

MARIA SILVIA TEIXEIRA GIACOMASSO VERGÍLIO

**A AVALIAÇÃO NO COTIDIANO DOS
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM**

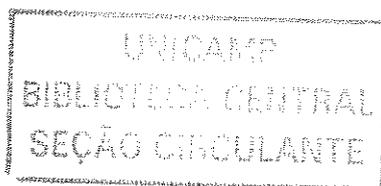
Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergílio

Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Orientador

CAMPINAS

2005



MARIA SILVIA TEIXEIRA GIACOMASSO VERGÍLIO

**A AVALIAÇÃO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS
DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

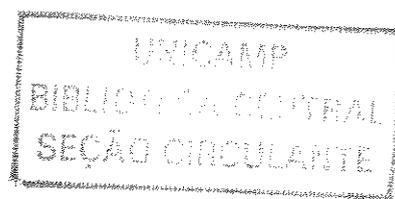
Orientador:

Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva

CAMPINAS

2005

III



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP V587p
V	EX
TOMBO BCI	63488
PROC.	16-P-00086-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	05/05/05
Nº CPD	

Bibid 349627

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

V587p Vergílio, Maria Sílvia Teixeira Giacomasso
A prática da avaliação no cotidiano dos serviços de enfermagem / Maria Sílvia Teixeira Giacomasso Vergílio. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Mauro Antonio Pires Dias da Silva
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem - administração. 2. Avaliação institucional. 3. Gerência institucional. I. Mauro Antonio Pires Dias da Silva. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a) PROF. DR. MAURO ANTONIO PIRES DIAS DA SILVA

Membros:

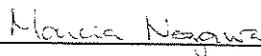
1. PROF. DR. MAURO ANTONIO PIRES DIAS DA SILVA



2. PROFA. DRA. SUELI FÁTIMA SAMPAIO



3. PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 15 de fevereiro de 2005

Com muito carinho, dedico este estudo...

Ao Sérgio pelo apoio e parceria constante em todos os momentos.

Ao Diego e Júlia, filhos amados, pela paciência em dividir com este trabalho a minha atenção.

Às gerentes de enfermagem que aceitaram participar deste estudo, pela disponibilidade e fundamental contribuição.

Aos professores e colegas pelo compartilhar de dúvidas e saberes no percurso da pós-graduação.

Aos parceiros de luta diária Edineis, Kátia e Mauro pelo apoio.

Às amigas do CAISM que na vivência gerencial partilhamos problemas e conquistamos espaços.

Aos meus pais, Nilza e Eny, pelo esforço dedicado à minha formação profissional.

À Deus, presença constante em minha vida fortalecendo meu caminhar.

...meus sinceros agradecimentos

No princípio Deus criou o céu e a terra e ao observar o que havia feito, disse:

- Vejam só como é bom o que fiz!

E esta foi à manhã e a noite do sexto dia.

No sétimo dia Deus descansou. Foi então que o seu arcanjo veio e lhe perguntou:

- Senhor, como sabe se o que criou é bom? Quais são os critérios? Em que dados baseia o seu juízo? Que resultados, mais precisamente, o Senhor estava esperando? O Senhor por acaso não está envolvido demais em sua criação para fazer uma avaliação desinteressada?

Deus passou o dia pensando sobre estas perguntas e à noite teve um sono bastante agitado. No oitavo dia Deus falou:

-Lúcifer, vá para o inferno!

E assim nasceu, iluminada de glória, a AVALIAÇÃO.

(PATTON, 1997, p.01)

RESUMO	XVII
ABSTRACT	XIX
1. INTRODUÇÃO	21
1.1. APRESENTAÇÃO	23
1.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE AVALIAÇÃO	26
1.2.1. <i>O campo conceitual</i>	26
1.2.2. <i>Aspectos históricos do campo da avaliação de programas sociais</i>	31
1.2.3. <i>Níveis, objeto e objetivos da avaliação</i>	34
1.2.4. <i>Tipologia da avaliação</i>	38
1.2.5. <i>Avaliação na área da saúde</i>	40
1.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE GERÊNCIA EM ENFERMAGEM.....	47
1.3.1. <i>Construção histórica da gerência em enfermagem</i>	47
1.3.2. <i>Modelo de gestão e o papel da gerência</i>	50
2. OBJETIVOS	55
2.1. OBJETIVO GERAL.....	55
2.2. PRESSUPOSTOS	55
3. METODOLOGIA	57
3.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	59
3.2. O CENÁRIO DO ESTUDO	61
3.2.1. <i>Caracterização dos hospitais</i>	62
3.3. OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	65
3.3.1. <i>Caracterização das gerentes de enfermagem</i>	66
3.4. COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO	66
3.5. TESTE PILOTO	67
3.6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	68
3.7. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	68
3.8. VERIFICAÇÃO E VALIDADE	70

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
4.1. UNIDADE TEMÁTICA I - CONCEITO DE AVALIAÇÃO.....	73
4.2. UNIDADE TEMÁTICA II - AS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	78
4.2.1. <i>Estrutura Relevante I - Atividades de avaliação relacionadas à assistência de enfermagem</i>	79
4.2.1.1. Avaliação relacionada à qualidade da assistência.....	79
4.2.1.2. Avaliação no planejamento da assistência	91
4.2.2. <i>Estrutura Relevante II - Atividades de avaliação relacionadas à gerência de enfermagem</i>	95
4.2.3. <i>Estrutura Relevante III - Atividades de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem</i>	105
4.3. UNIDADE TEMÁTICA III - A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E AVALIAÇÃO	116
4.3.1. <i>A cisão entre o trabalho manual e o intelectual</i>	116
4.3.2. <i>Um olhar diferente: o que é ensinado e o que a prática necessita</i>	122
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
7. ANEXO	147
8. APÊNDICES.....	151

