

Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura

# Participação do Enfermeiro na Gestão de Recursos Hospitalares

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2011



**Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura**

## **Participação do Enfermeiro na Gestão de Recursos Hospitalares**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Doutora Marília Alves

V468p Ventura, Palloma Fernandes Estanislau Vaz.  
Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares  
[manuscrito]. / Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura. - - Belo  
Horizonte: 2010.  
70f.: il.  
Orientadora: Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.

1. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 2. Recursos  
Materiais em Saúde. 3. Recursos Financeiros em Saúde. 4. Custos  
Hospitalares. 5. Infra-Estrutura Sanitária. 6. Dissertações Acadêmicas. I.  
Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 150

## **Folha de Aprovação**

Dedico este trabalho a minha família: meus pais, Antônio e Branca; meus irmãos Pablo e Júlia; meu filho e marido, Pedro e Tiago, por acreditarem em meu sonho e sonhá-lo junto comigo.

## **AGRADECIMENTOS**

Não foi trabalho fácil. Em muitos momentos achei que não conseguiria. Momentos sofridos, porém algumas pessoas especiais me apoiaram neste caminho. A elas a minha sincera gratidão.

À minha orientadora, amiga e irmã Marília Alves, por cuidar e acreditar em mim e propiciar a realização deste sonho.

Ao meu marido e companheiro, Tiago, por apoiar-me incondicionalmente em todos os momentos.

Ao meu filho, Pedro, por me alegrar nos momentos difíceis, encantando-me com seu sorriso, com suas gracinhas e brincadeiras.

Aos meus pais pelo exemplo de vida, ensinando-me ir atrás dos meus sonhos mesmos quando os obstáculos pareciam intransponíveis. Ao meu pai Antônio, por me distrair nos momentos de angústia com sua alegria. À minha mãe por me ajudar e auxiliar literalmente, quase mudando para minha casa.

À diretoria do hospital, que proporcionou a realização deste trabalho.

Aos meus amigos do hospital, que sempre me ajudaram durante esta trajetória.

As minhas amigas Fabrícia, Monise, Marilin, Mariana, Kely, Meire, Renata, Fernanda Penido, Paula, Pâmela. Em especial a Franciane, por tão valiosa e impagável ajuda.

Ao meu amigo, Marcos, tão especial e sempre presente em minha vida.

A minha amiga Aline e Elaine, por dividir comigo as angústias.

A comadre Luana, pelo apoio e carinho.

Em especial a Deus, por conduzir-me, tornando possível que todas as coisas em minha vida.

*As coisas não querem mais ser vistas por pessoas razoáveis:  
Elas desejam ser olhadas de azul –  
Que nem uma criança que você olha de ave.*

Manoel de Barros

## RESUMO

Os hospitais, como cenários de atuação da enfermagem, são estruturas complexas que promovem a recuperação da saúde dos pacientes, consumindo, para isso, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, sendo necessária a adequada alocação destes, mediante atividades de planejamento, distribuição e controle. Com os avanços científico-tecnológicos e o conseqüente aumento da complexidade dos cuidados e tratamentos, os custos com saúde vêm aumentando consideravelmente ao longo dos anos, à medida que os recursos tornam-se cada vez mais limitados, e os orçamentos, restritos. Ressalta-se que os recursos humanos, materiais e financeiros, em quantidade e qualidade adequadas, são insumos essenciais para a prestação do serviço de saúde, mas frequentemente geram situações conflitantes no processo de trabalho gerencial, pois são limitados e finitos, além de ser ponto de interesse e disputa por vários profissionais e unidades. Nas organizações hospitalares os enfermeiros lidam cotidianamente com a alocação de recursos para o atendimento das necessidades da clientela e, não raro, identificam necessidades baseadas em seu conhecimento profissional, fazem solicitações e justificativas, mas recebem recursos aquém do previsto sob o argumento de contenção de custos. Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar a participação do enfermeiro na definição do gerenciamento de recursos materiais, humanos, físicos e financeiros no trabalho cotidiano da enfermagem de um hospital da rede privada de Belo Horizonte. Para tal, optou-se por realizar um Estudo de Caso, descritivo, de natureza qualitativa. Foram sujeitos da pesquisa 16 enfermeiros assistenciais, 1 (um) enfermeiro coordenador setorial, o farmacêutico e gestor do patrimônio e os 4 (quatro) membros da direção do hospital, totalizando 23 sujeitos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente submetidas à análise de conteúdo. Os resultados mostram que os enfermeiros participam da gestão dos recursos em nível operacional, por meio de atividades de planejamento, controle e distribuição. A enfermagem realiza a gestão cotidiana dos recursos humanos, gerando informações acerca do cuidado, realizando as solicitações de contratação, desligamento e aumento de quadro. Também é responsável pelo treinamento introdutório e ambientação dos funcionários novatos. Participa da gestão materiais utilizando-os e disponibilizando para atuação da equipe. Participa da comissão de padronização de materiais, sinalizando inadequações para o farmacêutico, porém não define quantidade e qualidade. Em relação aos recursos físicos, os enfermeiros participam do fornecimento de informações dos fluxos de atendimento e dinâmica do cuidado sinalizando para a direção as necessidades de adequações, reformas, ampliações e construção, porém já recebem os projetos prontos, sendo informados das futuras mudanças. Os recursos financeiros são gerenciados pela direção e setores administrativos, baseando-se a participação do enfermeiro em realizar justificativas do consumo dos insumos e desenvolver ações de adequação dos prontuários, evitando glosas, e assim, desperdícios de recursos financeiros. Logo, o enfermeiro participa da gestão cotidiana dos recursos hospitalares, em nível operacional, gerando informações que subsidiam a tomada de decisão, porém não participa da gestão estratégica destes nem define ações e prioridades de sua alocação. Os limites da participação dos enfermeiros na gestão de recursos institucionais não são bem definidos e variam em função da filosofia do hospital, das clínicas nas quais trabalham, das posições que ocupam na hierarquia e até mesmo de acordo com características dos profissionais que solicitam os recursos.

**Palavras-chave:** Administração de Recursos Humanos em Saúde, recursos materiais em saúde, recursos financeiros em saúde, custos hospitalares, infraestrutura sanitária.

## ABSTRACT

Hospitals are complex structures that promote health recovery while consuming physical, human, material and financial resources, so it is necessary to properly allocate those through planning, distribution and control. As science advances and the complexity of care grows, health costs considerably increased throughout the years, as resources became increasingly limited and budgets restrict. We highlight that the human, materials and financial resources in adequate quantity and quality are essential assets for health care, frequently causing conflicts in the management process, being object of interest and dispute amongst the different professionals and care units. Nurses deal routinely with resource allocation within hospitals, fulfilling the needs of patients, identifying others by professional experience, making requests and justifications, but only to receive them below expectations under the guise of cost reduction. The present study aims to analyze the role of nurses in the management of resources in everyday nursing in a private hospital in Belo Horizonte. We have done a descriptive, qualitative, case study. We have interviewed 16 assistential nurses, one sectorial coordinator, a pharmacist, one patrimonial manager, and 4 members of the directing board, totalizing 23 subjects. The data was collected through a semi-structured interview, which afterwards were subject to content analysis. Results showed that nurses participate in operational level of management, such as planning, control and distribution. They engage in everyday human resource management, like hiring, firing and personnel size adjustments. They also offer training and adaptation to the new nursing staff. Nurses also take part in management of material resources, using and making them available to the staff. They participate in the standardization committee, signaling inadequateness to the pharmacist, although they do not define quantity or quality of materials. Concerning physical resources, nurses provide information on assistance flow and care dynamics, showing the directing board the needs for restructuration of space, but they always receive the final project and notices of future modifications. Financial resources are managed by the director's board and administrative sectors, nurses only justify the consumption of assets, medical record adequation to lessen financial losses from gloss. Nurses take part in everyday resource management, in operational level, providing information for decision making, although they do not participate in strategic planning, action or priority allocation of resources. The limits of their participation in institutional resource management are not well defined and vary according to institutional philosophy, where they work, their placement on hierarchic tree and even to the characteristics of the professionals that require their resources.

**Keywords:** Health Personnel Management, Material Resources in Health, Financial Resources in Health, Hospital Costs, Health Infrastructure.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABC -	Activity Based Costing
ABNT -	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM -	Conselho Federal de Medicina
CIR -	Centro Cirúrgico
CME -	Central de Material Esterilizado
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
CTI -	Centro de Tratamento Intensivo
EAS -	Estabelecimento Assistencial de Saúde
IST -	Índice de Segurança Técnica
OPME -	Órtese, Prótese e Material Médico Hospitalar
PAT -	Pronto Atendimento
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
RH -	Recursos Humanos
RM -	Recursos Materiais
TCLE -	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UNI -	Unidade de Internação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 Cenário de estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Coleta de dados.....</b>	<b>24</b>
<b>4.5 Análise dos dados .....</b>	<b>25</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Gestão de Recursos Humanos: participação do enfermeiro nos     níveis estratégicos e operacionais.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2 Gerenciamento de recursos materiais na ótica dos enfermeiros .....</b>	<b>37</b>
<b>5.3 O papel do enfermeiro na definição e distribuição dos Recursos     Financeiros .....</b>	<b>46</b>
<b>5.4 A Participação do Enfermeiro no gerenciamento dos recursos     físicos.....</b>	<b>52</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>64</b>
<b>Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>64</b>
<b>Apêndice B - Roteiro de entrevista.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo – Parecer do COEP .....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares, tem como especificidade o cuidado ao ser humano individualmente, na família ou na comunidade. O enfermeiro é o profissional de nível superior da equipe, preparado para atuar na assistência e na administração de unidades e da equipe de enfermagem.

A enfermagem moderna, alicerçada no conhecimento técnico-científico, começou a desenvolver-se na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, que organizou modelo de assistência, depois de ter trabalhado com a recuperação de soldados na guerra da Crimeia. A assistência baseada em fatos observáveis foi uma valiosa contribuição na recuperação dos moribundos e iniciou uma nova fase do conhecimento em enfermagem, pelo caráter científico que lhe impunha. Caracteriza-se por atuar em processos clínicos, dando origem à implementação do, ainda atual e mundialmente adaptado, processo clínico do doente. Assim, atualmente, pode-se afirmar ter construído um corpo de conhecimento próprio que adquiriu caráter profissional e científico (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Os hospitais são estruturas complexas que promovem a recuperação da saúde dos pacientes, consumindo, para isso, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, sendo necessária a adequada alocação destes, através de atividades de planejamento, distribuição e controle. Esta alocação deve ser capaz, segundo Ferreira (2005), de gerar informações apropriadas para captar, evidenciar e mensurar gastos com a produção do cuidado que, frequentemente, não são medidos ou são ignorados. Neste contexto, o trabalho da enfermagem fundamenta-se em três pilares: cuidado ao paciente, família e comunidade; organização das unidades e serviços de saúde e educação, e treinamento da equipe, compondo “a dimensão prática das técnicas e, também, a dimensão prática do saber administrativo” (FELLI; PEDUZZI, 2005, p.4).

Segundo Gomes *et al.* (1997), o trabalho da enfermagem organizou-se em três direções: na organização do cuidado do doente, que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; na organização do ambiente terapêutico e na organização dos agentes de enfermagem, isto é, da equipe técnica responsável pela prestação de cuidados diários aos pacientes, como higiene e conforto, desempenhando tarefas rotineiras supervisionadas por

enfermeiros. Ao enfermeiro é atribuída, além dos cuidados diretos, a supervisão da equipe e dos recursos, do cumprimento das rotinas e da elaboração das propostas de cuidados.

Enfermeiros, historicamente responsáveis por organizar a assistência e os recursos para propiciar a atuação de todos os profissionais, atualmente vêm sendo convocados a exercer papéis de gerência das unidades e serviços de saúde Carapinheiro (1998). Como gerentes de unidades de grande consumo de materiais, geralmente, se encarregam da gestão de recursos em diversos níveis da estrutura organizacional, como demandantes e/ou participantes do processo decisório, mas como estão inseridos na gerência intermediária dependem, em última instância, das definições estratégicas da alta direção.

Destaca-se que a produção dos serviços de saúde em instituições públicas ou privadas consome inúmeros insumos cujo produto final são os próprios serviços de saúde. Esses insumos incluem recursos humanos, materiais hospitalares, instalações, equipamentos e ainda diferentes tecnologias para operá-los. Esses recursos têm custos que são cobertos pelo próprio cliente, por seguradoras ou pelo financiamento público Couttolenc e Zucchi (1998).

Com o avanço tecnológico e conseqüente aumento da complexidade dos cuidados e tratamentos, o consumo de recursos em saúde vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos, enquanto os recursos se tornam cada vez mais limitados, e os orçamentos, restritos. Essa situação impõe aos gestores necessidade de racionalização e um trabalho permanente de aferição do custo-benefício, que nem sempre é compreendido pelos profissionais diretamente envolvidos com a assistência, ou é alvo de medidas extremas dos dirigentes. Assim, Souza *et al.* (2010) afirmam que entre a diversidade de problemas encontrados nas Instituições hospitalares enumeram-se as deficiências financeiras, administrativas e estruturais, caracterizando entraves ao funcionamento dos hospitais brasileiros. Contribuindo, Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005) relatam que este é um fenômeno mundial, não sendo característico somente dos países em desenvolvimento.

Porém, Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005) afirmam que os recursos necessários para a produção em saúde nem sempre são disponibilizados de acordo com a dinâmica das unidades. Assim, as ações gerenciais que deveriam ser determinadas pelo conhecimento administrativo da assistência, objetivando melhorar a qualidade e a eficiência da utilização dos recursos em saúde, nem sempre seguem essa orientação e se transformam em conflitos entre os membros das corporações profissionais, e entre estas e a equipe dirigente da instituição.

Ressalta-se que os recursos humanos, materiais e financeiros, em quantidade e qualidade adequadas, são insumos essenciais para a prestação do serviço de saúde, mas frequentemente geram situações conflitantes no processo de trabalho gerencial, pois são limitados e finitos, além de ser ponto de interesse e disputa por vários profissionais e unidades. A distribuição dos recursos nem sempre se dá de forma equitativa, obedecendo à lógica da necessidade, e as unidades recebem de forma diferenciada os recursos, sejam eles, humanos, físicos, materiais ou financeiros.

Nas organizações hospitalares os enfermeiros lidam cotidianamente com a alocação de recursos para o atendimento das necessidades da clientela e, não raro, identificam necessidades baseadas em seu conhecimento profissional, fazem solicitações e justificativas, mas recebem materiais aquém do previsto sob o argumento de contenção de custos. Os limites da participação dos enfermeiros na gestão de recursos institucionais não são bem definidos e variam em função da filosofia do hospital, das clínicas nas quais trabalham, das posições que ocupam na hierarquia e até mesmo de acordo com características dos profissionais que solicitam os recursos, podendo variar de um hospital para outro. Assim, no presente estudo busca-se o entendimento da participação do enfermeiro na alocação e gestão de recursos hospitalares, buscando responder às seguintes inquietações: Qual a participação do enfermeiro na gestão de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros? Que critérios são utilizados na distribuição destes? Como são gerenciados os recursos no hospital, e por quem?

Desvendar essas questões torna-se relevante para situar o enfermeiro no processo decisório do hospital, como participante ativo que utiliza os recursos assistenciais em grande escala e participa das definições ou como cumpridor de decisões de outras instâncias. A literatura mostra que o enfermeiro gerencia recursos institucionais, mas é pouco explorada no sentido de elucidar o tipo de participação do mesmo nos níveis estratégicos e operacionais. O tipo de participação do enfermeiro na gestão de recursos no hospital pode contribuir para aumentar a autonomia profissional, satisfação no trabalho e possibilidade de realizar atendimentos, conforme as demandas, sem improvisações muitas vezes desnecessárias.

