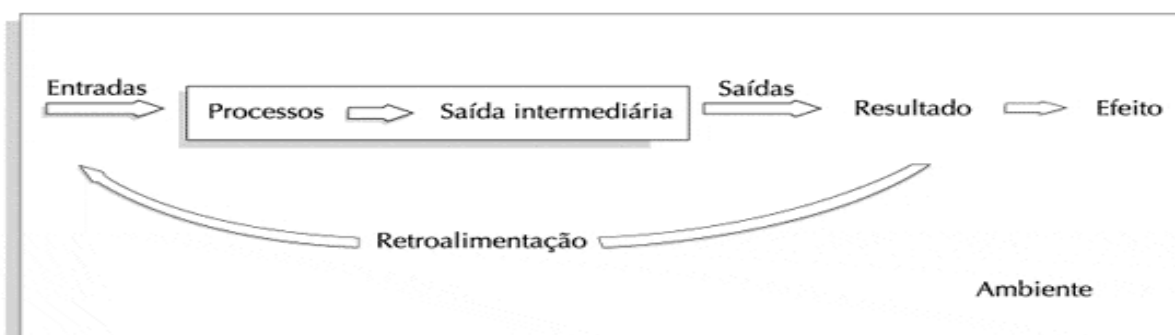
* **OBS:** O manual como instrumento de consulta ajuda na solução das duvidas, mas sozinho não é efetivo. Há necessidade de se aliar a consulta ao manual à supervisão das atividades desenvolvidas, pois, mesmo com todo cuidado na elaboração, podem ainda surgir duvidas e necessidades de orientação.

VII – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS E RECURSOS HUMANOS

O objeto da administração de recursos humanos são as pessoas e suas relações dentro da organização. No entanto, certamente não é esse o seu objetivo. É sempre necessário esclarecer o formulador dos objetivos que se quer atingir. Nessas condições, pode-se dizer que a administração de recursos humanos serve para manter a organização produtiva, eficiente, eficaz, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham. A *ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS* pode ser compreendida como: um subsistema de uma organização, pois pessoas realizam o trabalho das organizações. Mesmo quando existe uma intensa substituição do elemento humano por máquinas, as pessoas recolhem o produto transformado pelas máquinas, ligam-nas, desligam-nas, decidem quando acioná-las e quando consertá-las (e até contratos de manutenção para elas)... O termo "recurso humano" torna-se compreensível em função da utilização do modelo de teoria geral de sistemas.

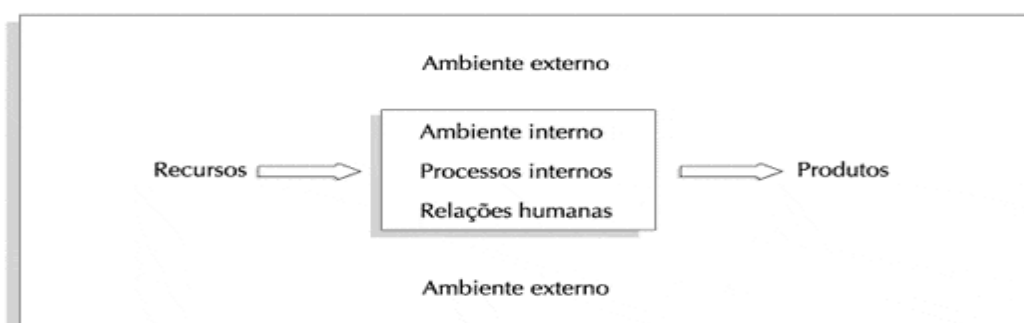
CONCEPÇÃO DA ORGANIZAÇÃO COMO SISTEMA

A organização como sistema



Modificação do mesmo modelo segundo áreas de preocupação do administrador.

A organização segundo áreas de preocupação de seus gerentes



► **O SUBSISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

Considerar o modelo de sistemas leva a compreender a organização como um sistema aberto (que interage com o ambiente que a rodeia) e complexo (composto de uma série de subsistemas com diferentes finalidades, todos idealmente com o mesmo objetivo). A administração de recursos humanos dentro da organização pode ser classificada como um de seus subsistemas. Para descobrir os componentes desse subsistema, deve-se compreender a trajetória do indivíduo sob a ótica da organização.

O modelo "lógico" apresentado a seguir não é real, pois a realidade não se rende perante esse tipo de formulação. Como qualquer modelo pressupõe, trata-se de uma simplificação. A decisão sobre a qualificação dos trabalhadores seria uma das primeiras informações a servir como subsídio para desencadear o ciclo do subsistema da administração de recursos humanos. Assim que aqueles trabalhadores estiverem em pleno exercício de suas funções, é hora de desencadear um componente em geral considerado entre os últimos - a avaliação dos recursos humanos. Nem a definição de necessidades costuma ser o primeiro passo, nem a avaliação - se e quando feita - deve ser o último. O importante é ter em mente que essas atividades devem ser realizadas. O momento da sua realização é indicado pela própria vida organizacional.

► **SUPRIMENTO**

Para obter o suprimento de trabalhadores, a organização possui duas funções tradicionalmente concebidas: RECRUTAMENTO E SELEÇÃO. Este texto busca apresentar a teoria em seus termos ideais, acompanhados de algumas críticas. *RECRUTAMENTO* significa, teoricamente, buscar o trabalhador ideal, esteja ele onde estiver, e interessá-lo em tornar-se um membro da organização. Na verdade, há dois extremos nessa função de recrutamento externo:

- **1** - O profissional desejado existe, é especializado e foi localizado numa organização diferente daquela para a qual se quer atraí-lo. Aí ocorre um mecanismo de sedução, que consiste em atrair esse profissional utilizando condições mais vantajosas. Mesmo na área da saúde, onde existe o mito dos grandes especialistas, críticos para realizar algumas tarefas na área técnica, essa situação é bastante rara - ela se limita a algumas categorias profissionais, quando não a alguns nomes, em geral de técnicos em saúde e quase nunca de gestores. Exceto nestas situações excepcionais, os serviços se contentam com quem conseguem obter (não necessariamente tendo claro o que desejariam).