Resumo

A avaliação é uma atividade ampla, complexa, presente no cotidiano das instituições de diversas formas, desde uma manifestação informal e despreocupada, até um processo planejado e sistematizado com método científico. No processo de trabalho gerencial é usada para auxiliar o gerente na tomada de decisão, otimizando e racionalizando os recursos que dispõe. O uso da avaliação de maneira sistematizada no cotidiano do gerenciamento da enfermagem ainda é incipiente, fato constatado tanto na literatura quanto em nossa experiência profissional. Este estudo teve como objetivo investigar a adoção de práticas de avaliação no processo de trabalho gerencial de serviços de enfermagem de hospitais universitários. Adotamos a abordagem qualitativa com enfoque em categorias do materialismo dialético. A pesquisa foi realizada em dois hospitais universitários, um público e outro privado de um município do interior do Estado de São Paulo, tendo como sujeitos seis gerentes de enfermagem. Para coletar dados utilizamos três recursos: entrevista semi-estruturada, questionário contendo dados da instituição e das gerentes, e ficha de registro dos instrumentos de avaliações utilizados nos serviços de enfermagem do estudo. A confiabilidade das informações foi assegurada com base na triangulação dos procedimentos realizados na coleta dos dados. Os resultados mostraram que as práticas de avaliação estão inseridas tanto no trabalho assistencial, quanto no gerencial dos serviços de enfermagem, porém como atividades isoladas de um planejamento geral, realizadas para atender a demandas inesperadas dos serviços de enfermagem ou institucionais e nem sempre seguem um processo planejado e sistematizado com metodologia científica. Constatamos um desempenho mais efetivo e criativo das gerentes de enfermagem no desenvolvimento de atividade de avaliação quando relacionado à resolução de demandas institucionais. As dificuldades para desenvolver processos de avaliação sistematizados estão relacionadas ao despreparo do enfermeiro relacionado à sua formação teórico/prática, atuação gerencial segundo modelo gerencial tradicional baseado nos princípios racionalistas e funcionalistas e falta de parâmetros assistenciais e gerenciais estabelecidos para os serviços de enfermagem. Com este estudo esperamos chamar a atenção para prática de processo avaliativo planejado e sistematizado com métodos científicos como meio para fundamentar e dar visibilidade ao trabalho gerencial do enfermeiro.

Abstract

The evaluation is a complex and large activity that is present on the daily routine of institutions in several ways, from an informal and unworried manifestation to a planned and systematized process with scientific method. On the management process it is utilized to aid the manager to make decisions, optimizing and rationalizing the available resources. The utilization of evaluation in a systematized way on the daily routine of the nursing management is incipient, a fact verified in our professional experience and in literature. The objective of the study was to investigate the adoption of evaluation practices on the management process of nursing services in university hospitals. We adopted a qualitative approach, focusing categories of the dialectic materialism. The research was performed in two university hospitals, being one public and one private, in a city located in the interior of the State of São Paulo, utilizing six nursing managers as subjects. In order to collect data, we utilized three resources: semi-structured interview; questionnaire containing data from the institution and managers; and register cards of the instruments of evaluation utilized in the nursing services of the study. The information reliability was assured based on the procedures made during the data collection. The results showed that the evaluation practices are inserted in the assistance work as in the management work of the nursing services. However, those activities are isolated from a general planning and are performed to meet unexpected demands from nursing or institutional services, and not often follow a planned and systematized process with scientific methodology. We found a more efficient and creative performance of the nursing managers in the development of evaluation activity when related to resolution of institutional demands. The difficulties to develop systematized evaluation processes are related: to the nurse unpreparedness regarding the theoretical/practical education; the administrative acting according to the traditional administrative model based on the rationalist and functionalist principles and the lack of assistance and management established for the nursing services. With this study, we hope to draw the attention for the practice of the evaluative process planned and systematized with scientific methods as a mean to found and provide visibility to the nurse management work.

... nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

(MINAYO, 2000, p. 90)

1. Introdução

1.1. Apresentação

Diversas razões nos motivaram a buscar o curso de Pós-Graduação, entretanto a frase de MINAYO (2000, p.90) “... nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática” é muito significativa para explicar a escolha que fizemos por este tema de pesquisa.

A nossa trajetória profissional foi marcada por desafios, pois, praticamente recém-formados assumimos a supervisão de uma das unidades de um Hospital Universitário de nível terciário de atenção à saúde onde predominava um modelo gerencial hierárquico, burocrático e normatizador.

Inseguros, na prática de gerenciamento, pela falta de preparo na formação acadêmica e sem muitos questionamentos fomos aprendendo a rotina cotidiana com as colegas mais antigas e atuando na resolução de problemas com bom senso e observação.

Inicialmente, não sentíamos necessidade de realizar planejamento e nem avaliação das atividades desenvolvidas na enfermagem em que atuávamos, pois, já estava determinado o que fazer e o que esperavam da nossa atuação, ou seja, o controle do pessoal de enfermagem da unidade, dos materiais e equipamentos e a manutenção das normas e rotinas pré-estabelecidas.

Entretanto, inquietações e questionamentos sobre essa forma de trabalhar nos acompanhavam no percurso profissional.

Afinal, o que estamos realizando está adequado aos propósitos de uma assistência à saúde de qualidade? Como realizar um processo avaliativo? Quais critérios podemos utilizar? Quais os resultados alcançados? Os pacientes estão satisfeitos? A condução gerencial da equipe de enfermagem é adequada?

Passado algum tempo começamos registrar, sob a forma de relatório periódico, dados de produtividade da equipe de enfermagem, as atividades desenvolvidas, as dificuldades e as intercorrências da enfermagem. Deste modo, percebemos a importância de reunir informações para visualizar as várias atividades que eram realizadas, além daquelas cobradas pela chefia.

Fomos conquistando espaços e escalamos degraus da hierarquia do Serviço de Enfermagem assumindo a posição de direção que nos possibilitaram ampliar o

conhecimento do funcionamento institucional e cada vez mais nos envolvemos com as questões gerenciais.

Como diretora de um dos de serviços da divisão de enfermagem, percebemos o acréscimo de atividades gerenciais burocráticas e os relacionamentos com demais setores do hospital (recursos humanos, farmácia, manutenção, entre outros) para a resolução de problemas inesperados, bem como para o atendimento às demandas institucionais imediatas.

O tempo gasto com justificativas, negociações e reuniões alheias ao serviço de enfermagem, nos remetiam a sentimentos de insatisfação e conflito pela incerteza de estar produzindo um trabalho efetivo em prol do gerenciamento da assistência.

Vivíamos a contradição apontada por ALMEIDA e ROCHA (1989); FÁVERO (1996) e BRITO (1998) em que o enfermeiro, no desenvolvimento do papel intelectual assume, na maioria das vezes, a gerência dos serviços de enfermagem e as suas ações se pautam com maior frequência em atividades administrativas se afastando do trabalho assistencial, para o qual foi prioritariamente preparado no curso de graduação. Esta mesma contradição também observamos se consolidar na atualidade, pois, participando da formação de graduandos em enfermagem constatamos o afastamento das enfermeiras da atuação prática nos vários campos onde ocorre a prática hospitalar.

Naquela época, sentíamos a falta de dados objetivos sistematizados para organizar um processo gerencial no qual pudéssemos comparar situações e verificar a evolução do nosso trabalho, principalmente em relação à assistência.

Deste modo, na direção do serviço contando com a participação das supervisoras das seções, discutimos, organizamos e iniciamos um planejamento anual estabelecendo metas para o serviço que dirigíamos, entretanto sem realizar avaliação desse planejamento.