O estudo é relevante, também, pela possibilidade de aplicação prática dos resultados, visando à organização e melhoria da gestão hospitalar pautada no gerenciamento eficiente de custos e na distribuição equitativa dos recursos disponíveis, considerando que recursos, em última análise, significam custos da assistência. E, ainda, porque o enfermeiro, engajado em ações gerenciais em hospitais como gerentes, diretores de serviço ou chefes de unidade, necessitam

ter conhecimentos a respeito de custos hospitalares, reconhecendo seu papel como agente de mudanças, no alcance de resultados positivos, bem como buscando o equilíbrio entre qualidade, quantidade e custos (FRANCISCO; CASTILHO, 2002, p.243).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a participação do enfermeiro na definição do gerenciamento de recursos materiais, humanos, físicos e financeiros no trabalho cotidiano da enfermagem de um hospital da rede privada de Belo Horizonte.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar os processos de gerenciamento de recursos no hospital;
- Descrever como são alocados os recursos materiais, humanos, físicos financeiros e quais os critérios utilizados;
- Identificar as principais facilidades e dificuldades relacionadas à gestão de recursos na visão dos enfermeiros em seu cotidiano de trabalho.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho em saúde possui características peculiares, não é um bem durável ou mercadoria. É uma prestação de serviço exercida por vários profissionais com corpo de conhecimento específico que atuam sobre um mesmo “objeto”, o paciente, o qual possui uma multiplicidade de anseios e demandas que necessitam ser trabalhadas e resolvidas.

Para Merhy (2002), a produção de um ato de saúde, para ser concretizada, deve construir certas situações como seu objeto de ação e, como tal, opera um ato tecnológico, ou seja, um ato comprometido com a realização de certo produto. Um ato direcionado para isso. Um ato que desde o seu começo já é finalístico, porque visa a gerar um produto: o ato de saúde sobre um objeto qualquer.

O trabalho em enfermagem, assim como o trabalho em saúde, integra a prestação de serviços e é parte do setor terciário da economia e, não produz bens materiais, mas serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento da assistência. Isto o diferencia de outros trabalhos por ter como objeto o homem, com demandas relacionadas ao processo saúde/doença expressas como necessidades ou problemas de saúde (FELLI; PEDUZZI, 2005). É importante destacar que tanto os objetos como os instrumentos de trabalho constituem-se como um processo histórico social (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nesse sentido, a abordagem do trabalho permite compreender as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e de enfermagem não somente como fruto do progresso técnico e científico, mas como intervenções que expressam uma concepção do processo saúde-doença, bem como a dinâmica social e de organização do serviço. (FELLI; PEDUZZI, 2005, p.2).

A divisão técnica e social do trabalho manifesta-se também na enfermagem, caracterizada por diferentes categorias profissionais de níveis de formação diferentes: o auxiliar, o técnico em enfermagem e o enfermeiro. Os primeiros são responsáveis pelos cuidados básicos aos pacientes e o segundo detém a concepção do seu trabalho, sendo responsável pela gerência do cuidado e da equipe de enfermagem. O processo de trabalho gerencial apreendido da perspectiva das práticas de saúde socialmente estruturadas tem papel fundamental na construção de um modo de fazer saúde (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Nas instituições hospitalares desenvolve a assistência ao paciente internado com doenças e necessidades complexas que exigem atuação de todos os profissionais para restabelecimento

da saúde. Neste cenário de características específicas torna-se possível observar as relações estabelecidas entre a equipe de saúde.

Assim, as relações entre os profissionais que compõem a equipe, com todas as suas trajetórias, experiências e concepções do processo saúde/doença determinará ações de cuidado e, segundo Merhy (2002),

Dependendo do paradigma de cuidado em foco esse ato tecnológico estará considerando o usuário como um portador de necessidade / fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos (MERHY, 2002, p.20).

O usuário, para profissionais consagrados e hegemônicos, será mais partido ainda e olhado como objeto para a produção de um ato de saúde reduzido muitas vezes a um procedimento profissional. Nesta configuração das ações de cuidado não se consegue chegar ao outro, que também tem desejos, vontades, intenções e modos de expressar necessidades. O usuário, sendo externo ao núcleo profissional, não participando de nenhum território tecnológico de ação, passa a ser o portador de necessidades, complexo, “pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãos” (MERHY, 2002, p.20).

O referido autor afirma ainda que olhando-se de outro lado, o do usuário, estas lógicas profissionais “colocam o cuidado em outro lugar, que não só o da intenção de um ato tecnológico de um agir profissional sobre um objeto, como o corpo que sofre”. Colocam o cuidado não como aquele da ação que visa à realização de um ato de saúde, como o corpo alvo do cuidado, mas como aquele que é prometido simbolicamente, enquanto lugar de cuidado. “Esse cuidado, referente simbólico, é muito mais amplo e largo do que qualquer intenção ou possibilidade de realização produtiva, que um conjunto de trabalhadores de saúde de uma profissão possa fazer, ou mesmo do que a junção que todos os profissionais de saúde possam somar” (MERHY, 2002, p.20).

Neste contexto emergem situações de conflito, controle e autonomia profissional, uma vez que para alcance da efetividade dos objetivos propostos deve-se romper com a lógica da fragmentação, e para tal, as inter-relações profissionais tornam-se mais evidentes e necessárias. A cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a

resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelecem no processo. Essa pactuação, segundo Merhy (2002), não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, muitas vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, na gestão ou na assistência. Segundo Cecílio e Moreira (2002, p.589),

No campo da saúde, a temática do poder expressa-se de forma mais evidente no debate em torno do controle e da autonomia dos seus profissionais. Este tema tem sido trabalhado por autores que se ocupam da gestão dos serviços de saúde, tentando responder a um problema prático da vida organizacional: a acentuada autonomia do trabalho em saúde, em especial a prática médica, em contraposição à necessidade de coordenação por parte das direções destas organizações (CECÍLIO; MOREIRA, 2002, p.589).

Assim, a gestão vem como estratégia para intermediar e organizar o processo de trabalho, maximizando conhecimentos, esforços e recursos em prol da assistência ao paciente. Corroborando, Merhy (2002, p.22) afirma que

Esta possibilidade de se olhar destes lugares e utilizando-se do potencial desterritorializante que a aposta na integralidade contém, permitindo que interroguemos a nós mesmos como seus preenchedores de sentidos, nos nossos fazeres, apontando para este campo de porosidades, abre a gestão do trabalho para o coletivo e para um mundo novo no campo da saúde, operando outras lógicas capturantes. Pelas quais, o mundo dos usuários pode e deve invadir nossos núcleos tecnológicos de ação e impor novas lógicas, que olham para o lugar da promessa do referente simbólico da saúde: o ato de cuidar como um fazer coletivo voltado para a defesa da vida, individual e coletiva (MERHY, 2002, p.22).

Portanto, a gerência não esta embasada somente nos mecanismos de organização e controle do trabalho, deve considerar as instituições de saúde como espaço de participação dos sujeitos envolvidos no processo saúde/doença, considerando tanto os pacientes quanto os trabalhadores, objetivando dar respostas às necessidades de saúde.

A gerência é um instrumento importante para efetivação das políticas, e ao mesmo tempo “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza a produção dos serviços de saúde (FELLI; PEDUZZI, 2005). Nesse contexto, a gerência em saúde é uma atividade-meio, centrada na articulação e na integração para que permita a mudanças nos processos de trabalhos arraigados (MISHIMA *et al.*, 1997). Sendo assim, torna-se instrumento para efetivação do cuidado.

Assim, 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, bem como da sua qualidade. Por outro lado, faz-se necessário destacar que a opção de uma forma ou outra de se organizar o trabalho não é

isoladamente uma escolha individual ou institucional, mas está determinada por condicionantes históricos, suas múltiplas mediações tais como políticas sociais e de saúde, os modelos assistenciais, condições de trabalho e outros (FELLI; PEDUZZI, 2005, p.11).

Neste sentido, a gestão refletirá a organização do processo de trabalho, sendo que

O modelo de gestão constitui uma configuração conceitual e operacional com características para estruturar os elementos do processo de trabalho e da organização dos recursos materiais, humanos, físicos e financeiros, definidos para uma dada estrutura organizacional. Refere-se ao processo ativo de determinação e orientação a ser seguido para a realização dos objetivos institucionais, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança, motivação e controle/avaliação (SOUZA, 2006, p.2).

Francisco e Castilho (2002) afirmam que a crescente elevação dos custos na saúde impulsionou os profissionais que com ela trabalham, a aquisição de conhecimentos sobre sistemas de custos e, logo, a sua atenção na realização de estudos, onde se busca a racionalização no processo de alocação de recursos, o balanceamento entre custos e recursos financeiros e a otimização de resultados. A criação e a implantação de sistemas de controle e de custos, com vistas à otimização dos recursos, não pareciam importantes para o gerenciamento dos serviços de saúde, porém, os recursos financeiros para cobrir os custos com a saúde não têm se mantido no mesmo nível. Os custos crescem e os recursos escasseiam, tanto no setor público como no privado.

De acordo com o *CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS* (1993), todos os países compartilham um problema comum, de custos galopantes na área de saúde, diante de recursos ou orçamentos limitados. Os autores complementam, afirmando que a atenção à saúde não é gratuita, e sejam quais forem as fontes de financiamento, públicas ou privadas, os custos absorvem recursos na forma de impostos, seguradoras ou gastos particulares, e que esses recursos não são ilimitados.

Segundo Francisco e Castilho (2002), no Brasil, como ocorre nos outros países, há um aumento de gastos com a atenção à saúde, e há constantes restrições orçamentárias. Com isso, torna-se preponderante a adoção de um sistema de custos para que, tanto os serviços e as ações garantidas pelo SUS, como pelas instituições privadas, sejam realizados com qualidade e eficiência. A elaboração de processos de aferição de custos para os serviços de saúde é fundamental. Neste contexto, a gestão de custos é necessária para controlar gastos, porém assegurando assistência de qualidade e isenta de riscos. “Para isso, é necessário o

envolvimento dos profissionais de saúde na formulação e desenvolvimento desses sistemas, considerando que outros recursos necessários dependem dos recursos financeiros e orçamentários.” (FRANCISCO; CASTILHO, 2002, p.242).

Portanto, identificam-se como insumos potencialmente consumidores dos recursos financeiros, necessários e indispensáveis para prestação da assistência e continuidade dos cuidados, os recursos humanos, materiais e físicos. Considerando os recursos humanos, Castilho, Fugulin, e Gaidzinski (2005) afirmam que a enfermagem representa de 30 a 60% do quadro de pessoal. Em relação aos recursos materiais, Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) afirmam que o custo com materiais no ambiente hospitalar representa de 15 a 25% dos gastos Institucionais. E por último o recurso físico gera custos elevados nos projetos de reforma, ampliação ou construção de edificações assistenciais de saúde, pois é o tipo mais complexo de edifício devido ao porte e instalações especiais (MOURA, 2008).

Assim, a assistência à saúde, consome inúmeros recursos para sua concretização, que ao longo do tempo vêm apresentando crescimento, impondo restrições aos hospitais, sendo a situação agravada pelo desconhecimento do processo de gerenciamento de recursos hospitalares.

Anselmi (1999) afirma que os aspectos econômico-financeiros relativos à assistência de enfermagem foram historicamente ignorados, apesar de os enfermeiros efetivamente gerenciarem as unidades assistenciais, por meio do planejamento, coordenação, supervisão e controle do trabalho, viabilizando, favorecendo e criando condições técnicas e políticas para a realização do mesmo.

Segundo Takahashi e Gonçalves (2005), o gerenciamento dos recursos em enfermagem consiste na participação do enfermeiro na sua alocação, com objetivo de organizar ou gerir cotidianamente uma unidade de saúde, promovendo segurança, conforto e privacidade para os pacientes e garantindo condições de trabalho apropriadas. Para assegurar a viabilidade técnica e compatibilizar as necessidades com a disponibilidade de recursos, observando parâmetros legais, é fundamental a participação do enfermeiro.

Francisco e Castilho (2002) afirmam que

A Organização Mundial de Saúde, já em 1982, apontava a enfermeira como o profissional da área de saúde com o maior potencial para assegurar uma assistência rentável, ou seja, eficaz em função dos custos. Isso se dava pelo fato de as enfermeiras estarem representadas em todos os serviços e trabalharem muito próximo da clientela,

podendo avaliar a assistência prestada, e que por isso devem ser ouvidas nos debates sobre políticas financeiras (FRANCISCO; CASTILHO, 2002, p.242).

Corroborando, Aburdene e Naisbitt (1993), pesquisadores de tendências mundiais, asseguraram já em 1992 que as enfermeiras podem ser responsáveis por 40 a 50% do faturamento dos hospitais, pois o seu trabalho melhora a qualidade do cuidado e os custos com a prestação da assistência. O referido autor afirma ainda que nenhum administrador supera o conhecimento que as enfermeiras possuem sobre a administração hospitalar. De fato,

As enfermeiras ocupam um nível decisório importante na alocação de recursos, quando decidem em suas unidades de trabalho as prioridades de seus serviços, decidem quem e quanto tempo será despendido nos cuidados, e quais recursos serão empregados. Essas decisões afetam diretamente o número e a qualidade dos atendimentos (FRANCISCO; CASTILHO, 2002, p.240).

Atualmente, as enfermeiras estão cada vez mais envolvidas em decisões financeiras, no planejamento orçamentário das instituições, gerenciando recursos (humanos, materiais e financeiros) muitas vezes escassos. E a melhoria dos sistemas de saúde pressupõe a disponibilização de recursos e como são utilizados. (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2005).

A discussão sobre alocação de recursos nas instituições de saúde é ponto de interesse de múltiplos profissionais com diferentes intenções. A esse respeito, Costa (2006, p.66) considera que a “característica mais específica do hospital moderno é a existência de um sistema dual de autoridade, composto por uma estrutura administrativa burocrática e pelo poder e autonomia médica”. Sendo assim, Cecílio e Moreira (2002, p.589) afirma que na área da saúde “a temática do poder se expressa de forma mais evidente em torno do controle e da autonomia dos seus profissionais”. Corroborando, Costa (2006) escreve que as políticas organizacionais e os profissionais da equipe de saúde são

Protagonistas e defensores de diferentes projetos, saberes e práticas de natureza marcadamente multidisciplinar e que disputam cotidianamente espaços de poder formal ou informal que assegurem o exercício de sua autonomia e a concretização de seus interesses, contrapondo-se à macrorracionalidade imposta pelos objetivos Institucionais (COSTA, 2006, p.26).

Outra concepção acerca da coordenação prática nos hospitais é discutida por Merhy e Cecílio (2003), que afirmam possuírem os hospitais três lógicas de coordenação. A primeira são as profissões ou especialidades, percebidas na estrutura hierárquica desenhada nos organogramas tradicionais, delimitando as linhas e a autonomia em relação à cúpula diretiva. A segunda

relaciona-se com as coordenações dos serviços ou das unidades de produção, regidas por normas técnicas e administrativas que podem ser percebidas também nos organogramas. A terceira é definida como a lógica do cuidado, não sendo expressa nos organogramas hospitalares tradicionalmente conhecidos. A subestimação desta lógica advém do fato de ser realizada pela enfermagem, que no complicado território de poder do hospital tem uma relação de subordinação quanto aos médicos (MEHRY; CECÍLIO, 2003). Assim é vislumbrado o conflito relacionado às questões gerenciais do hospital, na medida em que existem dois profissionais diretamente ligados ao cuidado. O médico elabora os fluxos e a direção deste cuidado, e o Enfermeiro operacionaliza o cuidado no cotidiano de trabalho das unidades assistenciais.

Na área da saúde a carreira gerencial é reconhecida como uma possibilidade de promoção dos profissionais que desempenham cargos técnicos, de diferentes classes profissionais. Nos hospitais, esse novo espaço tem constituído campo de valorização, uma vez que representa a gestão de pessoas e o acesso aos recursos institucionais.