- **2** - Não há definição clara a respeito de quem se deseja como o futuro ocupante de cargos da organização, desde que preencham as condições necessárias. Nesta situação, define-se o perfil do cargo, descrevem-se seus requisitos e se providencia a divulgação desta informação em locais apropriados. Por exemplo, caso se desejem

agentes de saúde sem qualificação prévia na área de saúde (a ser oferecida pelo município), mas que residam na região, o lugar mais apropriado para a divulgação do anúncio pode ser a sede da associação comunitária, a igreja ou a escola local. Caso se busque um engenheiro com conhecimento em engenharia biomédica, há poucos locais aos quais encaminhar o pedido de currículos.

A *SELEÇÃO DE PESSOAL*, por sua vez, viria - idealmente - após o recrutamento e teria por finalidade descobrir, entre os que se candidatam, aqueles que "interessam" à organização, aqueles mais adequados ao trabalho. A seleção, em geral, ocorre quando há excesso de oferta de candidatos, de modo a tentar garantir que os melhores ingressem na organização. Seria desejável que essa circunstância ocorresse sempre, de forma a aumentar a probabilidade de que um nível mínimo de exigências fosse cumprido. A definição desse nível mínimo e sua exigibilidade compete, mais uma vez, aos responsáveis pelas decisões da organização. Por exemplo, a inexistência de um médico para uma unidade de emergência pode ou não significar a contratação de um profissional pouco qualificado, se ele for o único candidato. Também cabe definir qual a situação de menor risco para a organização ou seus usuários. Deve-se definir os critérios de ingresso e adequá-los, sempre que necessário. *Há diversos tipos de mecanismos de seleção, entre esses dois casos extremos:*

1- *CONCURSO PÚBLICO*, em que a lógica prevalente é oferecer a toda a população - desde que se encaixe no perfil exigido - o direito de se candidatar a uma dada posição;

2- *INDICAÇÃO*, segundo a qual o responsável consulta as pessoas em quem confia (ou de quem depende) a respeito do indivíduo ideal para exercer determinadas funções. O critério, nesse caso, pode ser técnico (a pessoa mais competente para realizar aquela função) e/ou político (a pessoa mais conveniente para realizar aquela função).

Por mais que essas decisões pareçam rotineiras, deveriam ser consideradas como estratégicas, pois influenciam os rumos e os resultados pretendidos pela organização. O fato de ser sobrinho do diretor-geral não necessariamente capacita alguém a ser o responsável por compras ou pelo planejamento. A relação de parentesco tampouco desqualifica uma pessoa. Ainda resta considerar os exames médicos e psicotécnicos admissionais, se os requisitos não se restringirem ao conhecimento. Por exemplo, é desejável que um técnico de laboratório enxergue bem, mas um operador de câmara escura pode ser cego, sem que isso interfira negativamente em seu trabalho. Um motorista de ambulância deveria ter maior tolerância ao estresse que um datilógrafo e

uma telefonista necessita de paciência, embora possa ter problemas dermatológicos. A possibilidade de o trabalhador se dedicar por um longo período ao serviço municipal deveria ser levado em conta, bem como sua percepção desse fato. Um fator relativamente novo no Brasil começa a ser discutido - embora, em outros países, já seja corriqueiro - o das quotas por gênero e por raça. Embora a discussão esteja mais presente em função de acesso à educação, cabe prever mais este objeto de decisão.

► **MANUTENÇÃO**

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos - entre os quais os custos mencionados anteriormente - passa a ser necessário mantê-lo dentro dela. O conceito de manutenção valoriza o contrato psicológico, que começa a assumir a forma de um acordo mais objetivo, mediado por relações de trabalho.

Contrato pode ser definido como um instrumento por meio do qual diferentes partes afirmam formalmente suas vontades, direitos e obrigações.

Freqüentemente, o contrato de trabalho menciona função, número de horas e remuneração. Todo o resto transcende o documento formal, seja porque é mais cômodo deixar que as circunstâncias se resolvam sozinhas, seja porque ninguém tem certeza se é conveniente tentar regular as relações de caráter pessoal.

► **DESENVOLVIMENTO**

O desenvolvimento profissional é definido por meio das atividades de treinamento técnico e de reciclagem. Para ter bons resultados nas organizações, não basta ser bons profissionais - eles precisam desempenhar suas tarefas de acordo com as determinações ou com os padrões da organização. A idéia subjacente ao treinamento é oferecer ao profissional mais uma habilidade ou mantê-lo atualizado naquelas de que já dispõe, seja devido às inovações tecnológicas em suas áreas de atuação, seja pela necessidade de incorporar uma nova atividade entre aquelas desenvolvidas na organização, seja ainda pela constatação de um desempenho insatisfatório do técnico. Em qualquer caso, o sistema de desenvolvimento deve estar atento ao que ocorre na sua organização, pois deve tomar conhecimento, além da avaliação do desempenho dos trabalhadores, das inovações introduzidas.

RECICLAGEM é o eufemismo costumeiramente utilizado para se referir ao treinamento sem ferir suscetibilidades. De fato, treinamento pressupõe partir de um nível homogêneo de conhecimento, geralmente próximo de zero. Seria o equivalente da

"ciclagem". Dessa forma, reciclagem seria atualização, revisão de conhecimentos, aprimoramento daquilo que, a rigor, já se sabia.

► **AVALIAÇÃO**

A avaliação de recursos humanos requer uma apreciação mais global. Existe um desempenho de conteúdo técnico, cuja avaliação está sob responsabilidade dos supervisores imediatos, supondo que estes tenham conhecimento técnico suficiente para fazê-lo e contato com as normas mais atualizadas, externas à organização e internas a ela. Ao mesmo tempo, o órgão de Recursos Humanos pode oferecer ajuda por meio de instrumentos que eventualmente formalizem a avaliação, bem como mediante a compilação dos diversos resultados de avaliação técnica de cada funcionário no tempo e a respeito de uma dada atividade pela organização como um todo.