Alguns anos mais tarde, quando assumimos a diretoria da divisão de enfermagem, solicitamos assessoria de professora da Escola de Enfermagem para nos auxiliar no desenvolvimento do planejamento dos serviços de enfermagem. No entanto, as questões referentes à avaliação não foram novamente contempladas.

O desconforto sobre esta questão ficou ainda maior quando fomos convidadas a participar da elaboração do relatório de atividade institucional referente ao término da gestão.

Nesta ocasião buscamos e analisamos dados relatados com maior propriedade, verificamos a partir deles as realizações e as dificuldades ocorridas no período. Essa atividade foi fundamental para percebermos as conquistas do serviço e a contribuição da enfermagem para a assistência prestada na instituição.

Percebemos que a avaliação é um instrumento para mensurar, julgar e dar subsídio a uma tomada de decisão, mas também é importante para dar consistência e visibilidade ao trabalho gerencial do enfermeiro.

Assim surgiu o tema, Avaliação, e o desejo de aprofundar o seu conhecimento teórico e refletir sobre a sua prática na enfermagem.

Inicialmente, pensamos em pesquisar e aplicar um método de avaliação que fosse auxiliar na prática gerencial do enfermeiro, mas para concretizar este desejo de forma adequada entendemos que deveríamos compreender como estão sendo realizadas as avaliações no cotidiano dos serviços de enfermagem.

No decorrer das disciplinas do programa de pós-graduação, nas interlocuções com o orientador e nas recomendações da qualificação do projeto de pesquisa delimitamos o desenho deste estudo buscando por meio da pesquisa qualitativa a execução de nosso propósito.

Para a realização desta tarefa, buscamos no referencial teórico compreender a essência da avaliação, entretanto nos deparamos com uma construção conceitual diversificada e abrangente. Entendemos que seria necessário localizá-la no seguimento da avaliação de programas e serviços sociais de onde surgiram os estudos sobre a avaliação dos serviços de saúde e a partir daí fazer o recorte para a enfermagem hospitalar. Nessa direção, desenvolvemos no item 1.2 algumas considerações sobre a avaliação e sobre gerência em enfermagem.

No item 3 descrevemos o caminho metodológico justificando a opção pela pesquisa qualitativa com enfoque no materialismo dialético, com o objetivo de compreender com mais profundidade as contradições da prática da avaliação na realidade dos serviços de enfermagem, ou seja, nas relações com as atividades cotidianas, nos interesses e implicações com a estrutura institucional. Neste item também são abordados os cenários e os sujeitos do estudo; aspectos éticos da pesquisa; os instrumentos e a operacionalização da coleta de dados.

As análises e reflexões sobre o material empírico são apresentadas no item 4 em três

Unidades Temáticas, sendo a Unidade Temática II reclassificada em três Estruturas Relevantes, que constituem núcleos de pensamentos que visam responder aos objetivos do estudo.

Nas considerações finais, discutimos os resultados relevantes das análises feitas em cada Unidade Temática, bem como as relações entre elas buscando responder os propósitos deste estudo.

1.2. Considerações sobre avaliação

1.2.1. O campo conceitual

Inicialmente buscamos compreender a diferença dos termos: avaliação informal e avaliação sistematizada ou formal.

A avaliação é uma atividade antiga que se faz presente no cotidiano da humanidade desde a própria criação do mundo. Está no dia a dia das pessoas nas mais diversas formas de manifestação, isto é, nos pensamentos, nas comparações, nas medidas num movimento condicionado, muitas vezes, até inconsciente (COHEN e FRANCO, 1993; CONTANDRIOPOULOS et al. 1997; BELLONI et al., 2000).

Estas atividades intuitivas e espontâneas que fazem parte de uma necessidade natural e até mesmo de sobrevivência humana são denominadas de avaliação informal (COHEN e FRANCO, 1993; AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994; BELLONI et al., 2000).

Assim, a avaliação, como atividade inerente ao ser humano, pode incidir sobre uma variedade de atividades, pessoas, idéias e costuma ser um julgamento subjetivo sobre o que está sendo apreciado. Porém, quando a avaliação envolve atividades profissionais, emitir um julgamento empírico e despreocupado é insuficiente para avaliar com objetividade e precisão o que está sendo julgado.

Para compreender de forma mais abrangente os diversos aspectos e implicações das atividades (ou ações, programas, políticas) relacionados a uma instituição que necessitam ser avaliados, é necessário recorrer a um conjunto de atividades planejadas, dirigidas e controladas.

Esta forma de conduzir a avaliação é chamada de avaliação formal ou processo de avaliação sistemática, ou seja, quando é realizado por uma pessoa ou grupo seguindo etapas

da metodologia científica (COHEN e FRANCO,1993; AGUILLAR e ANDER-EGG,1994; CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; BELLONI et al., 2000).

Ao consultar a literatura sobre uma definição de avaliação sistematizada, encontramos um campo amplo e abrangente no qual se misturam componentes teóricos, técnicos e características descritivas do processo.

Entendemos que a dificuldade de direcionamento científico, sobre a avaliação, está no que BRUYNE et al. (1982, p. 202-203) denominam de “campo doxológico”, isto é, de ter evidências baseadas em opiniões empíricas da realidade cotidiana desenvolvendo um saber não sistematizado.

STENZEL (1996, p. 18) corrobora com esta idéia quando afirma que o conceito de avaliação é constituído por elementos de dois campos, ou seja, o campo da “doxa” e o da “episteme”. O primeiro é o da opinião, em que predomina o julgamento dos fatos e coisas baseado em valores subjetivos, o juízo de valor. O segundo é o campo do conhecimento científico no qual predomina a demonstração lógica e objetiva da verdade dos fatos, o juízo da realidade.

Contudo, para uma compreensão inicial do tema buscamos autores de duas áreas, a de avaliação de programas sociais, na qual se situam estudos sobre a avaliação em saúde, e a da educação, por ter um campo consolidado de estudos sobre o tema.

AGUILAR e ANDER-EGG (1994), autores da área de avaliação de programas sociais, realizaram estudo sobre o desenvolvimento de métodos e definições elaboradas por 20 autores, em diferentes países e momentos históricos, com o objetivo de construir um conceito preciso de avaliação sistemática.

Deste modo, definem que

Avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisão racional e

inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994, p.31).

Estes autores enfatizam como traço característico da avaliação sistemática o julgamento sobre o mérito e o valor do objeto a ser avaliado.