Assim, o desempenho do enfermeiro no gerenciamento de recursos financeiros, objetivando a alocação equitativa de recursos, é um desafio que implicará a conquista de autonomia, delimitando o seu respeitável trabalho nas esferas técnicas e gerenciais próprias do cuidar e administrar exercida ao longo da história da sua profissão, e que agora ganha configuração de valorização.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

A motivação para a abordagem do objeto de estudo foi o desafio de compreender a participação do enfermeiro na alocação e gestão de recursos em um hospital sob a ótica de enfermeiros e outros profissionais que lidam com a gestão de materiais no hospital. Para tal, optou-se por realizar um Estudo de Caso, descritivo, de natureza qualitativa, pois se mostra como método apropriado para abordar o caráter complexo e dinâmico do objeto proposto, tornando possível descobrir as particularidades da participação dos enfermeiros na alocação e gestão de recursos em um hospital particular.

O uso da abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010) tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Possibilita captar a subjetividade dos sujeitos inseridos no contexto social no qual as relações se estabelecem. A autora afirma que

Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2010, p.37).

Deste modo, o Estudo de Caso possibilita a compreensão do fenômeno, por permitir uma investigação que preserve as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como processos organizacionais, em que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p.32).

### **4.2 Cenário de estudo**

O estudo foi realizado em um hospital de médio porte da região metropolitana de Belo Horizonte, referência em prestação de serviços de saúde de alta complexidade. Trata-se de hospital geral, de natureza privada, atuante no setor de prestação de serviços a particulares e conveniados. Fundado em 30 de agosto de 1967 por uma família que o gerenciou até 2000, mantendo a finalidade de prestar serviços de saúde e ser referência do município de Contagem – MG e região. O hospital foi criado e administrado com as características de uma empresa

familiar, até 2001, quando a família se afastou do negócio e o arrendou a um profissional que lá trabalhava.

Em relação à sua capacidade instalada, possui 140 leitos, sendo 120 de internação, entre apartamentos e enfermarias, e 20 leitos de Terapia Intensiva, 6 (seis) salas cirúrgicas, sendo 4 de grandes cirurgias e 2 (dois) de pequenos procedimentos, 12 boxes de observação, 3 (três) consultórios de clínica, 2 (dois) de ortopedia, 2 (dois) de cirurgia e 1 (uma) sala de emergência no Pronto Atendimento (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

A política do hospital é a satisfação e o encantamento dos clientes, alcançados através da melhoria contínua dos processos, refletida na missão de assistência com qualidade e calor humano, tendo como base ética, humanismo e compromisso com os clientes e com os resultados. Com isso o hospital almeja ser referência hospitalar regional em 2011 (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

A estrutura organizacional é composta pela presidência, diretoria Clínica e técnica, superintendência e coordenadores de áreas. Conta com o efetivo de 381 funcionários, 25 estagiários e aproximadamente 200 médicos. A equipe de enfermagem é composta por 4 (quatro) coordenadores das unidades, 21 (vinte um) enfermeiros assistenciais, 9 (nove) acadêmicos e 167 técnicos de enfermagem, distribuídos por 4 (quatro) setores (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

A presidência tem como atribuição disponibilizar recursos, estabelecer e propagar a política da qualidade. A diretoria clínica é responsável pelo cumprimento de atitudes e posturas éticas do corpo clínico, além da representação da equipe médica no Conselho Federal de Medicina (CFM). A diretoria técnica responde pela parte técnica e procedimentos médicos. É sua responsabilidade a seleção do corpo clínico habilitado e também a aquisição de recursos materiais (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

O Hospital passou por inúmeras crises econômico-financeiras e administrativas, sendo em 2001, reorganizada a infraestrutura e o sistema de gestão com uma mudança significativa da área física, atendimento ao cliente e imagem. Em 2007, o Hospital foi acreditado nível pleno pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e em 2009 recebeu a certificação ISO 9001:2008 (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

O Hospital atendeu, em 2009, 26 convênios, realizando aproximadamente 11.000 atendimentos/ mês, sendo cerca de 600 internações, 8.000 atendimentos externos provenientes do Pronto Atendimento e 3.300 atendimentos eletivos nos consultórios (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

As especialidades atendidas são: alergologia/imunologia clínica, anestesiologia, angiologia, cardiologia, cirurgia do aparelhos digestivo, cardiovascular, geral, plástica e torácica, clínica da dor, médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, mastologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, nutrição clínica, oftalmologia, oncologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psicologia e urologia (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009). Para tal, conta com serviços especializados de diagnóstico e imagem como: anatomia patológica, cicloergometria, controle de infecção hospitalar, ecocardiograma, eletrocardiograma, eletroencefalograma, endoscopia digestiva, fisioterapia, hemodiálise, hemodinâmica, hemoterapia, mamografia, patologia clínica, radiologia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, vídeoartroscopia e videolaparoscopia (MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009).

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Por se tratar de um estudo sobre gestão e alocação de recursos humanos, financeiros, físicos e materiais, considerou-se que os enfermeiros, pela posição que ocupam, o farmacêutico e o gestor do patrimônio, por lidarem diretamente com gestão dos insumos, e os membros da direção hospitalar são atores importantes na compreensão dos elementos associados à proposta de estudo. Assim, foram sujeitos da pesquisa 16 enfermeiros assistenciais, 1 (um) enfermeiro coordenador setorial, o farmacêutico e o gestor do patrimônio e os 4 (quatro) membros da direção do hospital, totalizando 23 sujeitos. Foram definidos como critério de inclusão na pesquisa a livre concordância em participar do estudo e ter vínculo com Hospital.

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) que segundo Minayo (2010) possibilita o discurso sobre o tema, não se prendendo somente a indagações formuladas. Assim, enriquece o conhecimento da situação estudada, evidenciando a representação da realidade: “ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos,

maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razão consciente ou inconsciente de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2010, p.262).

As entrevistas foram realizadas após agendamento com os sujeitos, considerando sua disponibilidade de tempo e horário, respeitando a rotina do setor e dinâmica de trabalho do entrevistado. O local da entrevista resguardou a tranquilidade, comodidade e privacidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas integralmente, totalizando 115 páginas; foram numeradas sequencialmente, de acordo com a realização, e identificadas nos resultados da seguinte forma: EEA – Entrevista Enfermeiro Assistencial; EEC – Entrevista Enfermeiro Coordenador; ED – Entrevista Diretor; EF – Entrevista Farmacêutico e EP – Entrevista Gestor Patrimônio.

Todos os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Inicialmente foi realizada a apresentação formal do pesquisador. A participação dos membros nas entrevistas foi antecedida de esclarecimento sobre seu objetivo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (apêndice B). A realização da pesquisa e o acesso aos documentos e relatórios do Hospital foram antecedidos da autorização formal fornecida pela presidência da Instituição (anexo A). O projeto foi submetido a análise e aprovação no Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, sendo posteriormente encaminhado para análise do COEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG.

#### **4.5 Análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009, p.44) consiste em “conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”. Corroborando Minayo (2010), relata que “permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2010, p.303).

A análise de conteúdo tem quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e inferência e interpretação destes.

A pré-análise foi a fase da organização propriamente dita. Segundo Bardin (2009), “corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 2009, p.121).

A exploração do material foi “a aplicação sistemática das decisões tomadas. Consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função das regras previamente formuladas” (BARDIN, 2009, p.127).

A codificação foi “o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo” (BARDIN, 2009, p.129).

“O recorte foi a escolha das unidades de registro. A unidade de registro é a unidade de significação, corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização; serão utilizadas como unidade de registro a palavra e o tema” (BARDIN, 2009, p.130).

A classificação foi a fase de escolha das categorias. É uma operação de classificação de elementos constitutivos em conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. Segundo Bardin (2009), “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão das características comuns dos elementos. O critério de categorização será semântico” (BARDIN, 2009, p.145).

O tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação destinaram-se a significar e validar os resultados brutos. Foi utilizada a análise temática como técnica para abordagem dos dados.

Bardin (2009) afirma que a análise temática é a contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação previamente determinada. Posteriormente será realizada a exploração do material a fim de administrar as técnicas no *corpus* das entrevistas. Por último, procedeu-se ao tratamento dos resultados, e a etapa subsequente foi a síntese e seleção para propiciar a construção das inferências e interpretação deles.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Gestão de Recursos Humanos: participação do enfermeiro nos níveis estratégicos e operacionais**

O ato de cuidar, em instituições de saúde, historicamente está ligado à enfermagem que, por meio da aplicação dos conhecimentos específicos da profissão, busca assegurar a promoção, recuperação e manutenção da saúde, com a assistência a pacientes e famílias. No entanto, o desempenho desta atividade pressupõe a alocação e utilização de diversos recursos.

Considerando-se a necessidade de tratamento individualizado e personalizado às pessoas internadas em hospitais, os profissionais de enfermagem são um recurso estratégico. Recurso humano em saúde pode ser caracterizado como todas as pessoas envolvidas na prestação da assistência ao paciente e família, e recursos humanos em enfermagem são todos os membros da equipe que, em sistema de plantões, prestam serviços assistenciais.

A gestão de recursos humanos em instituições hospitalares tem por objetivo assegurar quadro de pessoas habilitadas e qualificadas para desempenho das atividades assistenciais, assegurando a ininterruptão do cuidado.

Com o avanço tecnológico e o acirramento da concorrência que alcançou o setor saúde, assegurar a competitividade tornou-se imperativo para sobrevivência. Assim, a gestão de pessoas vem impulsionar essa tendência, pois elas é que são capazes de inovar e agregar qualidade e valor aos serviços garantindo a permanência no mercado. Os hospitais privados vivenciam permanentemente esta situação, buscando alternativas nas pessoas para melhoria da assistência.

Neste contexto, o conhecimento dos processos internos da instituição e do funcionamento das unidades tornou-se fundamental e o enfermeiro, pela natureza de seu trabalho; gerencia o cuidado e as unidades; conhecendo a dinâmica destes. Segundo Aguiar e colaboradores (2005) o desafio atual dos enfermeiros na gerência dos serviços de enfermagem é aprender a lidar com o conhecimento de seu grupo, pois eles são fundamentais para o alcance dos objetivos. Além disso, Castilho, Fugulin, e Gaidzinski (2005) afirmam que enfermagem representa de 30 a 60% do quadro de pessoal, sendo responsável, segundo Aburdene e Naisbitt (1993), por 40 a 50% do faturamento dos hospitais.

Neste estudo, para descrever a participação do enfermeiro na gestão de recursos humanos no hospital, serão adotadas as funções descritas por Dutra (2009), ou seja, as três funções básicas: movimentação, desenvolvimento e valorização.

A movimentação é o processo de mudança de local de trabalho, de função profissional, de emprego ou de vínculo e está relacionada com o desenvolvimento da pessoa ou da empresa (DUTRA, 2009). A movimentação engloba os processos de captação, internalização, transferência, expatriação e recolocação.

A captação é a procura e seleção de pessoas para trabalhar na empresa e é considerada como “qualquer atividade da empresa para encontrar e estabelecer uma relação de trabalho com pessoas capazes de atender às suas necessidades presentes e futuras” (DUTRA, 2009, p.82). Inicia-se com o diagnóstico da necessidade até o estabelecimento da relação de trabalho. Peres, Leite e Gonçalves (2005) consideram a movimentação como recrutamento e seleção, assim como Dutra (2009), que amplia o conceito.

A internalização inicia-se, segundo Dutra (2009), com a imagem da instituição no mercado ou no momento do contato com a pessoa, começando o estabelecimento de uma relação com expectativas mútuas. Inclui atividades de socialização e aclimatação das pessoas e a sua incorporação da cultura da organização, a fim de assegurar a adaptação ao trabalho e propiciar condições adequadas de desempenho das atividades. Se a relação não for bem estabelecida, as pessoas terão dificuldade de realizar as entregas esperadas pela organização. Assim, deve ser fonte de constante preocupação e, para Dutra (2009, p.89), esse processo não deve ser utilizado para reprimir ou padronizar o comportamento, pois senão estar-se-ão “matando as possibilidades de contribuições criativas das pessoas e perdendo toda riqueza da diversidade oferecida pelas diferenças individuais”.

A transferência é constituída por movimentos dentro da organização em relação à área de atuação e carreira, com objetivo de propiciar crescimento profissional para pessoas qualificadas que são capazes de assumir atribuições e responsabilidades que agregam valor à Instituição. Normalmente esta prática traz consigo aumentos salariais.

A expatriação e a recolocação não serão abordadas por não serem objeto deste estudo e dizerem respeito à movimentação de pessoas para o trabalho em empresas em diferentes países e atividade de consultoria, visando a oferecer apoio e orientação para facilitar o processo de recolocação profissional no mercado de trabalho.

Outro aspecto importante da movimentação é o planejamento de pessoal, que tem como função assegurar a continuidade da produção sem interrupções e acréscimo de risco aos processos. No hospital, esse aspecto é crucial, pois interrupções resultam em exposição de milhares de pacientes com consequências sérias e graves. Segundo Dutra (2009, p.72) “o planejamento do quadro de pessoas é uma peça fundamental para gestão do movimento”, sendo necessário que as empresas conheçam suas necessidades quantitativas e qualitativas de pessoas. O autor acrescenta que o dimensionamento do quadro previne que excesso ou déficit de pessoas comprometam os processos. Além disso, a falta de planejamento acarreta custos adicionais, onerando as instituições ou provocando impactos sociais referentes a grandes demissões. O planejamento deve ser alinhado à estratégia e política da empresa, representando os valores cultivados por ela.

O desenvolvimento é a “capacidade para assumir atribuições e responsabilidades em níveis crescentes de complexidade” (DUTRA, 2009, p.101). É considerado peça essencial na gestão de pessoas para ampliar o diferencial competitivo da organização. Considerando que o mercado caminha para maior complexidade tecnológica, as pessoas precisam ser instrumentalizadas para lidar com situações cada vez mais exigentes, dinâmicas e instáveis. O desenvolvimento possui dois componentes: direção e foco. A carreira e competência são utilizadas para delimitação do escopo.

A carreira é a trajetória profissional percorrida pela pessoa, e para Dutra (2009) não deve ser considerada como um caminho rígido, precisando conciliar o desenvolvimento das pessoas em consonância com o desenvolvimento da organização. Para tal, o sistema de administração de carreiras busca harmonizar as expectativas das pessoas com as necessidades da empresa, sendo necessário compromisso das duas partes baseado na transparência, honestidade e comunicação que permitam negociações para acomodar interesses. Deste modo, compete às pessoas a gestão de sua carreira e às empresas o apoio ao processo de encareiramento, determinando ações de desenvolvimento das competências para que as pessoas sejam capazes de realizar as entregas esperadas.

Competência pode ser considerada como um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para pessoa exercer seu trabalho” (DUTRA, 2009, p.129). A competência é a capacidade de entrega, ou seja, com seus conhecimentos e habilidades e pontos fortes a pessoa consegue gerar resultados que agreguem valor à instituição, a ela mesma e à sociedade. Os resultados referem-se não somente a implicações financeiras, mas também a

melhoria dos produtos e processos internos da organização, sendo importante definir o que a pessoa deve entregar e o foco do desenvolvimento, pois as instituições necessitam de diferentes tipos de entrega.

As ações de desenvolvimento podem ser formais ou informais. Ações formais exigem um cronograma de trabalho, com conteúdo e recursos didáticos. Neste processo estão as palestras, seminários, cursos, treinamentos, entre outros. Ações informais são desenvolvidas em serviços, dentro do próprio setor ou intersetorialmente, tais como participação em grupos de trabalho, projetos e outros. A opção pelo uso de determinada metodologia baseia-se no público-alvo e “quanto maior o nível de atribuição e responsabilidade, maior deve ser o percentual das ações de desenvolvimento não formal”, pois necessita da mobilização de conhecimentos prévios e diversificados e não da aquisição de novos conhecimentos (DUTRA, 2009, p.153).