FUNÇÃO	ATIVIDADES PRINCIPAIS
Suprimento	Recrutamento e seleção
Aplicação	Alocação e socialização
Manutenção	Remuneração, carreira, condições de trabalho
Desenvolvimento	Treinamento, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento organizacional
Avaliação	Do recurso humano, da administração de recursos humanos e da organização

► **DIMENSIONAMENTO PESSOAL (CÁLCULO)**

A resolução 293/2004 esclarece a fundamentação dos cálculos e formulas recomendada nos Anexos I, II, III e IV, disponíveis no site www.portalcoren-rs.gov.br.

Para efeito de cálculos, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas vinte quatro horas:

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

UTILIZANDO O COEFICIENTE DE MARINHO, A FORMULA DE CALCULO DE PESSOAL É:

$$QP = KM \times \text{Total de Horas de Enfermagem (THE)}$$

UTILIZANDO A FORMULA USADA POR FUGULLIN PARA O CALCULO DE PESSOAL USA-SE A FÓRMULA:

$$QP = \frac{\text{Numero de leitos} (\% \text{ de ocupação}) \times \text{Hs de Enf} \times \text{dias semana}}{\text{Jornada semanal de trabalho}}$$

Jornada semanal de trabalho

Para utilizar as duas formulas os quatro exercícius a seguir permitem esclarecer o raciocínio apresentado:

* **EXEMPLO1:** Qual a necessidade de pessoal de enfermagem para uma unidade assistencial de 24 leitos de pacientes cirurgicos nos diferentes turnos, sendo 16 são de cuidados intermediários e 08 com cuidados mínimos? (90% de ocupação)

Usando a formula da resolução 293/2004

$QP = \text{Coeficiente de Marinho (KM)} \times \text{Total de Horas de Enfermagem (THE)}$

90 % de 16L= 14 total de cuidados intermediários

90 % de 08L= 07 cuidados mínimos.

THE= $7 \times 3,8 + 14 \times 5,6$

THE= $26,6 + 78,4 = 105$

Numero de pessoal = $0,2236 \times 105 = 23,47$ *Profissionais de Enfermagem*

Usando a formula de Fugullin:

Numero de Pessoal= $\frac{\text{Numero de leitos (\% de ocupação)} \times \text{Hs de Enf} \times \text{dias semana}}{\text{Jornada semanal de trabalho}}$

Nº de leitos: 90 % de 16L= 14

90 % de 08L= 07

Numero de Pessoal= $\frac{14L \times 5,6h \times 07L \times 3,8h \times 7 \text{ dias de semana}}{36h}$

Numero de Pessoal= $\frac{78,40 + 26,60 \times 7}{36h} = \frac{735}{36h} = 20.42$

Numero de Pessoal= 20.42 acrescidos de 15% de índice de segurança técnico (IST) / Resolução COFEN Nº 293/2004.

Numero de Pessoal= 20.42 + 03 = 23 Profissionais de Enfermagem.

* **EXEMPLO 02:** Você deve planejar uma unidade de internação para 28 pacientes, destes 15 são pacientes com cuidado intensivos e 13 pacientes com cuidados semi-intensivos, distribuídos nas vinte quatro horas com 100% de ocupação.

$$\text{Numero de Pessoal} = \frac{15L \times 17,9h \times 13L \times 9,4h \times 7 \text{ dias de semana}}{36h}$$

$$\text{Numero de Pessoal} = \frac{268}{36h} + \frac{122,20 \times 7}{36h} = \frac{2.731,40}{36h} = 75,87$$

Numero de Pessoal= 75.87 acrescidos de 15% de índice de segurança técnico (IST) / Resolução COFEN Nº 293/2004.

$$\text{Numero de Pessoal} = 75,87 + 11,38 = 87,25 \text{ Profissionais de Enfermagem nos 4 turnos}$$

* **EXEMPLO 03:** Em uma unidade com 36 pacientes distribuídos em 21 pacientes com cuidados mínimos, e 15 pacientes com cuidados intermediários, qual será a necessidade de pessoal de Enfermagem para os 24 horas com ocupação de 80%?

$$\text{Numero de Pessoal} = \frac{17L \times 3,8h \times 12L \times 5,6h \times 7 \text{ dias de semana}}{36h}$$

$$\text{Numero de Pessoal} = \frac{64,60}{36h} + \frac{67,20 \times 7}{36h} = \frac{922,60}{36h} = 25,63 = 26$$

Numero de Pessoal= 26 acrescidos de 15% de índice de segurança técnico (IST) / Resolução COFEN Nº 293/2004.

Numero de Pessoal= 26 + 3,9 = 29,9 = 30 Profissionais de Enfermagem

* **EXEMPLO 04:** Em uma Unidade pediátrica com 24 leitos e uma ocupação de 80%, qual é o quadrado do pessoal necessário para atendimento nas 24 horas, sendo 12 pacientes com cuidados intermediários e 12 pacientes com cuidados semi-intensivos?

$$\text{Nº de leitos: } 80 \% \text{ de } 12L = 9,6 = 10.$$

$$80 \% \text{ de } 12L = 9,6 = 10.$$

$$\text{Numero de Pessoal} = \frac{10L \times 5,6h \times 10L \times 9,4h \times 7 \text{ dias de semana}}{36h}$$

$$\text{Numero de Pessoal} = \frac{56}{36h} + \frac{94 \times 7}{36h} = \frac{1050,00}{36h} = 29,17$$

Numero de Pessoal= 29,17 acrescidos de 15% de índice de segurança técnico (IST) / Resolução COFEN Nº 293/2004.