Apoiados na contribuição de SCRIVEN¹ (1967), AGUILAR e ANDER-EGG (1994) indicam a distinção entre valor e mérito. Assim, o valor de uma ação depende do grau da necessidade de realizá-la, isto é, se uma ação é indispensável, tanto maior seu valor. Por outro lado, o mérito tem a ver com realização de algo independente do seu valor, por exemplo, uma ação é meritória quando realizada com eficiência naquilo que se propôs. Daí o fato de haver serviços e programas meritórios (bem feitos), mas sem valor prático para a sociedade.

Neste sentido, os autores assinalam a necessidade de se ter critérios e normas que permitam estabelecer um julgamento sobre o mérito ou valor do objeto a ser avaliado, porém este julgamento deve ser válido e confiável e, portanto, há a necessidade de emprego de métodos científicos, o que confere à avaliação sistemática um caráter de Pesquisa Avaliativa².

Outro elemento presente na definição desses autores é a intenção da retroalimentação do processo avaliatório como guia para a “tomada de decisão racional e inteligente”. A necessidade de rever o que se está fazendo, passo a passo, para sanar os erros cometidos tem o objetivo de aperfeiçoar o processo e evitar o seu fracasso.

Segundo BELLONI et al. (2000, p. 15), autores da área da educação, avaliação sistemática é um “processo de análise de uma atividade, fatos ou coisas que permite compreender, de forma contextualizada, todas as dimensões e implicações, com vistas a estimular seu aperfeiçoamento”.

Com esta definição, os autores vão além do julgamento baseado em critérios ou padrões e esclarecem que a atividade a ser avaliada deve ser vista de modo global

¹ SCRIVEN, M. 1967, *apud* AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Trad. de Jaime A. Clasen e Lúcia M. E. Orth. Petrópolis: Vozes, 1994.

² Pesquisa Avaliativa é um processo que utiliza os métodos e técnicas da pesquisa social para acumular evidências com a finalidade de emitir um julgamento válido e confiável (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994).

envolvendo “os processos de formulação e desenvolvimento, as ações implementadas ou fatos ocorridos, assim como os resultados alcançados, histórica e socialmente contextualizados” (BELLONI et al., 2000, p. 15). Ampliam, assim, as possibilidades de análise quando referem à necessidade de contextualizar histórica e socialmente o objeto a ser avaliado, pois, as conseqüências, implicações ou impacto das atividades programadas dependem das ações humanas, da cultura organizacional ou da população a qual se destina.

Verificar a realização dos objetivos e metas inicialmente estabelecidos são insuficientes, no entendimento de BELLONI et al. (2000, p. 16), uma vez que representam “apenas uma parte do processo avaliativo e não oferece os elementos necessários para o sistemático aperfeiçoamento da atividade, Instituição ou Política Pública avaliada”.

COHEN e FRANCO (1993, p.72), na linha de avaliação de programas sociais, enfatizam a objetividade, o uso da informação e de métodos científicos rigorosos para se chegar a resultados avaliativos válidos e confiáveis. Esclarecem que pela objetividade se capta a realidade evitando que idéias pré-concebidas e interesses possam afetar seus resultados. Mencionam também a importância da retroalimentação feita pela avaliação, “criando possibilidades de retificar as ações e reorientá-las”. Entretanto, ampliam o alcance do processo avaliativo, quando dizem que a análise dos resultados obtidos, comparados aos objetivos iniciais, permite a medida da eficácia e eficiência do programa, projeto ou da intervenção. Isto também possibilitaria uma racionalidade do ponto de vista gerencial, pois permitiria aos gestores a escolha entre diversas intervenções ou projetos de acordo com os melhores resultados.

A concepção apontada pelos autores considera a avaliação como um processo idealizado, uma vez que pressupõe a neutralidade do avaliador e desconsidera algumas dimensões envolvidas no processo de avaliação, tais como: os interesses políticos individuais ou de grupos, as relações de poder entre chefia e subordinados, entre outras questões subjetivas que atravessam os critérios da objetividade e da cientificidade (DIAS SOBRINHO, 2002).

Nesta abordagem sobre a dimensão formal (sistemizada) e informal da avaliação ressaltamos dois aspectos. O primeiro é que tanto a avaliação formal quanto a informal buscam o mesmo propósito, ou seja, emitir um juízo de valor, o que as difere, no entanto, é o emprego de métodos científicos e sistematizados.

O segundo aspecto é caracterizado pelo conflito entre a busca de objetividade por meio do emprego de métodos quantitativos da pesquisa científica e da subjetividade do avaliador que na operacionalização do processo acaba interferindo com seus valores, interesses políticos e questões de ordem pessoal.

Os aspectos acima citados estão presentes em qualquer nível de ocorrência do processo avaliativo como forma de apreender os aspectos objetivos e subjetivos da realidade social e interferem na escolha da metodologia empregada, isto é, ora com abordagens quantitativas ora com qualitativas.

O campo de atuação da avaliação é amplo, complexo, pluri-referencial e dinâmico, alterando-se de acordo com as transformações sociais, políticas e econômicas das diversas sociedades nos diferentes momentos históricos em que foi se apropriando de saberes, metodologias e técnicas de vários campos (ciências sociais, psicologia, matemática, entre outros) para responder às necessidades das várias áreas, como a Educação, Administração, Economia, Serviço de Saúde, Políticas Públicas, nos quais a avaliação se faz presente (DIAS SOBRINHO, 2002).

Em cada área em que a avaliação se desenvolve assume contornos próprios apresentando uma multiplicidade de significados e sentidos de acordo com valores, interesses e necessidades de quem a defende. Vai tomando corpo, se construindo e desconstruindo a partir de uma determinada lógica, utilizando conceitos, indicadores, métodos e técnicas específicos para atingir o que pretende alcançar (DESLANDES, 1997; DIAS SOBRINHO, 2002).

Assim, a avaliação pode ser usada como instrumento emancipador, democrático, participativo ou como instrumento burocrático, controlador e regulador. Um processo avaliativo pode ser disparador de ações limitadas ou restritas a um protocolo de procedimentos, por exemplo, quando o resultado deste processo envolve corte de verbas, credenciamento ou descredenciamento de instituições, promoções e ações de caráter punitivo (DIAS SOBRINHO, 2002).

Para melhor compreender a variedade de características que a avaliação pode assumir, resgatamos a sua construção na área de avaliação de programas sociais, pois há uma relação histórica entre o desenvolvimento da avaliação enquanto campo de investigação científica e o desenvolvimento das políticas públicas na época do Estado do Bem-Estar.