A avaliação da efetividade das ações de desenvolvimento é um aspecto importante na discussão dos investimentos efetuados pela empresa e pelas pessoas (DUTRA, 2009). Neste sentido, avaliação de desempenho é um instrumento gerencial que fornece informações do desempenho profissional, que possibilita nortear ações de desenvolvimento da equipe de trabalho e não deve ter caráter disciplinar ou punitivo. Torna-se necessário

Identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento, descobrir novos talentos, subsidiar programas de mérito, promoções e transferências, facilitar o autodesenvolvimento, e fornecer *feedback* aos empregados, identificando suas competências e habilidades deficientes, para qual devem ser desenvolvidos programas de melhoria (LIMA *et al.*, 2007, p.396).

A valorização é a gratificação recebida pelas pessoas em razão do trabalho realizado para a organização e pode ser, segundo Dutra (2009, p.171), “econômica, crescimento profissional e pessoal, segurança, projeção social, reconhecimento e possibilidade de expressar-se por seu trabalho”. A valorização mais utilizada é a remuneração, ou seja, o ganho econômico relativo às entregas produzidas pelas pessoas. Representa um valor agregado para pessoa, empresa, sociedade e para o mercado, pois permitirá acesso a bens como moradia, alimentação, acesso à cultura e educação, maximizando a formação pessoal e profissional. Deve ser condizente com a complexidade do trabalho e capacidade de agregar valor ao produto.

Outra forma de valorização das pessoas refere-se aos benefícios, definidos como vantagem, ganho ou proveito, direito conferido a alguém (FERREIRA, 1995). O conjunto de benefícios

concedidos, segundo Dutra (2009), oferece acesso a bens e serviços que de outra forma não se teria acesso como, por exemplo, assistência médica. A concessão de benefícios é extensiva a todas as pessoas, não as diferenciando quanto às entregas e grau de desenvolvimento. Além disso, eles podem ser considerados uma complementação salarial que pode beneficiar toda a família.

No entanto, Peres, Leite e Gonçalves (2005) afirmam que a maioria dos hospitais não possui uma política de valorização de recursos humanos, pois apreciam as tecnologias para qualidade da assistência, em detrimento do capital humano.

Ressalta-se que as empresas tradicionais adotavam, como parâmetro para distribuição da recompensa, a postura de submissão e o esforço para alcance de resultados. Atualmente, a concepção modificou-se, em resposta ao mercado. As empresas modernas valorizam a autonomia, desenvolvimento em detrimento do esforço, inovação, visão de futuro e solução de problemas, respeitando as diferenças entre as pessoas para se realizarem as entregas. Os critérios de diferenciação das pessoas devem ser pautados na equidade e ser “coerentes entre si e consistentes no tempo” (DUTRA, 2009, p.172).

Os resultados da pesquisa de campo mostram que os enfermeiros entrevistados consideram a captação de pessoal como uma ação estratégica para o hospital e para as pessoas, principalmente os processos de recrutamento e seleção. Inicialmente faremos uma descrição dos resultados encontrados e posteriormente utilizaremos trechos das falas relevantes.

O processo de captação tem início com as demandas das áreas assistenciais. A Coordenação de Enfermagem levanta a necessidade de contratação e encaminha a solicitação de preenchimento de quadro à diretoria com a justificativa da requisição. A diretoria autoriza a contratação, concentrando o processo decisório final, traçando estratégias de contratação que têm como principal critério a redução de custos, fato evidenciado também nos desligamentos, que só podem ser efetuados mediante autorização da diretoria, independentemente da avaliação da enfermagem. Para tal, baseia-se nos relatórios do Departamento de Pessoal e do Financeiro. Após a autorização inicia-se a fase operacional, que é realizada pelos setores de Recursos Humanos e Coordenação de Enfermagem.

A captação e internalização começam com o recebimento dos currículos pelo setor de Recursos Humanos. A principal fonte de captação no hospital é a indicação de candidatos pela equipe de enfermagem, além do aproveitamento de acadêmicos que fazem estágio no hospital

e também a prática de recrutamento interno. Esta faz parte da cultura da organização, porém não constitui necessariamente a efetivação do candidato. Após a seleção dos currículos, o setor de Recursos Humanos realiza uma série de testes com os candidatos, como prova de conhecimentos de enfermagem, testes psicológicos, entrevista com psicólogo. Posteriormente, os candidatos são apresentados à Coordenação de Enfermagem para entrevista, após a qual define aqueles a serem contratados. Os enfermeiros, apesar de trabalharem diretamente na assistência, não participam do processo e nem do delineamento do perfil dos candidatos. Sua participação restringe-se à identificação das demandas de assistência de enfermagem e de pessoal, fornecendo informações à coordenação, sendo o processo informal e por iniciativa do enfermeiro.

Definida a contratação, os profissionais são apresentados ao enfermeiro, que é responsável pela efetivação do processo de internalização, aclimatando e ambientando o funcionário por meio de ações setoriais de treinamento e de cuidados de enfermagem, garantindo assim um ambiente adequado para o trabalho e minimizando com isso absenteísmo, *turnover* e doenças ocupacionais.

É possibilitando um meio de trabalho adequado para o funcionário, para que eles se sintam bem ambientados, e com isso diminua o absenteísmo, o afastamento, o *turnover*, grande rotatividade de funcionários (EEA10).

A captação e contratação das coordenadoras de enfermagem são realizadas pela diretoria, que concentra todo o processo. Tal fato deve-se à função estratégica do cargo para alcance dos objetivos e metas Institucionais.

A transferência relaciona-se a mudança de setor ou de nível de complexidade do trabalho, ou seja, entre as unidades assistenciais e mudança de função ou cargo. A mudança de setor está relacionada à questão salarial e profissional. Setores socialmente valorizados são alvos de solicitação de transferências. A representação do trabalho desenvolvido em setores como Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Centro Cirúrgico (CIR) e Pronto Atendimento (PAT) tem maior reconhecimento e valorização profissional. Tal fato é reproduzido em toda a instituição desde a diretoria, através de priorização de investimento até os colaboradores das áreas assistenciais, interferindo na gestão de todos os recursos.

O planejamento do quadro de pessoal como atividade que refletirá em toda cadeia a produtiva, isto é, toda assistência de enfermagem, é desenvolvido pela Coordenação de Enfermagem, porém todo o processo deve passar pela aprovação da diretoria. O aumento do quadro é

responsabilidade da Coordenação. Os enfermeiros participam fornecendo dados referentes à assistência, levantando problemas e apontando as necessidades e possíveis soluções, como nas seguintes falas:

Quem faz o dimensionamento é a coordenação. Participo indiretamente, dou opinião também (EEA15)

No processo de aumento de quadro eu não tenho participação (EEA11)

Um aspecto que chamou a atenção no planejamento do quadro, é que não há diferenciação dos conceitos de dimensionamento e escala. Tratam as duas questões como a mesma atividade para abordar previsão de recursos humanos. Na verdade, dimensionamento é quantidade de mão de obra necessária para assistência, levando-se em consideração a unidade, perfil de pacientes/ complexidade clínica, número de leitos e o índice de segurança técnica para cobrir rotatividade e absenteísmo. E escala é o desenho, a distribuição dos funcionários no setor por turno e plantão. O dimensionamento e as escalas são atividades realizadas pela Coordenação de Enfermagem, sem a participação dos enfermeiros. Porém, o enfermeiro assistencial tem autonomia para fazer as adequações necessárias no decorrer do plantão em virtude de faltas, licenças e folgas.

Quem faz as escalas, o dimensionamento é a coordenação de enfermagem, mas diariamente cabe ao enfermeiro remanejar, colocar a equipe de acordo com a ocupação do setor. Não é suficiente por causa de falta, atestado médico. Assim, tenho grande dificuldade (EEA14)

Nos diversos setores do hospital o dimensionamento foi considerado inadequado por não considerar ausências por faltas, licenças, férias e, ainda, pelo fato de as escalas não atenderem à demanda setorial, devido à distribuição desigual dos trabalhadores, ficando os finais de semana com déficit de funcionários. O COFEN referencia, pela da resolução 293/2004, que o cálculo do pessoal de enfermagem deve considerar as ausências não previstas e a taxa de absenteísmo, através da adequada quantificação do índice de segurança técnica (IST) a fim de garantir a qualidade dos cuidados por 24 horas, sem prejuízo para pacientes e equipe de enfermagem. Inoue, Matsuda e Silva (2008) relatam que o absenteísmo prejudica o trabalho da equipe de enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho e comprometendo a qualidade da assistência. Afirma, ainda, que Instituições hospitalares atuam com número limítrofe de funcionários, sendo que o absenteísmo agrava ainda mais a situação, além de aumentar os custos operacionais.

O dimensionamento é feito pela coordenadora do setor, não é suficiente, por mais que tenha aumentado o número de funcionários, cada funcionário fica com seis, sete às vezes acamados crônicos, que demandam muito cuidado... Então eu considero que não é suficiente. Além de não ter um funcionário reserva em caso de falta, atestado, o que gera problemas na assistência. Eu posso redividir a escala, eu posso fazer remanejamento entre setores (EEA5)

Quando aos enfermeiros houve uma ampliação de carga horária recentemente, para que pudessem atender essa demanda (EEA9)

Quem toma essa decisão é a diretoria, mais precisamente a presidência, mas tem sempre que levar em consideração a capacidade e ociosidade desse setor, se a procura está maior que a oferta, tem acontecido ultimamente... tanto com a unidade de internação, todos os setores nossos, para falar a verdade. A unidade de internação foi ampliada, no CTI nós tivemos ampliação, então temos que ampliar agora o pronto atendimento. Porque nós estamos com em torno de 9500 atendimentos e está atendendo, assim, realmente no limite máximo, chega até começar a prejudicar, afetar a qualidade de atendimento, e tenho certeza de que se nós tivéssemos uma capacidade maior, nós estaríamos atendendo aí 12, 13 mil (ED4)

A não observância do índice IST para cobrir faltas e licenças torna-se mais grave diante do aumento da demanda de internações, cirurgias, atendimentos de emergência e das internações intensivas, além de ampliação da área física sem se considerar o aumento adequado de pessoal. A equipe de nível técnico foi ampliada, mas ainda é insuficiente para a demanda e os enfermeiros tiveram aumento da carga horária. Neste sentido,

as enfermeiras têm encontrado inúmeras dificuldades para planejar e justificar as necessidades de adequação no quantitativo de recursos humanos, tanto para melhoria da qualidade assistencial, como para o atendimento das novas demandas impostas pelos administradores das instituições de saúde, principalmente frente às necessidades crescentes de racionalizar os custos e aumentar a oferta de serviços (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005, p.126).

Outro aspecto importante é a falta de profissionais qualificados para preencher as vagas, acarretando morosidade no processo de contratação. Peres, Leite e Gonçalves (2005) afirmam que os critérios utilizados para preenchimento de cargos devem ser suficientemente flexíveis e compatíveis com o mercado de trabalho, para que cargos não fiquem vagos por muito tempo, devendo a ênfase ser dada ao desenvolvimento das pessoas dentro das instituições, conforme os relatos a seguir:

Atualmente a quantidade de pessoal não é adequada, está abaixo do que eu preciso pela falta de profissional qualificado para assumir a vaga. Então eu vivo com as vagas em aberto, três, quatro, cinco, mais de três meses (EEC1)

Percebe-se, pelos relatos, que os enfermeiros assistenciais participam da identificação e comunicação dos problemas relacionados ao quantitativo de pessoal e apresentam sugestão

para a solução, mas não definem ações, principalmente decisões estratégicas como as que envolvem custos. Sua participação está relacionada à utilização do conhecimento que possuem da dinâmica da unidade de trabalho e da complexidade da assistência, instrumentalizando a diretoria para tomada de decisão.

Em relação ao desenvolvimento como atividade essencial para alcance dos objetivos institucionais, os relatos apontam que o hospital não possui estratégias organizadas de desenvolvimento de competências e de pessoas, principalmente na capacitação que permita a mobilidade interna entre setores quando necessário. A capacitação fica restrita ao período de experiência profissional, assim mesmo voltado para o conhecimento do hospital e das rotinas, não havendo ações de desenvolvimento formal dos profissionais. O desenvolvimento informal é buscado por aqueles trabalhadores mais interessados em aprender, embora o ambiente não favoreça por causa da grande exigência dos serviços. Tal fato foi percebido pelos enfermeiros como um aspecto dificultador do processo de trabalho, gerando conflitos, acirramento das relações de poder e sobrecarga de trabalho que, muitas vezes, inviabilizam remanejamentos intersetoriais, descumprindo a política da organização, pois as pessoas estão pouco preparadas para trabalhar em unidades de maior grau de complexidade.

...às vezes, por insegurança, por sobrecarga de trabalho, a gente tem resistência do funcionário, principalmente para redimensionamento intersetorial, mas se a gente for analisar bem, não se pode tirar a razão do funcionário... Pela Coordenação o funcionário é do hospital, não do setor específico, porém ele não é capacitado para trabalhar em outro setor, não fez um treinamento, por exemplo, no CTI. Então ele tem razão... porque ele é inseguro, tem risco de cometer erro... tem risco de ser julgado... porque existe um preconceito entre os setores (EEA3)

A gestão de pessoas, na sociedade contemporânea, focaliza a gestão da carreira como um aspecto importante para as pessoas e organizações. No entanto sua prática, em geral, se restringe a grupos profissionais de elevada qualificação, que têm maiores oportunidades e expectativas, enquanto profissionais de nível intermediário ou de menor qualificação concentram sua preocupação em manter o emprego. No hospital cenário do estudo a gestão de pessoas é praticada de forma incipiente e restrita às movimentações internas de transferências em virtude de valorização profissional e aumento salarial.

Os resultados mostram, também, que a avaliação, como uma função de Recursos Humanos, não é praticada sistematicamente no hospital, pois a falta de uma política permanente de desenvolvimento de pessoal compromete a implantação de avaliação de desempenho. A

avaliação, assim como os treinamentos, foram observados somente na fase de experiência, logo após a admissão dos profissionais.

No hospital, há programa de remuneração indireta e concessão de benefícios em função das entregas realizadas à instituição: anuênio salarial e plano de saúde. A remuneração direta é praticada, sendo diferenciada por setor e turno de trabalho por questões legais.

Neste contexto, a gestão estratégica de pessoas não está implantada em sua totalidade. Segundo Dutra (2009), o modelo de gestão “é uma lente que nos ajuda a enxergar a realidade em sua totalidade e complexidade, descortina o invisível, ou seja, as relações ou situações subjacentes à nossa compreensão, das quais temos notícia somente por seus efeitos” (DUTRA, 2009, p.41).

O hospital tem uma estrutura hierárquica vertical, concentrando o processo decisório na diretoria e nas chefias, e a participação da equipe de enfermagem somente no nível operacional. As relações profissionais são reguladas por uma estrutura de poder, na qual o conhecimento técnico-científico das profissões tem papel importante, sendo o médico detentor de maior autonomia, o que lhe assegura privilégios na alocação de recursos para seus setores e subordinação da Coordenação de Enfermagem às decisões médicas. Corroborando, Cecílio (1999) evidencia que “muitos dos conflitos no hospital decorrem da disputa entre os profissionais ou equipes querendo maior controle possível dos recursos para seu trabalho (lógica da autonomia/lógica da eficácia) e a direção (lógica do controle/lógica da eficiência)” (CECÍLIO, 1999, p.321).