Numero de Pessoal= 29,17 + 4,38= 33.55 Profissionais de Enfermagem

É importante que os (as) Responsáveis Técnicas (RT) pelo Serviço de Enfermagem tenham estes calculos como balizamento de seu quadro operacional baseado na gestão eficiente e eficaz da Enfermagem com propostas objetivas e metas definidas e acompanhadas em sua execução.

► GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS

O *OBJETIVO BÁSICO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS* consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Baseado nesse conceito, estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria, etc.

► FALTA DE MATERIAL

O diagnóstico inadequado leva a uma ação que não produzirá os efeitos desejados. As causas da falta de materiais podem ser identificadas em *três diferentes grupos*:

*** *CAUSAS ESTRUTURAIS***

- *Falta de prioridade política para o setor*: baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade, etc.
- *Clientelismo político*: diretores incompetentes, fixação de prioridades sem a participação da sociedade, favorecimentos, etc.
- *Controles burocráticos*: que agem sobre os instrumentos, particularmente naqueles de caráter econômico, levando à desvalorização das ações executadas e invertendo o referencial das organizações. É importante lembrar que não basta fazer as coisas corretamente: deve-se também fazer as coisas certas. A burocracia somente se preocupa com o rito - a ela não interessa o produto final.
- *Centralização excessiva*: produz danos imensos na área de materiais. Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços são exemplos que devem ser evitados.

*** CAUSAS ORGANIZACIONAIS**

- Falta de objetivos: quando os objetivos não estão claros, cada unidade cria seu próprio sistema de referência. Como consequência, pode ocorrer uma dissociação entre a área fim e as áreas meio.
- Falta de profissionalismo da direção.
- Falta de capacitação e de atualização do pessoal.
- Falta de recursos financeiros.
- Falta de controles.
- Corrupção.
- Falta de planejamento.
- Rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.

*** CAUSAS INDIVIDUAIS**

- *Diretores Improvisados*: inseguros ou incapazes de inovar, sem condições de manter um diálogo adequado com a área fim.
- *Funcionários desmotivados*: sem compromisso com a instituição. Seu principal objetivo é a manutenção do emprego.

A administração de materiais, equipada de tecnologia adequada, poderá evitar, em parte, a falta de materiais, porém essa ação isolada não é suficiente sem a eliminação das causas. A administração de materiais isoladamente não é capaz de evitar as faltas.

► APÊNDICE

Para a elaboração de um catálogo de materiais, devem-se seguir os seguintes passos:

- Obter apoio técnico e político para seu uso;
- Criar um grupo responsável pela padronização de materiais, ligado ao nível político da organização e cujos membros sejam respeitados pelos seus conhecimentos técnicos e tenham capacidade de diálogo com seus pares;
- Obter informações a respeito da morbidade prevalente, da complexidade da rede, dos materiais utilizados, das características de demanda e do modelo assistencial, da capacitação profissional do pessoal da área de saúde, das características do mercado

fornecedor; avaliar catálogos de organizações semelhantes e dos eventuais problemas de logística;

- Decidir a estrutura do catálogo, os critérios de seleção, a classificação e a codificação dos produtos, bem como a classificação por nível de uso;
- Selecionar os materiais;
- Definir os níveis de utilização dos itens;
- Difundir o catálogo;
- Divulgar normas de utilização do catálogo;
- Atualizar o catálogo conforme a necessidade;
- Revisar o catálogo periodicamente.

► **SUBSISTEMA DE CONTROLE**

Suas funções são gestão e valoração de estoques. Utiliza como entradas do processo as normas contábeis da organização para determinar o valor dos estoques, os objetivos definidos em relação aos níveis de estoques a serem mantidos, os catálogos existentes, as relações de entrada e saída de materiais.

O ideal é a existência de áreas distintas para compras e armazenamento. Essa medida permite um duplo controle dos estoques existentes, além do controle físico-financeiro. Para maiores detalhes, veja o capítulo destinado à estrutura organizacional para área de materiais.

► **VALORAÇÃO DE ESTOQUES**

Determinar o valor dos estoques é uma tarefa que depende de vários fatores, e existem diversos métodos para sua execução. Ao analisar-se o custo de um produto na entrada do estoque, devemos considerar todos os valores envolvidos na sua aquisição, que vão além do simples custo do produto em si. Devem ser observados os gastos com fretes, seguros e impostos, que afetam enormemente o custo do material em estoque. Por essa razão, prefere-se determinar o valor do produto na saída do estoque, e há três possibilidades de fazê-lo:

- 1. MÉTODO PEPS OU FIFO (FIRST IN FIRST OUT):** o primeiro a entrar é o primeiro a sair do estoque. Esse método proporciona maior lucro para a empresa.
- 2. MÉTODO UEPS OU LIFO (LAST IN FIRST OUT):** o último a entrar é o primeiro a sair. A empresa registra menor lucro contábil.

3. **MÉTODO DO CUSTO MÉDIO PONDERADO:** fornece um resultado mais real.

Cada método apresenta vantagens e desvantagens. A escolha depende dos objetivos de cada empresa. No Brasil, a Lei 4.320/69, em seu art. 106, determina que os órgãos públicos façam uso do custo médio ponderado.