1.2.2. Aspectos históricos do campo da avaliação de programas sociais

Por volta da década de 1940, o desenvolvimento de ações sociais constituiu o núcleo central das Políticas Públicas, também conhecidas como Políticas Sociais³, e foram elementos essenciais para o direcionamento das intervenções da Política Econômica dos países industrializados, por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA). Mas, foi somente após a Segunda Guerra Mundial que o advento deste modelo, conhecido como “Estado de Bem-Estar”, se institucionalizou com o objetivo de reduzir a pobreza, controlar doenças e promover o desenvolvimento de comunidades assegurando aos indivíduos a provisão de programas sociais como um direito do cidadão à habitação, aposentadoria, saúde e educação (STENZEL, 1996; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

O modelo de Estado de Bem-Estar ou “Estado Provedor” representou um pacto social entre trabalho e capital, direcionando o foco das preocupações da política para o social por meio de programas cujos objetivos eram a melhoria da vida dos indivíduos com a implementação de serviços de interesse social, tais como, saúde, educação, transporte, moradia, aposentadoria e pensão (MENEGHEL e LAMAR, 2001; ALMEIDA JUNIOR, 2002; DIAS SOBRINHO, 2002).

Neste cenário, as políticas de avaliação se destinavam aos programas sociais a fim de garantir a distribuição racional de recursos, assegurando a equidade aos desfavorecidos socialmente, com transparência na utilização do dinheiro público. Com este direcionamento há um crescimento no campo da avaliação nas décadas de 1950 e 1960, quando métodos qualitativos foram associados aos tradicionais métodos quantitativos de mensuração, para melhor dimensionar as questões sociais dos programas do Estado-Provedor (STENZEL, 1996; DIAS SOBRINHO, 2002).

A crise capitalista dos anos de 1970, marcada pela baixa do crescimento econômico e alta taxa de inflação, enfatizou as idéias de um grupo de cientistas políticos, filósofos e

³ Entendendo políticas sociais, de acordo com os conceitos de SANTOS (1987), como sendo as ações do governo voltadas para a distribuição de benefícios sociais, visando promover aos indivíduos a condição de cidadãos perante as desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

economistas liderados por Popper e Lippman, que já na década anterior diziam que a crise econômica era provocada pelas ações sociais do Estado-Providor. Esse grupo de cientistas se baseava no pressuposto de que a abertura dos sindicatos e movimentos operários para defender os direitos sociais e aumentos salariais dos trabalhadores aumentou os gastos das empresas com encargos trabalhistas, reduziu a lucratividade e desencadeou um processo inflacionário (CHAUÍ, 1999).

Essas idéias ganharam sentido no mundo capitalista e associadas a outras questões como a recessão provocada pela crise do petróleo, o desemprego causado pela automação e robotização da produção de serviços foram dando formato e incentivo à implantação das políticas neoliberais (ALMEIDA JUNIOR, 2002).

O desmonte do Estado do Bem-Estar fez com que as Políticas Sociais, antes entendidas como um direito dos cidadãos assegurado pelo Estado, passassem a ser vistas e gerenciadas pelo modelo de gestão privado, baseado na lógica do mundo empresarial, isto é, da eficiência, da competição, dos resultados e da lucratividade.

Esse panorama político associado à escassez de recursos financeiros e os crescentes custos de materiais, medicamentos, equipamentos, principalmente na área da saúde, foram elementos motivadores para o desenvolvimento de metodologias de avaliações em todos os níveis de atuação de programas sociais, desde uma ação local (institucional), até ao nível das decisões de Políticas Públicas com o objetivo de auxiliar nas tomadas de decisões visando à priorização e racionalização dos recursos disponíveis.

Nessa perspectiva a avaliação ganha destaque, pois os gestores públicos se baseavam nos resultados finais da avaliação dos programas realizados para mostrar o seu sucesso e obterem recursos financeiros para a sua continuidade. Deste modo, a avaliação necessariamente era incluída no final de planos e projetos.

O rigor do método e da técnica foram valorizados e, portanto, a avaliação ganha corpo com metodologia científica formalizada passando a ser denominada de Pesquisa Avaliativa (STENZEL, 1996).

Com este desenvolvimento, o campo da avaliação se profissionalizou e se institucionalizou nos Estados Unidos, Canadá e outros países da Europa. Surgiram organizações governamentais e não-governamentais, agências, institutos universitários e centros de estudo dedicados ao desenvolvimento de cursos, colóquios, seminários, periódicos, livros-texto, manuais sobre o assunto (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

No Brasil, a avaliação de políticas e programas sociais não obteve o mesmo desenvolvimento dos países mencionados, pois, segundo STENZEL (1996, p.212),

tanto em decorrência do padrão autoritário, clientelista e corporativista da atuação do Estado, como em decorrência da inconsistência das políticas sociais, atribuídas em parte à 'pobreza política' de uma sociedade civil pouco organizada, ambas as condições evidentemente pouco propícias ao desenvolvimento da avaliação de políticas e programas públicos.

Portanto, a falta de tradição do Estado Brasileiro em prestar contas à sociedade civil, o desinteresse dos gestores no desenvolvimento de estudos sobre avaliação, além da pequena cobrança social de informações sobre a utilização dos recursos públicos refletem e conformam a ausência de uma cultura consolidada nesta área.

Quando considerada a questão metodológica no desenvolvimento da avaliação sistematizada sempre está presente o debate entre a utilização de métodos quantitativos e qualitativos como um esforço de buscar conhecimento objetivo da realidade e a cientificidade. Este esforço fica demonstrado em GUBA e LINCOLN (1985) quando mencionam quatro gerações de autores que, no decorrer dos últimos 100 anos, realizaram estudos no campo da avaliação tendo presente o conflito entre esses métodos.

A primeira geração se caracterizou pela mensuração, tendo como influência a ascensão das ciências sociais e o surgimento do gerenciamento científico das indústrias influenciadas pela administração científica taylorista. Nesta fase (décadas de 20 e 30), o avaliador era essencialmente um técnico que desenvolvia e aplicava instrumentos de medida utilizando metodologias quantitativas com o objetivo de efetivar o controle da produção.

A segunda geração (década de 40) ateve-se à descrição de objetivos, normas e rotinas norteadoras para cada atividade visando manter uma padronização. O avaliador se preocupava em saber quanto dos resultados de uma atividade se aproximavam (ou não) dos padrões ou objetivos estabelecidos.

A terceira geração preocupou-se em superar a mensuração e a descrição, valorizando o julgamento a partir de critérios estabelecidos. Assim, a partir da década de 60, o avaliador assumiu o papel de juiz preservando o que havia incorporado das gerações anteriores. Nesta geração eclodiram vários modelos de avaliação com abordagem quantitativa.