As facilidades para o gerenciamento do pessoal de enfermagem são... aceitam muito as orientações... Tem muito respeito... trabalha em equipe, mas tem uma certa hierarquia, então eles respeitam, eles pensam, eles propõem soluções... não desacatam na frente de outras pessoas... não tive nenhum problema de conflito com ninguém... eu pelo menos trabalho muito com eles a questão do trabalho em equipe. (EEA1)

Eu não vejo facilidades, eu só vejo dificuldades para gerenciar o pessoal de enfermagem. Eles são muito resistentes... mas facilitam por medo de ir contra uma postura e uma imposição da supervisão. Então, por medo, os funcionários acreditam que o hospital vai fazer alguma coisa, então ele precisa acatar (EEA14)

Assim, a estrutura hierárquica define papéis, atribuições e responsabilidades, regulando o comportamento e o desempenho da equipe de enfermagem. Os enfermeiros assistenciais fazem o gerenciamento do cuidado, o planejamento da assistência e a supervisão da equipe. Estabelecem elos com a Coordenação de Enfermagem, apontando necessidades e demandas

do setor e dos funcionários. A diretoria estabelece planos e metas, define critérios e avalia os relatórios com as solicitações dos gestores das áreas assistenciais, isto é, UNI, CTI, PAT e CIR, e das áreas administrativas.

Portanto, as ações estratégicas da gestão de pessoas são concentradas na direção, e as ações cotidianas e operacionais ficam sob a responsabilidade dos enfermeiros das unidades. Cecílio e Mendes (2004) afirmam que as enfermeiras são verdadeiras gerentes do cuidado, articulando o processo de trabalho da equipe de enfermagem com os outros profissionais e unidades de produção, alocando recursos, evitando o desabastecimento e a desassistência. Nesse sentido, pode-se afirmar que os enfermeiros participam da gestão do pessoal de enfermagem no nível de planejamento e execução da assistência e, ainda, identificando necessidades para assegurar uma assistência livre de riscos; porém, não detêm o processo decisório de contratar, quem contratar ou quando demitir.

## **5.2 Gerenciamento de recursos materiais na ótica dos enfermeiros**

Historicamente, o trabalho da enfermagem no hospital tem como base o ato do cuidar, prestando assistência ao paciente e sua família, diuturnamente durante todo o tempo de internação. Para viabilizar uma assistência de qualidade, torna-se necessário o gerenciamento do cuidado e do serviço, envolvendo questões de organização, planejamento, controle e alocação de recursos materiais.

Neste estudo, recurso material é todo tipo de insumo empregado direta ou indiretamente na prestação do cuidado ao paciente e necessário para o restabelecimento da sua saúde. Oliveira e Chaves (2009) entendem recursos materiais como todo aquele que será utilizado durante o processo produtivo do hospital.

O gerenciamento de recursos materiais em hospitais tem por objetivo a provisão de insumos para prestação do cuidado, garantindo a continuação da assistência e do tratamento, sem danos ao paciente, sendo definido como conjunto de atividades planejadas que envolvem, segundo Castilho e Gonçalves (2005), ações de programação (padronização, classificação, especificação, previsão), compra (controle de qualidade), recepção, armazenamento e distribuição e controle.

Com avanço o científico-tecnológico aumentou significativamente a variedade e complexidade de materiais disponíveis no mercado. Alguns itens têm elevado custo e outros são de grande consumo pelas unidades assistenciais, acarretando despesas para os hospitais. Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) estimam que o custo com materiais no ambiente hospitalar representa de 15 a 25% dos gastos institucionais. Além disso, os autores afirmam que as unidades de consumo e seus profissionais são alijados das áreas administrativas, adicionando dificuldade ao gerenciamento dos recursos materiais.

O corpo de enfermagem possui conhecimento minucioso de dinâmica da assistência e da unidade, sendo, geralmente, responsável pelo gerenciamento dos materiais do setor e dos serviços de saúde. Assim, torna-se clara a relevância do gerenciamento de recursos materiais para o trabalho de enfermagem.

Em relação às etapas de gerenciamento dos recursos materiais temos a programação, compra, recepção, armazenamento e distribuição e controle. Cada etapa tem suas especificidades que dependem de conhecimentos técnicos, avaliação de qualidade e disponibilidade de recursos financeiros.

A programação, entendida como o processo de planejamento de aquisição dos materiais, tem início com a padronização ou determinação dos materiais a serem adquiridos, objetivando a diminuição da variabilidade, a normatização do uso e o controle do custo/benefício. A especificação é a descrição técnica do produto, tendo como requisito a consulta aos órgãos regulatórios como ANVISA, ABNT e Ministério da Saúde. A equipe assistencial que irá utilizar o material tem o importante papel de testá-lo e aprovar sua compra, pois ele pode não atender à necessidade dos profissionais em suas características inerentes a cada serviço e público atendido.

A previsão é, geralmente, baseada no controle de estoque para definição da compra em termos de quantidade e qualidade. Utiliza o consumo de determinado tempo pelas unidades, expresso nas requisições da equipe de saúde. Castilho e Gonçalves (2005) afirma que constitui ação gerencial a determinação do quanto comprar.

O processo de compra, que varia de organização para organização, é o procedimento de negociação com fornecedores para aquisição de materiais, considerado o controle de qualidade e leis de preço de mercado. Oliveira e Chaves (2009) discorrem sobre a importância da relação entre qualidade e preço, tendo o enfermeiro papel importante neste processo, uma

vez que a qualidade do material influi na qualidade e segurança da assistência prestada, não somente para a enfermagem, mas para toda a equipe de saúde. E, ainda, que as decisões sobre qualidade devem estar presentes em todos os planos de compra. Após a compra, há o recebimento do material com a conferência dos itens entregues pelo fornecedor. Em seguida, procede-se a o registro de entrada e o armazenamento, para posterior distribuição às unidades consumidoras.

O controle de estoque é processo administrativo de verificação dos itens, evitando-se perdas por estocagem inadequada, vencimento do prazo de validade e detecção do ponto de ressuprimento. Nas organizações, o controle de estoque é ponto crítico devido ao alto custo de se manterem estoques elevados e capital investido sem geração de lucros. Atualmente a tendência é manter estoques reduzidos para evitar prejuízos financeiros. Para Agapito (2005), o gerenciamento de estoques tem como objetivo principal a redução dos custos por meio de técnicas adequadas, em vez da deterioração da qualidade do serviço de saúde. E, ainda, que “a preocupação com a logística hospitalar vem crescendo bastante, pois dela depende o abastecimento de todos os pontos de distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares dentro do hospital, independente do valor” (AGAPITO, 2005, p.1).

Nas entrevistas realizadas foram elencados como recursos materiais, pelos enfermeiros, para prestação da assistência ao paciente, os medicamentos, os materiais de consumo (escritório e administrativo), de procedimentos (gaze, sondas, jelcos e escalpes), esterilizados, as órteses, próteses e materiais especiais (OPME) e os equipamentos. Os enfermeiros participam, em diferentes níveis, de maneira direta ou indireta, do gerenciamento da cadeia de suprimento destes.

A gestão dos medicamentos e materiais de procedimentos é responsabilidade do farmacêutico do hospital, que coordena todas as ações. Cabem aos enfermeiros a utilização e controle dos mesmos nas unidades.

A programação de material é feita pela Comissão de Padronização, que define o material/medicamento a ser comprado e sua especificação técnica, bem como a qualidade. Nesta comissão, há a participação de uma enfermeira que atua na padronização de novos materiais e repassa para a equipe os novos produtos a serem testados, elaborando relatório que é encaminhado à farmácia. Os materiais de alto custo são testados somente pela enfermeira da comissão. O médico é responsável pela validação das medicações. A comissão promove

encontros anuais para revisão da padronização, mas as compras são realizadas sem consulta à enfermagem ou com consultas esporádicas. Se o material adquirido não atender às necessidades da equipe, a enfermeira faz notificação da inadequação à farmácia. Assim, na prática, a enfermeira participa da compra e, posteriormente, no veto às futuras compras, após avaliação do material. Honório e Albuquerque (2005, p.262) afirmam que “os avanços na gestão de recursos materiais são incipientes, pautados em iniciativas individuais, não caracterizando, ainda, uma transformação coletiva”. A fala do entrevistado confirma o tipo de participação

O enfermeiro não atua na compra, mas ele atua no veto às futuras compras (ED1)

A aquisição de material/medicamentos não padronizados é avaliada pela comissão de padronização segundo os critérios de necessidade e verificação da existência de produto similar padronizado pelo hospital. Em relação a materiais, as solicitações de inclusão de itens pela enfermagem são feitas somente na reunião de revisão da padronização. A aquisição de material/medicamento fora da padronização gera elevado custo, pois a compra é feita fora do contrato com o fornecedor e depende de autorização da diretoria.

A previsão de compra considera o prazo de pagamento, ciclo de estoque e a logística, sendo o critério adotado o controle de custo. Neste processo não há a participação da equipe de enfermagem. A compra também é responsabilidade do farmacêutico, que considera como requisitos de seleção dos fornecedores que apresentem boas práticas de fabricação, registros nos órgãos sanitários e documentação específica. Não há participação da enfermagem neste processo.

A recepção dos materiais, bem como seu armazenamento, são responsabilidade da farmácia, sem nenhuma participação da equipe de enfermagem. Não há nas unidades o armazenamento de materiais de procedimentos e medicamentos, ou seja, estoque de materiais, o que desorganiza processos de controle. Em alguns setores, como as Unidades de Internação, o processo é percebido pelos enfermeiros como fator crítico para assistência, pois os materiais devem ser buscados na farmácia satélite que se localiza distante da unidade assistencial.

A distribuição dos medicamentos e materiais de procedimentos é realizada, por código de barras e selada por horário, para 24 horas de assistência, para as unidades consumidoras, mediante prescrição médica e de enfermagem, garantindo rastreabilidade do processo e permitindo, segundo Castilho e Gonçalves (2005), agilidade na identificação de consumo e

reposição. Os medicamentos são dispensados para os setores assistenciais, pelos colaboradores da farmácia, que realizam a conferência juntamente com a equipe de enfermagem. Não há restrições clínicas regulatórias da dispensa, somente as restrições relativas à fonte pagadora, os convênios, que não pagam determinados materiais e medicamentos para certas unidades, como por exemplo, medicações de uso prolongado como antibiótico endovenoso para o Pronto Socorro, para pacientes que não irão ser internados. Apesar de o processo ter controle sistemático, segundo os relatos da equipe de enfermagem, há muitas sobras e faltas de medicações. As faltas não são supridas pela farmácia, ficando a responsabilidade com a equipe de enfermagem. Além disso, quando há prescrição de materiais de procedimentos pelo enfermeiro, a farmácia impõe quantidades, mesmo diante de justificativas, o que reflete falta de autonomia do profissional. Os relatos dos enfermeiros apontam como causa da falha o gerenciamento da farmácia e da própria equipe de enfermagem. As relações de conflito entre os setores foram apontadas pelos enfermeiros como elemento que dificulta a prestação da assistência de enfermagem, pois o processo de negociação torna-se complexo.

Todos os outros materiais utilizados em procedimentos são prescritos pelos enfermeiros, mas com justificativa, porque senão a farmácia não dispensa, porque dizem que é o convênio e na hora do faturamento... Eu acho um absurdo porque se estou falando que preciso de n jelcos para puncionar uma veia, de repente o paciente tem um acesso difícil, no segundo jelco, a farmácia já não quer liberar, pois acha que não justifica. Mas eles não têm domínio daquela área. Então é muito complicado você controlar um gasto de uma especialidade que você não tem conhecimento (EEA3)

O controle de estoque é atribuição da farmácia, sendo utilizada a metodologia da curva ABC para sua definição. Considera-se a meta de rotatividade e a demanda setorial para definição da quantidade, pois o hospital trabalha com estoque baixo.

A curva ABC ou princípio 80, 20 é um método estatístico desenvolvido por Pareto no século XIX, a partir de um estudo da riqueza das populações. Foi adaptada para administração de materiais, na qual se classificam os materiais por importância. Segundo este princípio, os itens de maior impacto representam pequenas quantidades no estoque. Os itens de classe A possuem maior importância, representando 20% do total dos materiais e maior custo ou investimento, recebendo tratamento especial. A classe B possui impacto intermediário, correspondendo a 30% do estoque. E a classe C representa menor impacto, correspondendo a 50% dos itens de estoque (CASTILHO; GONÇALVES, 2005). Esta técnica é utilizada para

controle do estoque, pois evita perdas e desperdícios, além prever compras evitando aquisições desnecessárias. Neste processo, também não há participação da Enfermagem.

Assim, a participação da enfermagem no gerenciamento dos materiais de procedimento e medicações se resume na sua utilização e administração no processo de cuidar. Não participam da definição estratégica em níveis decisórios do gerenciamento destes recursos, sendo seu papel a gestão cotidiana dos materiais existentes na unidade, dando suporte para a direção identificar, levantar necessidades, testar e relatar.

As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) são utilizados rotineiramente em procedimentos cirúrgicos de todas as especialidades, principalmente ortopedia, neurologia e cardiologia, de baixa, média e alta complexidade que apresentam elevados preços no mercado, onerando consideravelmente os custos assistenciais nas instituições hospitalares. O gerenciamento das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) e dos aparelhos e equipamentos do hospital é responsabilidade do setor de Patrimônio que possui autonomia de ação, concentrando o processo decisório e poder em relação à equipe de enfermagem.

O Patrimônio efetua a distribuição de equipamentos entre os setores sem que haja o planejamento. Em relação à programação de equipamentos não há planejamento sistematizado na instituição, acontecendo somente quando o equipamento crítico não tem conserto ou quando há aumento de área física ou do número de atendimentos. O setor de manutenção de equipamentos é terceirizado e subordinado ao patrimônio. A enfermagem participa no diagnóstico da situação, disponibilizando os equipamentos para manutenção preventiva ou encaminhando-os para manutenção corretiva. A compra e a definição de qualidade são feitas pelo Patrimônio com apoio da engenharia clínica. A enfermagem gera conhecimento sobre a dinâmica da unidade, dos atendimentos e dos recursos necessários para prestação do cuidado, participando também da especificação do equipamento a ser comprado. Assim, as informações são repassadas para a diretoria e esta define as ações a serem adotadas.

Eu solicito para diretoria, a partir da necessidade, faço uma carta para o patrimônio e para diretoria e eles aprovam ou não a solicitação (EEC1)

A enfermagem participa... normalmente é a coordenadora do setor... especificando parâmetros e na definição de equipamento que ela quer, que ela precisa no setor, mas essa decisão é feita junto com a engenharia clínica, patrimônio, diretoria e a coordenação setorial (EP1)

A programação de OPME, com todas as suas atividades características é elaborada pelo patrimônio sem a participação da enfermagem na padronização, classificação, especificação e

previsão. O fluxo ocorre da seguinte maneira: mediante agendamento da cirurgia, a enfermagem descreve o material e a quantidade que será utilizada no procedimento e a central de guias solicita autorização ao convênio; posteriormente, devolve a guia à enfermagem, que solicita o material ao setor de patrimônio dias antes da realização do procedimento. O setor de patrimônio entra em contato com os fornecedores e negocia o material, efetuando a compra. O material fica no Patrimônio até a data da cirurgia. A distribuição é feita pelo Patrimônio e a equipe de enfermagem busca o material no dia da cirurgia. Portanto, a enfermagem faz a previsão dos materiais junto com a equipe, garantindo o tratamento e o cuidado.

O controle de estoque de equipamentos é realizado pelo patrimônio que, possui pequena quantidade, como por exemplo, bomba de infusão e aparelho de pressão, para trocar, emprestar ou repor nas unidades assistenciais em casos de manutenção dos equipamentos da unidade. Outra utilização do estoque ocorre, principalmente, para garantir material em casos de emergência, apesar de os setores terem seus equipamentos. Na percepção dos enfermeiros há poucos equipamentos no hospital todo, sendo os empréstimos entre os setores assistenciais ineficientes, não resolvendo as demandas. Souza *et al.* (2009) afirmam que o grande desafio de driblar a carência quantitativa e qualitativa dos recursos materiais indispensáveis à assistência é vivenciado pela enfermagem rotineiramente.