► **INDICADORES DE GESTÃO**

A literatura apresenta vários dados que funcionam como indicadores da gestão de materiais. Alguns deles são citados a seguir:

- Porcentagem de funcionários de compras: no máximo, 2% do total de funcionários do hospital.
- Número de compras por comprador ao mês: aproximadamente 200 aquisições por comprador/mês.
- Custo de um pedido: divide-se o custo do setor de compras pelo número total de aquisições efetuadas no período. O resultado não deve ser superior a 10 dólares.
- Nível de serviço: é uma relação expressa em porcentagem - divisão do número total de pedidos atendidos pelo número de solicitações recebidas, multiplicada por 100. O ideal é que essa relação seja o mais próximo de 100%.
- Tempo médio de abastecimento: o tempo decorrido entre a solicitação de compra e a entrega do produto. É importante que se monitore esse período, o que pode ser feito por amostragem.
- Giro de estoque ou rotatividade: um indicador que reflete o número de vezes que o estoque roda em um determinado período. A expressão matemática para calculá-lo é:

$$\text{Giro} = \frac{\text{Consumo no período (em unidades)}}{\text{Estoque médio no período (em unidades)}}$$

► **CONSUMO NO PERÍODO (EM UNIDADES)**

O dado referente ao estoque médio de um determinado item é obtido calculando-se a média dos estoques diários do produto no período considerado. Uma forma simplificada de cálculo substitui o estoque médio do período pelo número de unidades em estoque no último dia do período considerado. Assim, se um hospital consome 200 caixas de seringas de 10 ml por mês e possui um estoque médio de 400 caixas, o giro desse item será 0,5. Isso significa que o estoque do produto girou meia vez em um mês. O inverso do giro (ou antigiro) indica o número de períodos necessários para o consumo

do estoque. No caso acima, dois períodos, que equivalem a dois meses. Valores elevados de giro indicam a necessidade de compras freqüentes; por outro lado, valores baixos revelam um volume elevado de estoque e, portanto, grandes valores monetários imobilizados. A monitoração de preços e quantidades adquiridas são ferramentas importantes para o administrador de materiais. O estudo desses parâmetros fornece indicações acerca de variações percentuais de preços em determinado período, variações de quantidades em estoque ou aumento de consumo.

► **APÊNDICE**

A definição do momento da compra depende do modelo adotado para a renovação dos estoques. Assim, como foi visto, pode-se comprar quando o estoque chega ao ponto considerado mínimo ou aguarda-se o período preestabelecido para que seja feita a avaliação dos estoques. Um sistema híbrido utiliza períodos de revisão associados ao conceito de estoques mínimos, e as compras serão feitas ao se atingir o prazo de renovação ou o estoque mínimo. Os modelos citados indicam as quantidades a serem adquiridas no momento do pedido.

As quantidades a serem compradas podem ser dimensionadas também por outros métodos. Entre os mais utilizados, está o chamado lote econômico de compra, que busca reduzir os custos de obtenção e de posse do material. A expressão matemática utilizada para o cálculo do LEC é:

$$\text{LEC} = 2 \times C1 \times b, \text{ em que } C2 \times I$$

C1 = custos envolvidos na aquisição, tais como custo do pessoal de compras, custo de editais, publicidade, etc.;

b = demanda média anual prevista para o item (em unidades);

C2 = custo unitário final do item;

I = taxa (e, portanto, um valor percentual) que exprime o custo de manutenção do estoque.

Nessa taxa encontram-se os custos de seguro, juros sobre o material imobilizado, custo do espaço físico, etc.

* **Exemplo:** se o custo de aquisição de um item (C1) é 6 dólares; a demanda média anual (b) é de 800 unidades; o custo unitário final (C2) é de 10 dólares, e o custo de manutenção do estoque é 30%, o lote econômico de compra será:

$$\text{LEC} = 2 \times 6 \times 800 \\ 10 \times 0,3$$

Efetando-se os cálculos, chegamos a um valor de LEC = 57 unidades.

Existem outros índices que podem ser calculados para auxiliar a realizar a melhor compra. Tais fórmulas de cálculo são encontradas na literatura especializada.

► **SUBSISTEMA DE COMPRAS**

A venda de materiais por uma empresa pública é feita seguindo-se determinados princípios legais. Tal venda é desempenhada pela função de alienação de materiais e a freqüência com que ocorre é muito baixa. A razão para que não existam muitos casos de alienação reside no fato de que a atividade de compra e venda com características comerciais não é objetivo principal de órgãos públicos e é, portanto uma ocorrência fortuita. Importa saber que a função existe e permite a transferência de um bem (ou serviço) público para terceiros. Por outro lado, a função de aquisição reveste-se de características próprias do setor público. Comprar é buscar o atendimento às necessidades de produtos (ou serviços), conforme os requisitos de qualidade estabelecidos pelo processo produtivo, no tempo correto, com os melhores preços e condições de pagamento. Cada organização, seja pública, seja privada, realiza essa função segundo as normas internas, quase sempre controlada pela administração superior. Nas empresas particulares, dependendo de sua complexidade, existem diferentes graus de controle do processo de compra, diversos graus de complexidade e instâncias do processo.

Em empresas públicas, as normas estão estabelecidas em dispositivos legais, cuja complexidade varia conforme o valor do compromisso financeiro envolvido. Denomina-se licitação o processo formal de aquisição executado por órgãos públicos, desenvolvido conforme os preceitos estabelecidos para tal fim, com o objetivo de atender às necessidades da organização quanto à compra de produtos, bens ou serviços destinados ao processo produtivo. As licitações no Brasil estão regulamentadas pela Lei 8.666 de 21 de junho de 1993, atualizada pelas leis 8.883 de 8 de junho de 1994 e 9.648 de 27 de maio de 1998. Todo administrador público deve necessariamente tê-las, lê-las e conhecê-las.

AS ENTRADAS PRINCIPAIS DO SISTEMA são a legislação (princípios da licitação), o mercado, as empresas assemelhadas (verificar como, de quem, a que preço estão comprando instituições semelhantes), solicitações fora do catálogo, relatórios de movimentação de estoque, catálogo de especificações.

► **LICITAÇÃO**

1. PRINCÍPIOS DA LICITAÇÃO

As licitações possuem determinados princípios básicos que devem ser observados para que ao final do processo este seja válido e atenda aos objetivos da compra (ver definição acima).

- *PROCEDIMENTO FORMAL*

Os regulamentos internos das organizações tratam de estabelecer as regras que nortearão as relações entre os licitantes e a administração, adequando o processo licitatório aos diplomas legais obrigatórios. O estabelecimento de regras claras, sem aumento da burocracia, e o cumprimento da legislação são os objetivos a serem perseguidos no momento da definição do regulamento interno.