Adentrando a década de 90, os autores da quarta geração apontaram problemas no desenvolvimento da avaliação feita pelas gerações anteriores, tais como: tendência à supremacia gerencial nos processos avaliativos; burocratização e autoritarismo; desconsideração do contexto e dos atores envolvidos; privilégio dos métodos quantitativos; crença em uma verdade única e absoluta. Para superar esses problemas defendiam a negociação, ou seja, a busca de consenso entre pessoas de valores diferentes. Nessa concepção, a prática de avaliação passa a ser inclusiva e participativa, um processo interativo e construído a partir das necessidades institucionais e do grupo que lança mão desse recurso para obter informações sobre os resultados de sua intervenção. Os autores lançam mão das abordagens qualitativas para captarem os aspectos humanos, sociais, culturais e éticos, também envolvidos no processo e, até então, não valorizados.

A divisão de gerações de autores feita por GUBA e LINCOLN (1985) é didática e facilita a compreensão da história da prática dos métodos avaliativos, porém, as fases de mensuração, descrição, julgamento, negociação e participação não são estanques no tempo, estão em constante movimento até os dias atuais, a depender do contexto onde ocorre a avaliação, do objeto que se deseja avaliar, do objetivo a ser alcançado e dos interesses dos avaliadores.

1.2.3. Níveis, objeto e objetivos da avaliação

A avaliação pode ser realizada nos diversos níveis onde acontece a atenção à saúde, ou seja, primário, secundário e terciário, desde o cuidado individual até o coletivo assumindo vários recortes, como por exemplo, analisar o desempenho individual de profissionais, as tecnologias empregadas à assistência, as relações entre profissionais e usuários, entre outros (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Para estabelecer um objeto alvo da avaliação, acatamos as considerações feitas por AGUILAR e ANDER-EGG (1994) ao indicarem que a proposta do autor americano Avedis Donabedian é a mais adequada para instituições de saúde. O autor estabelece três objetos que podem direcionar um processo de avaliação: a estrutura, o processo e os resultados.

Na estrutura estão relacionadas as avaliações dos recursos disponíveis e da organização institucional; as avaliações das atividades assistenciais prestadas estão relacionadas no processo de trabalho multiprofissional e a avaliação dos resultados

alcançados pela instituição irá dar parâmetros a respeito da eficiência, a eficácia e da qualidade da assistência prestada. Retornaremos a este assunto mais adiante ao discutir avaliação na área da saúde (item 1.2.5).

Para estabelecer os objetivos da avaliação, AGUILAR e ANGER-EGG (1994, p.61) mencionam que se deve ter em mente questões como: “Para que avaliar um programa, projeto, intervenção ou processo? O que se quer conseguir com isso?”, e ainda acrescentaríamos nessa reflexão: O que fazer com os resultados obtidos? Como serão divulgados?

Este questionamento ajudará os avaliadores a terem clareza do que desejam com o processo avaliativo, pois a avaliação não está somente ligada a um exercício intelectual e técnico, possui também componentes políticos e éticos importantes. O desvelamento de verdades ocultas por meio de um processo avaliativo pode trazer constrangimentos e conflitos que interferem nas relações profissionais tanto internas quanto externas à instituição e o avaliador deve estar preparado para enfrentar essas questões.

Nessa direção, CONTANDRIOPOULOS et al. (1997, p.34) observam que os objetivos de uma avaliação podem ser oficiais ou oficiosos, estarem explícitos ou implícitos e provocarem nos profissionais envolvidos consenso ou conflito.

Os mesmos autores apontam quatro tipos de objetivos oficiais:

- os estratégicos, que fazem parte do planejamento de uma intervenção;
- os formativos, que fornecem informações para o aprimoramento de uma intervenção;
- os somativos, que determinam o impacto de uma intervenção;
- os fundamentais, que contribuem para o progresso do conhecimento e para elaboração teórica no campo de estudo da avaliação.

Destacam, ainda, que os objetivos oficiosos, muitas vezes implícitos, dependem do avaliador envolvido e devem ser reconhecidos por ele para facilitar a compreensão do contexto em que acontece o processo avaliativo. Deste modo, quando os avaliadores são gestores, estes podem querer atrasar uma decisão, ampliar seu poder e controle sobre seus subordinados ou apenas cumprir determinações superiores. Quando os avaliadores são profissionais da instituição podem querer ampliar seus conhecimentos, ter prestígio ou poder, conduzir o processo para colocar em prática uma idéia pessoal ou obter uma

SILVA e FORMIGLI (1994, p. 81) mostram que esse é um problema a ser enfrentado “por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática”, considerando-se a diversidade terminológica encontrada sobre o tema.

Diante dessa multiplicidade de abordagens que a avaliação assume, nossa incursão pelo tema tem o objetivo de destacar aspectos da tipologia que consideramos ser mais utilizados na prática gerencial cotidiana.

1.2.4. Tipologia da avaliação

Neste tópico, seguimos a classificação adotada pelos autores AGUILLAR e ANDER-EGG (1994, p.40-51) e COHEN e FRANCO (1993, p.108-117) quanto aos tipos de avaliação mais empregados:

- Avaliação segundo o momento em que é realizada:
 - Avaliação inicial, também chamada de *ex-ante*. É realizada antes de se iniciar uma intervenção⁹, com o objetivo de fornecer dados que irão auxiliar na tomada de decisão para aprovação ou não do que se pretende desenvolver mediante uma análise crítica da sua pertinência, coerência e viabilidade.
 - Avaliação durante a execução da intervenção, também chamada de avaliação de processos, contínua, concomitante ou de gestão. Tem a finalidade de avaliar as mudanças e estabelecer até que ponto está sendo cumprido o programa proposto inicialmente. Permite uma constante retroação do processo em desenvolvimento fazendo correções, adequações ou detectando dificuldades.

⁹ Intervenção é uma técnica, teste, tratamento, prática, organização ou programa, entre outras atividades, constituída por um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Possui cinco componentes: 1-objetivo, 2-recursos, 3-serviços, bens ou atividades, 4-efeitos e 5-contexto em um dado momento (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

- Avaliação final e avaliação *ex-post*, também chamada de impacto. Ambas são realizadas para verificação dos resultados alcançados ao término da intervenção, o quanto se atingiu dos objetivos propostos e quais seus efeitos (previstos ou não). Porém, a avaliação final é realizada imediatamente ao término de cada etapa da intervenção ou na sua finalização total, a avaliação *ex-post* é aplicada algum tempo depois que a intervenção alcançou seu pleno desenvolvimento com a finalidade de verificar o impacto da intervenção no local de sua aplicação.
- Avaliação segundo a procedência dos avaliadores:
 - Avaliação externa: é realizada por profissionais externos, geralmente especialistas em avaliação ou comissões, sem vínculo com a instituição. A vantagem deste processo é a possibilidade de preservar a objetividade, visto que os avaliadores não estão diretamente envolvidos com o objeto de avaliação. A desvantagem é o desconhecimento dos valores, da história, dos poderes em disputa o que dificultam a percepção do contexto institucional, considerados também importantes na análise do que se avalia.
 - Avaliação interna: é realizada por pessoas da própria instituição, envolvidas ou não com o objeto em avaliação. A vantagem é a familiaridade dos avaliadores com a instituição favorecendo a participação e o comprometimento no processo de avaliação. A desvantagem é a possibilidade de não se ter uma avaliação muito fidedigna, pois aspectos subjetivos e interesses do avaliador podem mascarar os resultados, como por exemplo, aspectos positivos podem ser ressaltados e os negativos minimizados, ou ainda apontam erros de outrem desviando do objetivo final da missão.
 - Avaliação mista: é a combinação dos dois métodos citados. Podem ser realizadas por comissões ou equipes de trabalho compostas por avaliadores externos e internos, fato que proporciona um certo

equilíbrio entre a subjetividade dos membros da instituição e a objetividade dos especialistas externos, além da troca de conhecimento sobre metodologias avaliativas entre os profissionais.