Em relação à OPME, o estoque do patrimônio é baseado nas requisições da equipe de enfermagem, porém seu nível é muito baixo, sendo composto basicamente de materiais de urgência, pelos mesmos motivos relatados na gestão de materiais e medicamentos. Após o ato cirúrgico, o gestor do Patrimônio faz conferência da ficha de sala, verificando a coerência das informações na descrição médica e de enfermagem, para o faturamento posteriormente lançar na conta do paciente.

Neste contexto, foram relatadas pelos enfermeiros relações de conflito, pois suas requisições são sempre questionadas e muitas vezes não atendidas, gerando prejuízo para a assistência de enfermagem. O Patrimônio possui o poder formal de decidir e o exerce, visando em primeiro lugar ao lucro e depois às necessidades da equipe de saúde para prestação da assistência.

Tem o gosto da diretoria. Mas é assim que funciona, infelizmente. A gente faz o levantamento do que está precisando, faz uma solicitação, uma requisição para a diretoria. Dependendo do equipamento, por exemplo, carrinho de anestesia, um equipamento mais caro, aí a diretoria resolve se vai poder adquirir esse equipamento ou não e direciona para o patrimônio, que faz a compra. Coisas menores é o patrimônio mesmo que julga se pode comprar. É assim. A gente manda, aí o patrimônio fala, mas isso já tem demais. A gente fala, não tem. O patrimônio fala, tem. O patrimônio tem plenos poderes (EEA16)

Deste modo, a enfermagem participa da gerencia do cuidado, preparando e disponibilizando os equipamentos e OPME para atuação de todos os profissionais da área, fornecendo dados e conhecimento, instrumentalizando a tomada de decisão que pertence aos setores administrativos e à diretoria.

Outro tipo de recurso material elencado pelos enfermeiros para prestação do cuidado de enfermagem foi material esterilizado. A Central de Material Esterilizado (CME) é o setor responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentos médico-hospitalares, sendo a enfermeira o profissional responsável por todo o método, uma vez que detém o conhecimento técnico sobre a esterilização. A enfermeira da CME tem como função fornecer material esterilizado para todas as unidades do hospital.

A programação e suas etapas de classificação e previsão são responsabilidades da enfermeira da CME, baseadas na demanda dos setores assistenciais, principalmente do bloco cirúrgico. A padronização e a especificação, apesar de feitas pela engenharia clínica e pelo Patrimônio, consideram as informações e solicitações da enfermeira do setor. A enfermagem realiza o levantamento das necessidades e encaminha para o Patrimônio, porém quem detém a decisão é a diretoria do hospital. Não há planejamento sistematizado de compra. O processo de compra, definição de qualidade e recepção é realizado pelo Patrimônio, sem a participação da enfermagem. O armazenamento ocorre em dois locais: no Patrimônio, como segurança para realização de trocas e situações de emergência, e também na CME sob responsabilidade da enfermeira que faz a distribuição aos setores assistenciais. Não há critérios definidos de distribuição de material entre os setores; cada um tem seus materiais, que são controlados por um funcionário do setor responsável pelo material, que responde à supervisora e à coordenadora de enfermagem do setor. A requisição de materiais na CME funciona no sistema de troca, mas não há recebimento de materiais quebrados ou danificados, ficando estes inutilizados no setor e sem reposição por material novo, independentemente da demanda de situações de emergência. Essa situação causa ansiedade e relações conflituosas nas equipes assistenciais.

Cada setor tem número x de material e esse controle é feito via troca na CME... E se acabar é um Deus nos acuda... Se a minha micro acabou, problema meu. Eu tenho que ter controle, tenho que administrar, tenho que saber onde esse material meu esta, porque se precisar no caso de emergência vou ter que me virar, se eu por exemplo não tiver para trocar... É como se eu tivesse uma cota e tenho que administrar essa cota. Eu nunca tenho para mais nem para menos, não interessa minha demanda (EEA3)

O controle de estoque é responsabilidade da enfermeira da CME, por meio do sistema de prontuário eletrônico, que permite visualizar as entradas e saídas. Foi identificada insuficiência no funcionamento, gerando acúmulo de materiais durante o período da noite, pois houve ampliação do CIR, CTI, aumento do número de internações e atendimento do PAT sem ampliação do funcionamento da CME. Foi solicitada à Diretoria pela enfermeira da CME a ampliação do horário de funcionamento, porém acarretará acréscimo de custos; assim, não foi viabilizada ainda. Portanto, os enfermeiros da CME participam do gerenciamento da esterilização, definindo requisitos técnicos, porém não influenciam na definição estratégica desse recurso.

Os materiais de consumo foram definidos pelos enfermeiros como aqueles utilizados nas rotinas administrativas, como materiais de escritório. A programação com todas as suas etapas é responsabilidade do almoxarifado e o enfermeiro participa do levantamento do consumo de sua unidade, encaminhando as solicitações para o almoxarifado. Os insumos de baixo custo são liberados, automaticamente, após a solicitação, porém, os de maior custo, ou aqueles que não são padronizados pelo hospital, necessitam de justificativa por parte do enfermeiro, encaminhada à diretoria para aprovação. No processo de compra e definição de qualidade não há participação dos enfermeiros, sendo restrito ao almoxarifado, assim como sua distribuição às áreas produtoras e o controle de estoque. A enfermagem participa apenas como área demandante dos recursos.

Em relação às prioridades, os enfermeiros fazem a identificação e a notificação à diretoria, gerando informação e conhecimento para tomada de decisão. O critério de definição das prioridades tem como base principal o retorno financeiro da aquisição a curto, médio e longo prazo e o controle de custos, por isso os gestores das áreas de compras são estratégicos e definidos pela diretoria, representando o poder formal.

O enfermeiro participa na sugestão, mas não do processo decisório (EEA4)

Nunca me foi perguntado o que é prioridade. Eu anoto e passo para a coordenação o que é preciso, pois faltam inúmeros materiais para atendimento básico, como bomba de infusão, monitor, materiais básicos. Mas eu não sei o quanto minha opinião, o que eu descrevo é levado em conta. Não participo do processo (EEA14)

A gente só identifica o que precisa e encaminha porque é assim que funciona. A palavra final é da diretoria (EEA15)

Você tem enfermeiro em toda cadeia produtiva, na chefia de cada setor, no faturamento, no recurso de glosa. Aí você consegue definir o que realmente dá retorno financeiro, o que é desperdício e o que vai ser sustentável a curto e médio prazo... depois disso é passado para diretoria e é tomada a decisão desses critérios (ED3)

Eu não sei qual é a prioridade, sinceramente eu não sei qual é o critério porque a equipe de enfermagem tem muita dificuldade de adquirir material. É uma luta (EEA3)

As prioridades... implica dinheiro, implica gastos... significa que o hospital vai ter que investir... vai ver o retorno, o custo benefício, então eu mostro a minha necessidade, mas quem vai decidir se tem essa necessidade ou esse contrato ou reforma ou a compra de alguma coisa é o pessoal da diretoria, da administração (EEA3)

Em síntese a enfermagem, como grande consumidora de recursos materiais, participa da gestão cotidiana dos recursos, identificando as necessidades e as encaminhando aos setores formalmente responsáveis, administrando a escassez de acordo com as regras definidas pelo hospital, sem participar efetivamente no processo decisório e na gestão estratégica. Falar de recursos em saúde significa falar de poder, pois além de envolverem custos elevados implicam controle de processos e autonomia profissional e vivências de relações de poder na micropolítica institucional em todos os níveis da hierarquia hospitalar. A coordenação tem maior poder de participar do processo decisório, defendendo as demandas setoriais junto à direção, e a enfermeira da CME também detém poder decorrente de seu saber específico, do qual dependem o hospital e os outros profissionais para assegurar a qualidade da assistência, principalmente relacionada à prevenção de infecção hospitalar.

### **5.3 O papel do enfermeiro na definição e distribuição dos Recursos Financeiros**

O gerenciamento das unidades é responsabilidade do enfermeiro, que vem ampliando seus espaços de atuação e participação nos processos decisórios de instituições de saúde. No entanto, ocupa posição intermediária na estrutura organizacional e sua participação é subordinada às decisões estratégicas, geralmente concentradas na alta direção.

Torna-se importante ressaltar que os hospitais são estruturas complexas que promovem a recuperação da saúde dos pacientes, consumindo recursos físicos, humanos e materiais que, em última análise dependem dos recursos financeiros. Assim, é necessária a adequada alocação destes, mediante atividades de planejamento, distribuição e controle, capazes, segundo Ferreira (2005), de gerar informações apropriadas para captar, evidenciar e mensurar gastos com a produção do cuidado que, frequentemente, não são medidos ou são ignorados (FRANCISCO; CASTILHO, 2002). “Neste contexto, os gestores hospitalares se deparam com a necessidade de obtenção de informações precisas e confiáveis sobre custos dos

produtos e serviços, a fim de gerar dados verossímeis com a realidade do hospital, para que a tomada de decisão seja efetuada adequadamente” (SOUZA *et al.*, 2010, p.2).

Com os avanços científico-tecnológicos e o conseqüente aumento da complexidade dos cuidados e tratamentos, os custos com saúde vêm aumentando consideravelmente ao longo dos anos, na medida em que os recursos tornam-se cada vez mais limitados e os orçamentos restritos. Souza *et al.* (2010) afirmam que, dentre a diversidade de problemas encontrados nas instituições hospitalares, enumeram-se as deficiências financeiras, administrativas e estruturais que se caracterizam como entraves aos hospitais brasileiros. Contribuindo, Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005) relatam que este é um fenômeno mundial, não sendo característico somente dos países em desenvolvimento. Assim, o enfrentamento deste quadro exige dos gestores das unidades conhecimento acerca do gerenciamento dos recursos financeiros e a habilidade para trabalhar o viés econômico sem desconsiderar os preceitos éticos que permeiam o processo decisório.

A enfermagem no desempenho de seu trabalho é responsável pelas decisões operacionais e pela dinâmica da unidade e do cuidado, sendo necessária a alocação dos recursos institucionais que serão utilizados por ela e por toda a equipe de saúde. Deste modo, exerce papel decisivo na redução das perdas por desperdícios.

Corroborando, Francisco e Castilho (2002) afirmam que os enfermeiros envolvidos nas atividades gerenciais dos serviços ou unidades devem buscar conhecimento acerca de custos hospitalares, objetivando a promoção de mudanças dos resultados em saúde por meio do balanceamento entre quantidade, qualidade e custos. Custo refere-se ao recurso financeiro gasto para prestação da atividade-fim da organização, que na saúde é a assistência ao paciente/família. Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005, p.175) ampliam o conceito como “gastos com insumos utilizados na produção”.

O gerenciamento de custos na enfermagem é o processo administrativo que visa à tomada de decisão dos enfermeiros em relação a uma eficiente racionalização na alocação de recursos disponíveis e limitados, com o objetivo de alcançar resultados as necessidades de saúde da clientela e as necessidades/finalidades institucionais (FRANCISCO; CASTILHO, 2002, p.243).

Portanto, o domínio do conhecimento sobre custos é fundamental para o direcionamento das ações às unidades que necessitam controlá-los e melhorar os seus orçamentos. De acordo com Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005) assiste-se nos hospitais privados o conhecimento dos

preços, mas não de seus custos reais. Bruni et al. (2006) afirmam, ainda, que há carência de trabalhos sobre custos voltados para os hospitais particulares. Nesse contexto, a contabilidade de custos, surge como instrumento gerencial importante para determinação, controle e análise dos gastos, permitindo o conhecimento da dinâmica dos preços *versus* custos da assistência, embasando o processo de tomada de decisão.

A determinação, segundo Ferreira (2005), deve ser o processo de reconhecimento e mensuração dos custos, despesas, investimentos e perdas vinculadas aos produtos e serviços ofertados. O controle são ações para alcançar o cumprimento das metas estabelecidas, e Ferreira (2005, p.3), caracteriza o “comportamento dos custos dentro dos padrões e metas pré-estabelecidas”.

A análise tem por finalidade gerar informações sobre a relação orçamento e custo, identificando os itens responsáveis pelas falhas, embasando o processo de tomada de decisão. Segundo Ferreira (2005, p.3), visa a “fornecer aos gestores elementos necessários para estudo da relação custo/volume/lucro a respeito dos produtos e/ou serviços produzidos”.

O hospital, cenário do estudo, trabalha com sistema de avaliação de custos, aparecendo as etapas de determinação, controle e análise, bem como orçamento e gastos nas falas dos entrevistados. Será feita a descrição de cada etapa que compõe o gerenciamento dos recursos financeiros, caracterizando a participação do enfermeiro em cada fase do processo em nível operacional e estratégico.

No hospital, a definição estratégica é responsabilidade da diretoria, que decide, estipula as metas, define, aprova e distribui os recursos financeiros.

Isso é terrível... Os recursos financeiros, a gente tem um orçamento... A gente discute, conversa, no final um de nós bate o martelo. Então fica a cargo da diretoria. Mas dinheiro é terrível (ED1)

Para tal, são analisadas as informações e demandas provenientes das áreas produtivas e estabelecidos critérios de prioridades e orçamentos, expressos nas planilhas de custos disponibilizadas às unidades pelo setor de Contabilidade, Orçamento e Financeiro. A planilha discrimina os custos diretos e indiretos, variáveis e fixos de cada setor, comparando o resultado alcançado com a meta estabelecida.

Definem-se como custos diretos os gastos com recursos utilizados diretamente para produção da assistência à saúde, como por exemplo, material, medicamentos e pessoal. Os custos indiretos são aqueles comuns a vários setores e serviços, não sendo específicos da atividade-fim. Segundo Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005), sua definição é baseada em critérios de rateio. São exemplos de custos indiretos o consumo de água, luz, material de limpeza e outros.

Custos fixos são relativos à capacidade física da instituição. Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005) os definem como custos relativos à operação vinculados à infraestrutura instalada. Como exemplo, os gastos com aluguéis. Os custos variáveis referem-se à produtividade, isto é, aos atendimentos realizados; como exemplo consumo de roupa, materiais e medicamentos. Conforme Ferreira (2005), a base do custeio variável é a visualização da contribuição de cada item em relação aos gastos totais.

Neste sistema, a enfermagem participa fornecendo informações a fim de embasar o processo decisório. O escopo das informações prestado é: gastos com medicamentos, materiais e equipamentos, faltas, necessidades de insumos, cobrança dos itens nas contas hospitalares.

A definição das prioridades e critérios de investimento é estabelecida pela diretoria; baseia-se no retorno financeiro a curto, médio e longo prazo e são alocados, em maior quantidade, recursos para áreas produtivas que dão maior rentabilidade à instituição. Assim, no topo da hierarquia setorial encontramos CTI e CIR, seguidos do PAT e UNI no plano de investimentos do hospital.

... A gente busca alocar investimentos maiores nas áreas que dão maior retorno, maior rentabilidade para o hospital, que normalmente são as áreas de emergência, CTI e bloco. Todos previamente aprovados pela diretoria (ED4)

Deste modo, a política institucional reforça os conflitos e as relações de poder reproduzidas na micropolítica das relações entre os trabalhadores dos setores, como foi evidenciado, também, em recursos humanos e físicos. Na definição de prioridades e critérios de investimento não há participação da enfermagem, que recebe as decisões e informações, sem opinar no planejamento.