- *PUBLICIDADE DOS ATOS*

Considerando-se que a licitação, por definição, é um processo público, não se pode imaginar que os diversos passos de seu desenvolvimento não o sejam. Não existe licitação secreta. A todos os interessados deve ser garantido o acesso a informações, desde que cumpridas as formalidades exigidas por lei. A publicidade dos atos licitatórios varia conforme o tipo de processo e sua importância, podendo ser apenas uma publicação interna ou efetuada por um meio de divulgação de grande alcance.

- *IGUALDADE ENTRE OS LICITANTES*

O processo não pode conter cláusulas que possam favorecer ou eliminar determinados fornecedores, desde que qualificados, e o tratamento dispensado aos participantes deve ser igual. Convém lembrar que é permitido estabelecer critérios mínimos para que um fornecedor participe do processo. Esses critérios visam garantir o cumprimento do contrato, e não estabelecer diferenças de tratamento entre os proponentes.

- *SIGILO NA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS*

A organização é responsável pela manutenção do sigilo das propostas até o momento da abertura delas. A quebra do sigilo promoverá desigualdade entre os participantes, ferindo o princípio acima.

- *VINCULAÇÃO AO EDITAL*

O edital serve para mostrar aos participantes os bens, serviços ou produtos que serão adquiridos e as regras utilizadas durante o processo. Estas não podem ser

alteradas durante o certame, assim como não devem ser elaborados contratos para aquisição de itens diferentes daqueles estabelecidos ao início dos trabalhos e consignados no edital. Vale dizer que, no caso de materiais de consumo, a descrição dos produtos, em geral, reproduz a especificação do material, sendo esta mais uma razão para que se tenha cuidado ao elaborar a descrição dos produtos, conforme foi ressaltado quando se abordou a função de normalização.

- **JULGAMENTO OBJETIVO**

O julgamento das propostas deve ser feito com base em critérios objetivos, se possível mensuráveis, observando-se a qualidade, o rendimento do produto, os preços, os prazos de pagamento e entrega, e outros que possam ser solicitados, integrantes do edital, sendo vedada a introdução de parâmetros arbitrários e não consignados no edital. Aqui também será possível verificar a importância de uma especificação correta. A lei recomenda que se dê prioridade ao critério de menor preço quando do julgamento das propostas. Pode-se dizer que a especificação feita com cuidado levará à aquisição do material correto ao menor preço. Opiniões técnicas devem ser solicitadas sempre que necessário, convocando-se os usuários para que participem da tomada de decisão.

- **ADJUDICAÇÃO COMPULSÓRIA**

A adjudicação é um ato do processo em que a organização define que o vencedor da licitação vai fornecer o produto. Um procedimento licitatório sem vícios gera, após o julgamento, o direito de o vencedor estabelecer o contrato com a instituição. Só se admite que seja adjudicado a quem perdeu nos casos em que o vencedor não puder fornecer, seja por desistência expressa, seja por outros casos previstos na legislação.

2. AS FASES DO PROCESSO LICITATÓRIO

- **REQUISIÇÃO DE COMPRA E ABERTURA DO PROCESSO**

Para que se inicie um procedimento de compra, há a necessidade de uma requisição de compra. Sua emissão ocorre de forma automática quando existe um sistema eletrônico, ou é gerada manualmente na ausência deste. O momento da emissão da requisição depende do modelo de gestão de estoques adotado. A requisição de compra é o documento inicial para a montagem do processo.

- **AUTORIZAÇÃO DE COMPRA E RESERVA DE VERBA**

Uma vez tomadas as providências preliminares, o processo é remetido à autoridade maior da organização que detém a competência para aprovar a despesa. Após essa etapa, o responsável pela área financeira tem a obrigação de reservar o recurso para efetuar a aquisição. Definição da modalidade, edital e convocação de

fornecedores o edital é peça fundamental em um processo de compra (ver Princípios da licitação).

DEVE CONTER DE FORMA CLARA:

- Descrição do objeto a ser adquirido;
- Informações sobre prazos e condições do processo licitatório;
- Solicitação de garantias;
- Forma de pagamento e reajustes, se for o caso;
- Solicitação de descrição das condições especiais para o recebimento dos produtos;
- Critérios para que o fornecedor participe da licitação;
- Critérios a serem utilizados no julgamento;
- Informações gerais a respeito do processo em questão;
- Indicações específicas, quando necessário;
- Normas internas da organização.

Em geral, a área de compras responde pelos dados referentes à estimativa de preços, além de inserir no processo as normas que o regerão, bem como o regulamento interno de licitações. A Instrução Normativa nº 18/1997 do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, publicada no Diário Oficial de 29 de dezembro de 1997, disciplina a contratação de serviços de vigilância e limpeza. O HCFMUSP coloca em seus editais de registro de preços para aquisição de medicamentos alguns itens importantes, como a apresentação pelos licitantes de: "Carta de credenciamento expedida pelo fabricante, garantindo qualitativa e quantitativamente o fornecimento, quando a proposta for apresentada por representante ou distribuidor." "O não cumprimento desta exigência obrigará o fornecedor a apresentar em no máximo 72 (setenta e duas) horas o documento solicitado, sob pena de desclassificação do item cotado."

"Se necessário, poderá ser solicitado às empresas participantes a apresentação de trabalhos clínicos científicos, nacionais ou internacionais, a respeito do princípio ativo produzido pelo laboratório."

■ *RECEBIMENTO DE PROPOSTAS*

A modalidade escolhida depende dos valores envolvidos. A legislação define para cada modalidade o prazo durante o qual poderá ser feito o recebimento de propostas por meio de protocolo geral da instituição. Decorrido esse tempo, pode-se proceder à abertura delas.