- Auto-avaliação: é quando o profissional ou a equipe responsável pela realização da intervenção faz a sua própria avaliação. Também utilizada para a avaliação de desempenho funcional, isto é, do desempenho do profissional nas suas atribuições cotidianas.
- Avaliação participativa: Este tipo de avaliação é apontada por CARVALHO (2001, p.90) como uma inovação aos métodos tradicionais, pois, “tem como eixo metodológico fundante o envolvimento e participação dos gestores, formuladores, implementadores e beneficiários no próprio processo avaliativo de um dado programa ou instituição”. A vantagem desta abordagem é a socialização das informações e conhecimentos que, muitas vezes, são centralizados nas chefias, proporcionando transparência das ações e democratização do saber-fazer a todos os que participam do processo avaliativo.

Consideramos até aqui alguns aspectos gerais do amplo campo de estudo da avaliação na área de programas sociais, e a seguir situamos a avaliação na área da saúde, mais especificamente as linhas de atuação nos serviços hospitalares.

1.2.5. Avaliação na área da saúde

Como já foi dito, a avaliação é uma atividade corriqueira, presente no cotidiano das instituições de saúde de uma maneira informal e despreocupada ou formal fazendo parte de ações planejadas pelos gestores. Neste sentido, SILVA e FORMIGLI (1994, p. 80) observam que,

Sob o rótulo de ‘avaliação’ reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo ‘fomos bem?’, ‘deu resultados?’, ‘estamos

satisfeitos?’, até a chamada pesquisa avaliativa que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade.

Esta situação se deve à falta de uma cultura de avaliação no Brasil, pois, apesar de seus recentes avanços, ainda se mostra incipiente, tanto no âmbito acadêmico, quanto no cotidiano dos administradores hospitalares (SILVA e FORMIGLI, 1994; MALIK e SCHIESARI, 2002; UCHIMURA e BOSI, 2002).

A avaliação tem ampliado espaço de discussão, a partir da década de 90, junto aos gestores das instituições de saúde públicas e privadas como instrumento norteador de mudanças institucionais com vistas à sobrevivência no atual cenário, marcado por rápidas transformações, múltiplas instabilidades e dificuldades financeiras.

Embora as instituições de saúde idealmente tenham um objetivo comum, ou seja, a cura do indivíduo, divergem quanto à finalidade de atuação por sua natureza pública ou privada.

As instituições públicas se destinam ao cumprimento de seu papel social respondendo à determinação da constituição brasileira “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. As instituições privadas se preocupam com o retorno financeiro de seus investimentos, portanto possuem outros focos de interesse ligados ao mercado externo, como competitividade, manter uma imagem de excelência em qualidade para atrair clientes, entre outras questões (ALMEIDA, 2002).

Para compreender as abordagens da avaliação em saúde citamos STENZEL (1996, p.108), que distingue duas linhas discursivas que se desenvolveram a partir de diferentes raízes. A primeira, a “Avaliação de Programas”, foi desenvolvida pela necessidade política de controle de programas sociais da educação, saúde e outros, conforme já mencionada nos aspectos históricos (item 1.2.2). Essa linha delimita abordagens da avaliação no campo da saúde coletiva e não nos deteremos a ela.

A segunda linha discursiva é a “Avaliação da Qualidade”, cujas abordagens envolvem tanto avaliações realizadas para o controle das práticas individuais de trabalho, quanto as avaliações voltadas para os aspectos organizacionais do trabalho coletivo. Esses dois enfoques, o individual e o organizacional, referem-se a estudos relacionados com a prática hospitalar.

Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tanto das práticas individuais como das institucionais, o quadro conceitual mais acatado e referido pelos autores nacionais e internacionais é o proposto por Avedis Donabedian, que há mais de 20 anos desenvolve estudos nessa linha (REIS et al.,1990; AZEVEDO, 1991; PITTA,1992; SILVA e FORMIGLI, 1994).

Em seus estudos iniciais, DONABEDIAN (1966) tinha como objeto principal monitorar o desempenho clínico e avaliar o atendimento individual prestado pelo médico com o objetivo de melhorar a qualidade da relação desse profissional com o paciente.

Posteriormente, ampliou seu objeto de estudo buscando avaliar a qualidade de toda a instituição de saúde propondo que o objeto de análise abordasse três aspectos: a estrutura, o processo e os resultados. Sua proposta ficou conhecida como a clássica tríade donabediana, um quadro conceitual baseado no referencial teórico sistêmico, ou seja, na interação e interdependência dos processos de trabalho institucional formando uma rede de comunicações e relacionamentos em função do desenvolvimento de uma ou mais atividades de avaliação com o objetivo de atingir um ou mais propósitos (PITTA, 1992; SILVA e FORMIGLI, 1994; STENZEL, 1996).

Os componentes da estrutura são conflitantes entre os autores, porém, de forma geral são consideradas as características relativamente estáveis da instituição, tais como: os seus recursos disponíveis (físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros), o contexto organizacional (organograma, manuais e normas técnico-administrativas) e o sistema de informação. Na avaliação da estrutura dos serviços de saúde, geralmente, são utilizados métodos de mensuração ou comparação para verificar se o que existe na instituição é adequado, ou não, com base em normas, padrões, diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), resoluções dos conselhos de classe, entre outros (STENZEL, 1996).

O processo é considerado como conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes com os recursos institucionais disponíveis (SILVA e FORMIGLI, 1994). A avaliação de processo é baseada na comparação entre os procedimentos assistenciais realizados na instituição a padrões e protocolos desenvolvidos pelos profissionais da própria instituição ou por meio de referências nacionais ou internacionais. A auditoria médica é um exemplo de método empregado nesta abordagem.