O enfermeiro não participa da definição de prioridade (ED4)

... eu recebo a informação, não opino e não participo e procuro acatar para não ter problema (EEA1)

Na estrutura hierárquica verticalizada as decisões são concentradas na cúpula diretiva e, mais especificamente, na pessoa do diretor, principalmente quando se trata de recursos financeiros, pois sua aplicação define a distribuição de todos os outros recursos e ações adotadas, visando ao alcance das metas estabelecidas. O controle dos recursos humanos e materiais, por exemplo, é responsabilidade dos enfermeiros que, no cotidiano do trabalho, ajusta suas ações aos recursos disponíveis para o alcance dos objetivos.

Uma das metas financeiras é a redução das glosas, que permite maior aporte de pagamento dos atendimentos. Define-se glosa como insumos ou itens que os auditores da operadora, os planos de saúde, no caso dos hospitais privados, não consideram passível de pagamento, afirmam Rodriguês, Perroca e Jericó (2004). Os autores salientam a importância da equipe de enfermagem para o alcance dessa meta, pois os pagamentos dos recursos utilizados na assistência são baseados, principalmente, nos registros de enfermagem e na conferência que a mesma faz de outros registros inadequados.

Só mesmo evitando glosas, que é prioridade do hospital, não pode glosar nada (EEA5)

Assim, os enfermeiros organizam seu processo de trabalho atuando na assistência, supervisão e no desenvolvimento para cumprimento desta decisão com as seguintes atividades:

- As prescrições de cuidados de enfermagem e materiais contêm justificativas da solicitação e uso do insumo;
- Conferência dos prontuários, a fim de verificar a checagem dos materiais e medicamentos;
- Lançamento de itens utilizados e não cobrados nas prescrições médicas;
- Adequação das anotações e evoluções de enfermagem em consonância com gastos;
- Orientação da equipe.

... Adequando a prescrição, o cuidado do paciente, é uma maneira de gerenciar os recursos financeiros, orientar os colaboradores a aproveitar os materiais de maneira mais eficiente, sem desperdício (EEA5)

A gente faz somente a parte das contas... conferindo se está faltando, lança e cobra alguma coisa (EEA11)

A gente fica mais com parte burocrática, dos prontuários, a evolução de enfermagem, se está tudo checado, porque tem a questão dos convênios (EEA12)

Outra atribuição dos enfermeiros no processo de controle refere-se ao cuidado e preservação dos materiais e equipamentos, evitando desperdício e uso inadequado, controlando os gastos e as perdas, gerando assim uso eficaz e eficiente dos recursos que, em geral, impactam no recurso financeiro.

... diretamente não, mas influenciaria, por exemplo, o desperdício do material (EEA2)

... a gente contribui uma vez que controla os gastos e controla até mesmo o patrimônio. Uma vez que a gente controla tudo o que pode evitar gastos ou pode gerar lucro para o hospital, acredito que a gente contribui para o gerenciamento (EEA10)

Gerenciamos de forma indireta. Através da preservação dos materiais, de todos os recursos (EEA9)

Do ponto de vista financeiro, portanto, os enfermeiros, responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, desempenham ações de assistência e supervisão da equipe, organizando seu processo de trabalho para alcance das metas institucionais de redução de custos. Não há contabilidade desse trabalho cotidiano de controle de gastos pelos enfermeiros, mas há questionamentos sobre seus gastos na assistência, em que pode haver desperdício também. As ações dos enfermeiros resultam em grande economia para o hospital, embora nem sempre sejam reconhecidas.

O processo de análise, no hospital, é atribuição da coordenação de enfermagem, através da planilha de custos enviada pelos setores de contabilidade e finanças. A análise é feita com base nos desvios em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, objetivando a elaboração de planos de ação para tratamento das alterações. Os planos são repassados aos enfermeiros para ser cumprido.

A contabilidade, orçamento e financeiro mandam todo mês a planilha de custo do hospital, então a gente tem uma meta a ser atingida e elabora uma análise crítica mensal do por que alcançou ou não alcançou, e a partir disso cria planos de ação, tentando descobrir a causa raiz daquilo. Então dessa forma eu monitoro mensalmente o meu consumo de tudo, água, luz equipamentos, pessoal, alimentação, aí a gente vai gerenciando dessa forma (EEC1)

Outra responsabilidade da coordenação de enfermagem é o repasse de informações e resultados a diretoria, levantamento das demandas setoriais e solicitação de recursos.

Hoje nós temos coordenadores locais, como se fosse gerência em cada local. Então cada uma define a demanda, as suas necessidades, traz para a diretoria para a diretoria analisar e definir qual que é a qual é o investimento que ela vai tá priorizando. Mas todos eles, normalmente, partindo de basicamente das solicitações

da enfermagem e da equipe médica, mas primeiramente da enfermagem, porque na realidade os médicos quando demandam, eles acabam que demandando para as coordenadoras de enfermagem e elas que demandam para a diretoria. (ED4)

Portanto, o enfermeiro participa em nível operacional da gestão do recurso financeiro, através de ações rotineiras no cotidiano do trabalho, embora não participe do nível estratégico das decisões. Inserem-se, dessa forma, como gerentes intermediários, embora tenham grande parcela de responsabilidade nos resultados alcançados. Abordar recursos financeiros em saúde envolve falar de custos elevados, controle de processos e geração de lucros, apesar de não ter orçamento para administrar.

#### **5.4 A Participação do enfermeiro no gerenciamento dos recursos físicos**

A prestação de serviços hospitalares com foco na qualidade e segurança dos pacientes e familiares pressupõe o planejamento e a administração dos recursos físicos existentes, em termos de manutenção, reformas e ampliação necessárias ao atendimento das demandas institucionais. Entende-se como recurso físico toda a estrutura predial necessária para execução das atividades de saúde. Takahashi e Gonçalves (2005, p.184) os definem como “áreas internas e externas que compõem o serviço de saúde”.

O gerenciamento das áreas físicas tem como finalidade os locais adequados para assistência, considerando a redução de riscos aos pacientes, familiares e trabalhadores, bem como prevenção da infecção hospitalar. Possui grande relevância na gestão hospitalar e constitui preocupação constante dos gestores. Outro aspecto importante na análise dos recursos físicos são os custos elevados dos projetos de reforma, ampliação ou construção de edificações assistenciais de saúde, pois é o tipo mais complexo de edifício devido ao porte e instalações especiais (MOURA, 2008).

Neste aspecto, o enfermeiro desempenha papel fundamental pelo fato de conhecer as necessidades de saúde dos pacientes e familiares, e também a melhor maneira de execução das atividades, incluindo área física específica para cada clínica ou situação. Seu conhecimento da dinâmica do cuidado é essencial para influenciar as decisões sobre a adequação e distribuição dos recursos físicos. Assim, o enfermeiro é, talvez, o maior parceiro do pessoal da engenharia clínica ao propor a melhor disposição de área física para atendimento às necessidades da clientela.

Como pioneira da Enfermagem no atendimento de feridos de guerra, Florence Nightingale influenciou admiravelmente o modelo de infraestrutura dos hospitais modernos, propondo organização do espaço interno, altura e orientação dos edifícios, considerando questões relativas à higiene, circulação de ar, cuidados de enfermagem e valorização da supervisão dos pacientes pela enfermagem (MEDEIROS, 2005).

Contudo, a normatização mais segura para os estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), no Brasil, data de 1965, ainda no governo militar, como primeiro conjunto de normas para construção hospitalar do Ministério da Saúde, posteriormente substituída pela Portaria nº 400, de 1977 e em seguida com a Portaria 1884, de 11 de novembro de 1994 do Ministério da Saúde, após a implantação do Sistema Único de Saúde, como forma de fortalecer seus princípios e assegurar o direito à saúde instituído pela Constituição de 1988. Consulta ao site do Ministério da Saúde mostra uma diversidade de instrumentos normativos, ao longo dos anos, que vão cedendo lugar a definições específicas de construção para a atenção básica, hospitais e outros (BRASIL, 1965, 1977, 1994).

Porém, com o avanço tecnológico e o aumento da complexidade dos serviços foi promulgado pela ANVISA, em 21 de fevereiro de 2002, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50 que ampliou o escopo das Portarias anteriores, definindo regras para construção, ampliação e reforma das EAS, com a regulamentação técnica para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos, válida até os dias atuais.

Takahashi e Gonçalves (2005, p.185) afirmam que esta resolução “visa a propiciar ao usuário e à equipe de saúde um ambiente adequado às atividades assistenciais programadas, sem riscos ou prejuízos à assistência, contribuindo para que as instituições de saúde atinjam seus objetivos e também satisfaçam a clientela”, porém não definem o tipo de edifício.

As etapas para elaboração do projeto de EAS regulamentados na RDC nº 50 para definição dos conceitos são: planejamento, programação, elaboração da planta física, avaliação e aprovação para fechamento do projeto.

O planejamento dos EAS é um conjunto de atividades a serem adotadas, objetivando o cumprimento de uma meta estabelecida. Souza (2008, p.112) define-o como “processo que visa a orientar um caminho a ser seguido para alcançar um determinado resultado. Sua essência está na determinação do ponto final, ou seja, saber aonde se quer chegar e o caminho a ser percorrido para atingir o objetivo.” (SOUZA, 2008, p.112).

A programação é o processo de idealização da infraestrutura física da área a ser reformada, ampliada ou construída. Souza (2008) afirma ser esta etapa a de elaboração do perfil físico e funcional da Instituição, salientando a importância da participação dos profissionais das diversas áreas.

Elaboração é a confecção da planta física. Para Souza (2008), a elaboração deve ir além da arquitetura hospitalar, pois deve considerar redefinições da sua organização e a incorporação de novas tecnologias.

A Avaliação é a etapa de verificação do projeto a fim de conferir as definições e acertar modificações necessárias, sendo precisa a participação da vigilância sanitária local. E a aprovação é a etapa de fechamento do projeto, no qual todas as partes manifestam concordância. O projeto tem que ser submetido também à apreciação da ANVISA.

Nas entrevistas realizadas com enfermeiros foram elencadas como gerenciamento de recursos físicos as adequações/redimensionamento, reforma e ampliação da área física. A descrição seguirá as etapas referenciadas nas entrevistas.

O Hospital, cenário do estudo, vem passando por um ciclo de reformas e ampliações da sua infraestrutura, devido ao aumento do número de atendimentos e consequente limitação do recurso físico existente diante da demanda crescente. Houve ampliação do CTI, reforma e ampliação da UNI e CIR e proposta de ampliação do PAT.

Foi o que aconteceu recentemente com a unidade de internação, todos os setores nossos, para falar a verdade. A unidade de internação foi ampliada, no CTI nós tivemos ampliação, então temos que ampliar agora o pronto atendimento. Porque nós estamos com em torno de 9500 atendimentos e estamos atendendo no limite máximo, chega até começar a prejudicar, afetar a qualidade de atendimento e tenho certeza de que se nós tivéssemos uma capacidade maior, nós estaríamos atendendo aí 12, 13 mil (ED4)

Os processos de reformas para ampliação são definidos pela diretoria do hospital, bem como as etapas de planejamento e programação, ou seja, o que será feito, quando será feito e como será feito. A definição das prioridades, assim como seus critérios, também pertence à diretoria, que concentra todo o processo decisório. Os enfermeiros participam como geradores de informação e conhecimento, subsidiando a tomada de decisão por meio do levantamento e fornecimento de dados, identificação das necessidades assistenciais e das demandas, que são repassadas à coordenação de enfermagem.

A diretoria é quem dá a última palavra do que vai ser feito primeiro e o que vai ser feito depois e como vai ser feito (ED2)

No entanto, a Coordenação de Enfermagem é responsável pela elaboração do plano de ação para a diretoria. Participa do processo de planejamento, auxiliando na geração de conhecimento e posteriormente na viabilização das ações pré-definidas por aquela

Ressalta-se que os papéis desempenhados por cada nível da hierarquia é a manifestação de controle imprimido pela diretoria, como mecanismo de poder, que tenta alcançar racionalidade no funcionamento do Hospital, tendo em vista a eficiência dos processos CARAPINHEIRO (1998). Esta disciplina torna o poder menos árduo, abrangendo sua intensidade e reduzindo a possibilidade de fracasso.

As relações de poder são nitidamente manifestas no comportamento organizacional, sendo evidenciadas na diferenciação e valorização dos saberes vinculados ao setor de atuação da enfermagem. São considerados os saberes de PAT e CTI, que socialmente são setores valorizados, conferindo ao profissional maior confiança e respeito no peso da participação no processo de tomada de decisão. Tal fato refere-se ao poder-saber, descrito por FOUCAULT (1995) citado por CECÍLIO (1999), no qual o saber produz e simultaneamente reforça o campo do poder.

A enfermeira, no caso do PA, participa ativamente, até porque ela que sabe como funciona, o que precisa. Ela está participando, discutindo o projeto. A ampliação de quarto, a enfermeira quase não participa, porque é só ampliar quarto e pronto, a enfermeira não tem um saber sobre isso (ED1)

A elaboração do projeto é responsabilidade da arquiteta do hospital, não havendo participação direta da equipe de enfermagem nesta etapa.

Na realidade a gente já recebeu um mapa pronto, a gente não interferiu na elaboração do mapa (EEA12).

...Nós damos palpites para coordenação... algumas coisas foram acatadas, pois não depende só da coordenação, depende da diretoria geral também (EEA6).

A avaliação e aprovação do projeto é responsabilidade da Direção, bem como da ANVISA, como agente regulador. O enfermeiro participa, com sugestões e opiniões, que nem sempre são consideradas no processo de tomada de decisão. A definição das prioridades acontece em nível de diretoria e tem como critérios principais o retorno financeiro e as demandas do mercado, sempre com foco na alta complexidade que é o negócio da Instituição. Não há participação do enfermeiro neste processo e até mesmo espaços físicos antes pertencentes à

enfermagem estão sendo perdidos, sem o seu consenso. Assim, os mecanismos de controle dos espaços físicos, de acordo com as regras institucionais, são centralizados, e as perdas vão sendo contabilizadas com poucas possibilidades de resistência dos trabalhadores, segundo os entrevistados.

...Então leva em consideração exatamente a demanda do mercado. Assim é definida a prioridade, pela diretoria (ED4)

A diretoria, não é nada assistencial, nem mesmo na definição de área física. A gente perdeu nosso descanso, perdeu a nossa sala, a gente perde espaços e vai criando outros que nem temos conhecimento (EEA5)

Assim, os enfermeiros participam fornecendo dados e informações da assistência e das necessidades de gerenciamento do cuidado de enfermagem, mas não participa diretamente das estratégias relacionadas ao recurso físico. Porém, tem papel importante e imprescindível, que é reconhecido pela direção para subsidiar o processo de tomada de decisão através de seu saber sobre a gestão dos recursos físicos no hospital. Pode-se afirmar que há participação dos enfermeiros no gerenciamento de recursos físicos, embora nem sempre sejam atendidos, porque esse é um processo de negociação em que há muitas variáveis, profissionais e interesses envolvidos. A assistência como foco do hospital é importante, mas não pode ser analisada isoladamente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, historicamente, vem construindo um saber inerente à profissão, desempenhando importante papel no trabalho com o pacientes e famílias, gerenciando o cuidado, acumulando conhecimento acerca da dinâmica da assistência, unidade de trabalho e serviços de saúde. Ao longo dos anos ampliou, também, sua área de atuação, tendo como base os conhecimentos acumulados que, em geral, são reconhecidos pelas equipes de saúde. Sua área de atuação, frequentemente, inclui desde a manutenção da estrutura predial, passando pelos recursos institucionais até o atendimento das demandas e necessidades dos pacientes e famílias, equipe de enfermagem, corpo médico e de outros profissionais. Assim, o trabalho do enfermeiro e da enfermagem, tem sido um facilitador dos processos organizacionais e da atuação de todos os profissionais no desempenho de suas atividades.