■ *ABERTURA, QUALIFICAÇÃO, OPINIÃO TÉCNICA, JULGAMENTO E ADJUDICAÇÃO*

Em geral, as aberturas são marcadas com antecedência, de acordo com os prazos legais. A abertura é feita por funcionários designados para tal finalidade, em local claramente identificado no edital. Após a abertura, os fornecedores que cumpriram as exigências do edital continuam a participar do processo e aqueles que não o fizeram são excluídos. Essa é a fase de qualificação. Definidos os participantes, a comissão designada para efetuar o julgamento poderá solicitar de especialistas um laudo técnico que auxilie o julgamento das propostas apresentadas. Deve-se ressaltar que esse passo não é obrigatório. Sempre que a comissão tenha segurança e conhecimento para emitir o seu julgamento, deve fazê-lo, só recorrendo ao parecer para esclarecimento dos casos que suscitem dúvidas. O julgamento é tornado público e formalizado mediante a adjudicação

■ *RECURSO*

O recurso pode ser interposto até cinco dias após o ato que o motivou. Tão logo seja recebido, os demais participantes devem ser notificados da existência do fato. O recurso deve ser dirigido à autoridade superior por intermédio da autoridade que praticou o ato que gerou o recurso proposto.

■ *HOMOLOGAÇÃO E CONTRATO*

A homologação só pode ser feita após decorrido o prazo legal para a apresentação de recursos contra a adjudicação. É um ato da autoridade superior da instituição e na prática significa a autorização para que o proponente ao qual foi adjudicado o fornecimento possa, finalmente, celebrar o contrato com a entidade compradora do produto, bem ou serviço. O setor administrativo recebe o processo devidamente homologado, procedendo à confecção do contrato e cuidando dos passos para sua assinatura. Somente após esse procedimento é que será emitido o empenho, com a autorização para a entrega do material ou a prestação do serviço. No caso de compras, a lei define as hipóteses em que há a obrigatoriedade do contrato; do contrário, o empenho é considerado documento equivalente.

3. O FORNECEDOR

Segundo a legislação, as empresas que participam de determinadas modalidades de licitação devem apresentar documentos que forneçam provas da capacidade jurídica e de regularidade fiscal da empresa. Os primeiros são documentos que toda empresa legalmente estabelecida possui. Os demais servem para comprovar que a empresa cumpre as obrigações fiscais.

Dependendo dos valores do contrato, os dispositivos legais podem requerer que o fornecedor demonstre sua idoneidade financeira. Podem ser solicitados também atestados que contenham informações acerca de desempenho no fornecimento de produtos, bens ou serviços semelhantes a outras instituições. É a chamada capacitação técnica. Cabe à organização executar ações para aumentar as possibilidades de fornecimento por meio da manutenção de um cadastro atualizado de fornecedores, com anotações de eventuais ocorrências e avaliações.

Quando houver falhas por parte do fornecedor, deve-se aplicar as penalidades previstas. Para tal aplicação, é importante que haja registro formal das falhas atribuídas ao fornecedor. Por outro lado, a organização deve manter as suas obrigações em dia para com os fornecedores, se quiser conservá-los.

4. REVOGAÇÃO E ANULAÇÃO

No transcurso de um procedimento licitatório podem ocorrer atos que o embarguem, parcial (alguns itens) ou totalmente. Tanto a REVOGAÇÃO quanto a ANULAÇÃO levam ao mesmo resultado, ou seja, a suspensão do trâmite; porém, existem diferenças entre os dois conceitos.

A REVOGAÇÃO é um ato que a administração pode tomar no interesse público, desde que justifique devidamente a sua necessidade. Assim, é possível revogar determinados itens ou mesmo todo o processo. Suponhamos que determinado item de consumo regular, específico para certo procedimento, esteja sendo adquirido pela emissão de um pedido de suprimento regular. Durante a tramitação do processo, ocorre uma decisão de transferir tal tipo de serviço para outra instituição. Nesse caso, é aplicável a revogação, que se justifica pela alteração do perfil de atendimento. Enquanto a revogação é uma medida que pode ser tomada visando ao interesse da administração, a ANULAÇÃO constitui, na realidade, um dever do administrador. Caso não o faça, haverá a possibilidade de que o Judiciário tome essa providência. A anulação é determinada por alguma ilegalidade existente no processo que obriga a sua interrupção.

5. JULGAMENTO

É o ato que seleciona a proposta mais vantajosa, que atenda aos critérios especificados no edital, e fatores a serem considerados. O parecer técnico, quando solicitado, pode ser referido como elemento levado em consideração para a escolha da proposta vencedora.

Entre os fatores que podem ser comparados para o julgamento e que devem constar do edital podem-se citar: qualidade, rendimento, preços, condições de pagamento, prazos, etc.

Na licitação do tipo "menor preço", esse critério deve prevalecer sobre os demais. Nos casos de melhor técnica e preço, há a necessidade de apresentação de cada uma

dessas propostas em envelopes separados para que se proceda à qualificação técnica antes do julgamento final.

6. MODALIDADES DE LICITAÇÃO

As modalidades de licitação, como foi visto anteriormente, são definidas pelos limites de valores fixados pela legislação. Torna-se importante, portanto, a pesquisa de preços tanto para reservar-se a verba (compromisso) quanto para definição da modalidade a ser adotada.

● *CONVITE*

Modalidade utilizada para valores menores, em que os prazos de recebimento das propostas são menores (cinco dias). É um expediente mais ágil que permite a contratação de fornecedores cadastrados ou não. O convite é válido desde que sejam apresentadas no mínimo três propostas lícitas.

● *TOMADA DE PREÇOS*

Nessa modalidade só podem participar fornecedores devidamente cadastrados, podendo fazê-lo até três dias antes da data estipulada para o recebimento das propostas. As tomadas de preços devem ser publicadas em órgãos da imprensa oficial de modo resumido, com indicação do local onde o edital completo pode ser obtido. As propostas podem ser entregues num prazo de quinze dias após a data da publicação.

● *CONCORRÊNCIA*

Usada para contratos de maior valor. Podem participar proponentes cadastrados ou não, desde que atendam aos requisitos solicitados pelo edital para a qualificação dos participantes. Independentemente dos valores envolvidos, é obrigatório seu uso para os casos de alienação (venda) de bens imóveis, concessão de direito de uso, obras públicas e para o registro de preços. A publicidade é feita com antecedência de trinta dias em jornal de grande circulação e no Diário Oficial.

● *LEILÃO*

Ocorre com a participação de qualquer interessado na aquisição dos bens móveis que não servem mais à administração. Seu prazo de publicação é de quinze dias anteriores à data estipulada para o evento.

● *CONCURSO*

É a forma disposta para escolher um trabalho artístico, científico ou semelhantes. Podem participar quaisquer interessados. São instituídos prêmios aos vencedores que atendam aos critérios estipulados no edital. O edital deve ser publicado com antecedência de 45 dias.

Considerando-se a situação de estabilidade econômica, merece um detalhamento maior a modalidade de concorrência mediante o registro de preços. Ao final deste capítulo há um modelo de proposta de edital com comentários e outro de contrato.

- **PREGÃO**

O *pregão* é uma modalidade de licitação de uso exclusivo da Administração Pública Federal. Os editais são publicados na internet e, dependendo dos valores envolvidos, na imprensa oficial e jornais de grande circulação. Pode ser usado para qualquer valor estimado de contratação.

As propostas são entregues à Comissão de Licitação. A de menor preço e as ofertas até 10% acima dela são selecionadas para os lances verbais.

VIII – GERENCIAMENTOS DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, *O GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS)* é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O *gerenciamento* inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Todo laboratório gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas federais, estaduais e municipais, e ainda deve estar de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

► MANEJO

O manejo dos resíduos de serviços de saúde é o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados. Deve focar os aspectos intra e extra-estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

• 1 – **SEGREGAÇÃO**

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

• 2 – **ACONDICIONAMENTO**

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Colocar os sacos em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, e possuir cantos arredondados.

Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

• 3 – **IDENTIFICAÇÃO**

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento mdevem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

O Grupo A de resíduos é identificado pelo símbolo internacional de risco biológico, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão "Rejeito Radioativo".

O Grupo E possui a inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo

• 4 - **TRANSPORTE INTERNO**

Esta etapa consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Os carros para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, resistente ao processo de descontaminação determinado pelo laboratório, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído.

Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

• 5 - **ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO**

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

A área destinada à guarda dos carros de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas, laváveis e resistentes ao processo de descontaminação utilizado. O piso deve, ainda, ser resistente ao tráfego dos carros coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois carros coletores, para traslado posterior até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "Sala de Resíduos".

Não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.

O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

• 6 – TRATAMENTO

O tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

O processo de esterilização por vapor úmido, ou seja, autoclavagem, não de licenciamento ambiental. A eficácia do processo deve ser feita através de controles químicos e biológicos, periódicos, e devem ser registrados.

Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

• 7 - ARMAZENAMENTO EXTERNO

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não é permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

• 8 – COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

• 9 - DISPOSIÇÃO FINAL

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

IX – RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

▶ **RELAÇÕES HUMANAS**

As relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência do processo de interação. Nós podemos nos relacionar com as pessoas profissionalmente ou simplesmente porque tivemos empatia por ela(s), ou ainda por vários motivos.

Do ponto de vista profissional, se as pessoas aprendessem a se relacionar profissionalmente de forma correta, poderíamos evitar muitos problemas nos locais de trabalho.

No ambiente de trabalho o que predomina e o que devemos avaliar são as condições para uma verdadeira harmonia entre o homem e o trabalho, e vice-versa.

A base concreta para um bom relacionamento é ter percepção dos nossos deveres e obrigações, e dos limites e regras que fazem a relação social ser harmônica.

▶ **RELAÇÃO PROFISSIONAL PACIENTE**

A qualidade de um serviço assistencial de Enfermagem esta associada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre pacientes e os profissionais encarregados da assistência.

■ **MODELOS DE RELAÇÃO PROFISSIONAL PACIENTE**

As diferenças possibilidades da relação profissional-paciente podem ser resumidas em:

- *ATIVIDADE PASSIVIDADE*: Há a atividade do profissional e a passividade do paciente. É o tipo de relação que se encontra nas urgências, estado de coma e cirurgias, em que o profissional deve fazer algo por um paciente que permanece passivo.
- *DIREÇÃO COOPERAÇÃO*: Há a direção pelo profissional e cooperação do paciente. Em todas as afecções em que o paciente é capaz de fazer algo, o profissional lhe pede esta cooperação (enfermidade aguda, infecciosa, acidentes).
- *PARTICIPAÇÃO MUTUA E RECÍPROCA*: Há participação mutua e recíproca do profissional e do paciente. Este tipo de relação é típico das enfermidades crônicas, das readaptações e de todos os estados em que o paciente pode cuidar de si e assumir o tratamento.

A distancia psicológica que existe entre duas pessoas e que se modifica no decorrer do tratamento distingue três fases:

- ♦ *A DO APELO HUMANO, DE ANGUSTIA* – O profissional responde a demanda do enfermo, satisfazendo sua necessidade.
- ♦ *AO DO AFASTAMENTO E DA OBJETIVIDADE* – É o período do diagnóstico; corresponde ao exame científico, o profissional já não considera o enfermo como uma pessoa, se não como objeto de estudo; as relações afetivas passam ao segundo plano;
- ♦ *A DE PERSONALIZAÇÃO DA RELAÇÃO* – Uma vez realizado diagnóstico e estabelecida a terapêutica. O profissional pode aproximar-se do paciente, havendo a integração dos elementos das fases, isto é , dos aspectos científicos e humanos.