No hospital onde foi desenvolvido o estudo os enfermeiros participam do gerenciamento dos recursos materiais, físicos, humanos e financeiros em diferentes níveis de atuação e com diferentes graus de autonomia, considerando que a autonomia é sempre relativa. Em algumas situações identificam as necessidades e de acordo com o conhecimento acumulado fazem as propostas para análise e decisão da alta direção. Em outras participam das decisões, principalmente os coordenadores que levam as demandas e argumentos técnicos para análise. O processo decisório sobre a gestão de recursos institucionais passa por diversas instâncias do coletivo de trabalhadores, desde a especificação técnica, análise de viabilidade financeira até a decisão de aquisição, controle e alocação.

Em relação aos recursos humanos de enfermagem os enfermeiros participam do processo de identificação e comunicação das necessidades, apresentando sugestões, mas não definem ações, principalmente decisões estratégicas, como aquelas que envolvem custos, ou seja, contratação, demissão e aumento de quadro. Sua participação está relacionada à exposição do conhecimento que possui da dinâmica da unidade de trabalho e da complexidade da assistência, oferecendo subsídios à diretoria para tomada de decisão. Participam da gestão cotidiana de pessoal e fazem os ajustes necessários para o oferecimento da assistência de acordo com as demandas.

No gerenciamento de materiais de procedimento e medicações cabe ao enfermeiro a gestão cotidiana na prestação do cuidado que envolve identificação das necessidades, da qualidade necessária, requisições, manutenção e controle; não participam das definições estratégicas

como processos de compra, escolha de fornecedores ou quantidade a ser adquirida, sendo seu papel a gestão cotidiana dos materiais existentes nas unidades de trabalho. Lançam mão do conhecimento sobre os materiais de uso para dar suporte à direção ou profissionais encarregados das decisões nas escolhas e, ainda, testam os materiais e relatam as suas inconsistências ou a má qualidade. Em relação à OPME e equipamentos os enfermeiros participam da gerência do cuidado, preparando e disponibilizando o material necessário, de acordo com as demandas, atuando como elemento facilitador das ações de todos os profissionais, fornecendo dados e conhecimento para a tomada de decisão, que pertence aos gestores administrativos e à diretoria. Os materiais esterilizados são administrados pelos enfermeiros da CME, que determinam o processo de esterilização, definem os seus requisitos técnicos. Há grande autonomia do enfermeiro no processo de esterilização e no controle de material, considerando que a pulverização destas definições técnicas implica em riscos para pacientes e trabalhadores e para a qualidade e imagem do hospital, principalmente relacionadas a infecção hospitalar, porém ele não detém o processo decisório sobre compras, custos, fornecedores ou tipo de material.

Os enfermeiros participam da gestão dos recursos físicos, fornecendo dados e informações sobre as demandas da assistência, compartilhando experiências, mas não detêm a palavra final sobre a decisão estratégica dos recursos físicos, tais como construções, ampliações e reformas. Porém seu papel é importante e imprescindível para subsidiar a tomada de decisão através de seu conhecimento das necessidades da assistência, da gestão dos recursos institucionais e dos serviços de saúde.

Em relação aos recursos financeiros, os enfermeiros não gerenciam orçamentos das unidades de trabalho, que são concentrados na direção, apesar de serem responsáveis por grande parte do consumo e controle de recursos de procedimentos, medicações, materiais e espaço físico. Sua participação pode ser caracterizada pela geração e repasse do conhecimento inerente ao cuidado e dinâmica das unidades, participando no nível operacional da gestão do recurso financeiro, com ações rotineiras no cotidiano do trabalho. Portanto, há grande utilização de recursos que acarretam custos elevados. Os enfermeiros fazem o controle de pessoal, material e espaço físico, mas não gerenciam recursos financeiros, pois não têm dotação orçamentária para suas ações nas unidades.

Quanto às prioridades, os enfermeiros fazem a identificação e a notificação à diretoria, gerando informação e conhecimento para tomada de decisão e suas prioridades são relacionadas aos processos assistenciais. Por outro lado, o critério de definição das prioridades para a direção tem como base, principalmente, o retorno financeiro a curto, médio e longo

prazo e o controle de custos, por isso os gestores das áreas de compra são estratégicos e definidos pela diretoria, representando o poder formal. Percebem-se nessa situação duas lógicas diferentes no estabelecimento de prioridades que, não raro, geram conflitos e reclamações, mas constituem um processo permanente de negociação, tendo em vista que a direção depende das ações e conhecimentos dos enfermeiros e a enfermagem depende das decisões da diretoria.

Neste contexto, o enfermeiro é convocado a participar do processo decisório como fornecedor de informações e conhecimento acerca do cuidado e da gerência das unidades e para garantir o cumprimento das definições da cúpula administrativa e de outros profissionais. Assim, o conhecimento sistemático sobre a eficiente alocação de recursos no hospital, objetivando uma assistência de qualidade, torna-se ferramenta importante de empoderamento do enfermeiro para agir na definição dos recursos.

Em síntese, o enfermeiro participa da gestão operacional dos recursos institucionais e necessita justificar cada solicitação, tendo em vista que a decisão final sobre pessoal, material ou espaços físicos é competência da direção. No entanto, se a direção depende do conhecimento, traduzido em informações técnicas dos enfermeiros, sua participação é maior que aquela verbalizada ou mesmo consciente dos mesmos. O fato de processos de aquisição serem realizados por outros profissionais significa poder formal, instituído, da organização, mas há grande porosidade nessas relações de poder que tornam difícil sua mensuração, diante de tantas justificativas e da ausência de orçamento a ser gerenciado pelo enfermeiro.

Este trabalho buscou trazer uma pequena contribuição para desvelar a participação do enfermeiro na gestão de recursos institucionais, tendo em vista sua posição na estrutura hierárquica intermediária do hospital, e como tal deve ser entendido. Outros estudos se tornam necessários, focalizando recursos específicos, formação do enfermeiro para a gestão de recursos institucionais e mensuração de ações e tempo utilizado com a gestão de recursos.

## REFERÊNCIAS

- ABURDENE, P.; NAISBITT, J. **Megatendências para as mulheres**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993. 479p.
- AGAPITO, N. **Gerenciamento de Estoques em Farmácia Hospitalar**. Grupo de Estudos logísticos da Universidade federal de santa Catarina, GELOG-UFSC, 2005. Disponível em: <[http://www.gelog.ufsc.br/joomla/attachments/043\\_2007-1%20-20Gerenciamento%20de%20Estoques%20em%20Farm%C3%A1cia%20Hospitalar.pdf](http://www.gelog.ufsc.br/joomla/attachments/043_2007-1%20-20Gerenciamento%20de%20Estoques%20em%20Farm%C3%A1cia%20Hospitalar.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2011.
- AGUIAR, A.B.A.; COSTA, R.S.B.; WEIRICH, C.F. *et al.* Gerencia dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.7, n.3, p.319-327, 2005.
- ANSEMI, M.L.; NAKAO, J.R.S. A enfermagem no processo de gestão econômica dos serviços de saúde: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.52, n.2, p.223-232, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. USP-Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.50 de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 400 de 6 de dezembro de 1977. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.884 de 6 de dezembro de 1994. Dispõe sobre normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de normas disciplinadoras das construções hospitalares**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965.
- BRUNI, A.L.; MUCCINI, R.L.Z.; MacALLISTER, M. *et al.* Informações e sistemas de gestão de custos em organizações hospitalares: o caso do Hospital Santo Amaro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 13., **Anais...** São Leopoldo: Associação Brasileira de Custos, 2006. 1CD-Rom. Belo Horizonte, 2006.
- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3.ed. Porto: Afrontamento, 1998. 295p.
- CASTILHO, V.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.157-170.
- CASTILHO, V.; FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.171-183.

CECILIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.315-329, 1999.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam. **Saúde Soc.**, V.13. n.2. p.39-55, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MOREIRA, M.E. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflito: a trama do poder nas organizações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.587-608, 2002.

MERRY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde Debate**, v.27, n.67, p.110-122, 2003.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. **La calidad, los custos y la enfermería**. Trabalho apresentando no dia Internacional de La Enfermera, Geneva, 1993.

COSTA, M. **1ª Oficina de Revista do Projeto de Unidades Funcionais – Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2006. Mimeogr.

COUTTOLENC, B.F.; ZUCCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. 120p.

DUTRA, J.S. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2009. 210p.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

FERREIRA, A.B.H. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995. 687p.

FERREIRA, L.N. Custos logísticos hospitalares: um estudo empírico. In: CONGRESSO NACIONAL DE CUSTOS, 9., 2005, Florianópolis, SC, Brasil, 2005.

FRANCISCO, I.M.F.; CASTILHO, V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.36, n.3, p.240-244, 2002.

GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.125-137.

GOMES, E.L.R. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-250.

HONÓRIO, M.T.; ALBUQUERQUE, G.L.A. Gestão de materiais em enfermagem. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.4, n.3, p.259-268, 2005.

(MANUAL DO HOSPITAL CENÁRIO DO ESTUDO, 2009). **Manual da qualidade**. Contagem: Manual do Hospital Cenário do Estudo, 2009.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M.; SILVA, D.M.P.P. Absenteísmo em uma unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.7, Suplemento 1, p.11-17, 2008.

LIMA, A.F.C.; GONÇALVES, V.L.M.; NORI, A. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário acerca da avaliação de desempenho profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.28, n.3, p.393-400, 2007.

MEDEIROS, M.A.L. **Da colônia ao shopping**: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal. 2005. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. 54p. (Cadernos CEFOR, Série Textos 1).

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MISHIMA, S.M. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

MOURA, M.M. **Os custos de construção civil em obras de estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2008. Monografia (Especialização em Arquitetura em Sistemas de Saúde)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

OLIVEIRA, N.C.; CHAVES, L.D.P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev.RENE**, Fortaleza, v.10, n.1, p.19-27, 2009.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; GONÇALVES, V.L.M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-137.

RODRIGUÊS, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICO, M.C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.11, n.4, p.210-214.

SOUZA, L.L. **Diretrizes para elaboração de um plano diretor físico hospitalar**: o caso do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel. 2008. Monografia (Especialização em Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SOUZA, N.V.D.O.; SANTOS, D.M.; ANUCIAÇÃO, C.T. *et al.* O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.356-361, 2009.

SOUZA, A.A.; LIMA, L.C.M.; LARA, C.O. *et al.* Custeio baseado em atividades: modelagens das atividades do setor enfermagem. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELENCIA EM GESTÃO, 6., 2010. **Anais...** 2010.

SOUZA, A.S.A. Construção de um modelo de gestão para o CAS/HU/UFJF: as rotas para operacionalidades. **Libertas**, Juiz de Fora, v.1, n.1, p.1-16, 2006.

TAKAHASHI, R.T.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.184-194.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e medicamentos**. São Paulo: IDS/USP, 1998. 91p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

## APÊNDICES

### Apêndice A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada GERENCIAMENTO DE RECURSOS NA ENFERMAGEM HOSPITALAR para minha dissertação de Mestrado na Escola de Enfermagem da UFMG, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves. A pesquisa tem como objetivo analisar as práticas de gestão na alocação de recursos, identificando os elementos facilitadores e dificultadores na sua disponibilização.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio de trechos das falas das pessoas sobre os recursos utilizados na assistência, chamada Estudo de Caso, pois vamos escrever sobre a participação do enfermeiro no gerenciamento de recursos nesse hospital. Vamos ouvir os enfermeiros e a direção do hospital para caracterizar a distribuição e o gerenciamento dos recursos nos diversos setores do hospital, além dos aspectos facilitadores e dificultadores do gerenciamento de recursos. Várias pessoas serão entrevistadas, as entrevistas serão transcritas e numeradas para evitar a identificação dos enfermeiros e parte das falas serão extraídas, analisadas juntas e utilizadas para escrever a dissertação e artigos científicos.

Sua participação na pesquisa é voluntária e consiste em conceder-me uma entrevista com algumas perguntas sobre o seu trabalho e sua participação no gerenciamento de recursos humanos, materiais, financeiro e área física. Você não é obrigado a participar da pesquisa e se concordar poderá solicitar a saída se assim desejar, seu nome será mantido em sigilo e não haverá implicações para o seu trabalho no hospital. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa e será de conhecimento somente das pesquisadoras. O local, data e horário da entrevista serão agendados de acordo com a sua disponibilidade. Seu nome não será conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa e os resultados serão utilizados somente para essa pesquisa e publicado em artigos e na dissertação de mestrado. Você poderá solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com as pesquisadoras ou no Comitê de Ética da UFMG, que aprovou a realização do projeto. Seu nome não será conhecido nas publicações somente trechos das falas serão utilizadas sem identificação.

Eu, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_, declaro que estou devidamente informado (a) sobre a realização da pesquisa, que meu nome não será divulgado, que posso interromper minha participação a qualquer e os resultados serão utilizados somente para fins científicos. Assim, livre e espontaneamente concordo em ser entrevistado (a)

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura da pesquisadora

COEP/UFMG  
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627.  
Unidade Administrativa II, sala 2005.  
Fone: (31) 34094592  
E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

Palloma F. E. Vaz Ventura  
Av. Alfredo Balena, 190  
Sala 512. Santa Efigênia.  
Fone: (31) 91535644  
Email: [pallomavaz@hotmail.com](mailto:pallomavaz@hotmail.com)

Prof. Marília Alves  
Av. Alfredo Balena, 190  
Sala 217. Santa Efigênia.  
Fone: (31) 34099826  
Email: [marilix@enf.ufmg.br](mailto:marilix@enf.ufmg.br)

## Apêndice B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título da Pesquisa: **GERENCIAMENTO DE RECURSOS NA ENFERMAGEM HOSPITALAR**

Aluna: Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Marília Alves

Objetivo Geral: Analisar a alocação de recursos materiais, humanos e financeiros que permeiam as práticas cotidianas vivenciadas por enfermeiros em um hospital da rede privada de Belo Horizonte.

Entrevista	Nº:		
Entrevistador:	_____	Duração:	_____ min.
Sexo	M _____	F _____	
Idade:	_____ anos		
Estado civil			
Tempo de formado (a)			
Possui especialização?	S _____	N _____	Qual _____
Tempo de trabalho no Hospital			
Remuneração mensal			

**Questões para os enfermeiros**

- 1) Como é feita a contratação do pessoal de enfermagem?
- 2) Fale-me um pouco sobre quem faz o dimensionamento da equipe de enfermagem e se é suficiente para o trabalho na unidade
- 3) Fale um pouco sobre as facilidades e dificuldades para gerenciar o pessoal de enfermagem
- 4) Quem decide a aquisição de aparelhos e equipamentos?
- 5) Há um planejamento sistematizado de compra de material no hospital?
- 6) Qual a sua participação na definição das necessidades e prioridades?
- 7) Quem define as mudanças de área física?
- 8) Qual a participação dos enfermeiros?
- 9) Fale-me um pouco sobre a administração de material no hospital tendo como base seu setor de trabalho
- 10) Quem decide as prioridades em relação a pessoal, recursos materiais e reforma ou adequação de área física no hospital?
- 11) Você gerencia recursos financeiros? Em caso afirmativo como faz esse gerenciamento?
- 12) Qual a participação do enfermeiro no gerenciamento de pessoas, recursos materiais, físicos e financeiros?

**Questões para Diretoria do Hospital**

- 1) O enfermeiro participa de decisões sobre recursos humanos em enfermagem no hospital? Como?
- 2) Como é feita a distribuição de recursos financeiros entre os setores do hospital e por quem?
- 3) Como são decididas as compras de material no hospital em termos de quantidade e qualidade?
- 4) Quando são necessárias reformas, adequações ou ampliação de área física quem toma essa decisão.
- 5) Fale-me um pouco sobre a administração de recursos no hospital (recursos humanos, materiais, área física e recursos financeiros).

**ANEXO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Parecer nº. ETIC 0127.0.203.000-10**

**Interessado(a): Profa. Marília Alves  
Departamento de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de maio de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Gerenciamento de recursos na enfermagem hospitalar**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**