Os resultados correspondem às mudanças do estado de saúde do paciente ou de uma população em relação às intervenções realizadas (PITTA, 1992). Com este foco, a avaliação busca analisar os efeitos das intervenções dirigidas ao indivíduo ou população pela instituição de saúde ou por seus profissionais. Do ponto de vista científico, é a abordagem mais antiga e mais atraente aos administradores de saúde em todos os níveis do sistema de saúde, pois o resultado da avaliação fornece dados objetivos que auxiliam nas tomadas de decisões, bem como no marketing da instituição. Os indicadores de saúde (taxas de mortalidade, morbidade, infecção hospitalar) e os indicadores de desempenho desenvolvidos nos serviços a partir de padrões de qualidade estabelecidos, são exemplos de métodos empregados para avaliar os resultados alcançados pela instituição hospitalar.

Outro aspecto que tem sido ressaltado para avaliar o resultado global da instituição é a opinião do paciente quanto ao atendimento recebido. Nesta direção, alguns hospitais se organizaram com um serviço destinado ao atendimento ao cliente (SAC), com pessoal capacitado para atender, ouvir, encaminhar e dar retorno às queixas dos pacientes. Este serviço geralmente está ligado à administração superior do hospital e visa melhorar o desempenho institucional sanando as falhas apontadas pelos pacientes, bem como investir no *marketing* tornando-se um hospital conhecido não somente pelo emprego de modernas tecnologias para diagnóstico e tratamento, mas também pelo atendimento atencioso, interessado e competente (MEZOMO, 1995).

Programas de qualidade baseados na teoria da Gestão de Qualidade Total (GQT) ou Controle de Qualidade Total (CQT) com avaliação dos aspectos organizacionais do trabalho institucional vem ganhando relevo nas instituições hospitalares brasileiras nos últimos anos (STENZEL, 1996).

A gestão pela qualidade total é um sistema gerencial que, de forma sintética, busca reduzir custos pelas perdas de matéria prima, horas de trabalho decorrentes da má qualidade de um produto produzido, aumentar as vendas de um produto por satisfazer as necessidades de consumo dos clientes e melhorar continuamente a produtividade pelo envolvimento dos trabalhadores no seu processo de trabalho. Portanto, em linhas gerais visa atender às necessidades do capital.

A qualidade como objeto de atenção gerencial tem uma evolução histórica desde a década de 1920, com a produção manufatureira, pela observação e inspeção do produto no final de sua produção no sistema fabril. Evoluiu no interior das indústrias, para os

departamentos de engenharia de produção visando ao controle estatístico feito por amostragem em larga escala da produção industrial nos anos de 1940. Nas décadas de 1950 e 1960 houve uma revolução nos conceitos gerenciais, sobretudo no Japão, mudando a visão de que a qualidade não é atribuição de um departamento isolado, mas de todo o conjunto da empresa. Nesta época, desenvolveram-se programas para a garantia da qualidade visando à detecção precoce de falhas, uma vez que a empresa perdia em função de defeitos na produção e, posteriormente os estudiosos do modelo foram estabelecendo elementos básicos da gestão pela qualidade, tais como: quantificação dos custos da qualidade, controle total da qualidade, engenharia da confiabilidade no processo de gestão da qualidade, programa de zero defeitos, equipes interfuncionais para estabelecer padrões de qualidade e preocupação em satisfazer o cliente (GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002).

O termo qualidade total não se refere à pretensão de obter a qualidade absoluta e total de algo, uma vez que a noção de qualidade pode ser considerada subjetiva e meta idealizada. Segundo NOGUEIRA (1996), o termo qualidade total é empregado para reforçar que este modelo de gestão deve se estender a todos os setores e níveis da empresa.

Deste modo, a gestão voltada para garantir a qualidade total deixa de ser responsabilidade da alta direção ou de um setor específico passando a ser:

[...] um duplo movimento de difusão de responsabilidades pela Qualidade para o conjunto de dirigentes e trabalhadores da unidade, simultaneamente, com a adoção de métodos participativos que permitam, aos distintos departamentos ou setores organizacionais, planejar, acompanhar e corrigir os rumos das ações pró-qualidade, bem como, solucionar problemas associados com o mau desempenho e a baixa produtividade (NOGUEIRA: 1996, 8-9).

Os principais idealizadores da teoria de gestão da qualidade total foram Edwards Deming e Joseph M. Juran. Os aspectos teóricos centrais da abordagem de Deming são: busca da satisfação do cliente, revisão constante dos processos de produção, problematizar pedagogicamente o uso e a noção de qualidade com todos os profissionais da empresa. Para Juran o importante é definir os conceitos de qualidade, estabelecer padrões e os métodos científicos para avaliar seu alcance, estabelecendo as possibilidades da mesma. Enquanto Deming assume aspectos da subjetividade envolvidos no processo da qualidade, Juran

busca a objetividade no processo de avaliação, marcando que essas questões estão em freqüente conflito (NOGUEIRA, 1996).

A gestão da qualidade vem ao longo dos anos incorporando novos elementos para atender às demandas empresariais e da sociedade. É considerado, por teóricos do assunto, como um conjunto de métodos e técnicas aplicáveis a qualquer tipo de organização; entretanto nos hospitais há dificuldades de se implantar programas de qualidade nos mesmos moldes empresariais por sua natureza de prestação de serviço diferenciado, ou seja, a saúde (GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002).

O trabalho em saúde se concretiza por meio da relação entre vários profissionais da área da saúde, pacientes, familiares e fornecedores; e da interação dos profissionais com diferentes instrumentais (condutas técnicas, equipamentos, exames diagnóstico, etc.) para atingir seu objetivo, que é a prestação do cuidado. Assim, neste processo de trabalho há aspectos que não se aplicam às leis de mercado, tais como: o consumo do serviço é imediato à sua produção, não havendo possibilidade para o controle prévio da sua qualidade; a concorrência não é elemento estimulador da qualidade, pois no ambiente hospitalar há carência de atendimentos; a assistência à saúde demanda ações multiprofissionais para atender à subjetividade de cada paciente, o que dificulta a padronização do processo de trabalho; a produção do serviço é executada por profissionais de diversos níveis de formação, com interesses corporativos distintos; a categoria médica é mais resistente aos programas de qualidade por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes ante o controle externo (PIRES, 1998; GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002).

Deste modo, as características e complexidade que envolvem os problemas de saúde conferem ao seu processo de trabalho uma atenção especial, muito diferente da linha de produção industrial. A simples transposição de pacotes gerenciais criados para a realidade industrial que visa a produtividade e o lucro, pode afastar os profissionais de um atendimento integral e humanitário, o que consideramos básico para uma assistência de qualidade.

Por outro lado, entendemos que a adoção de programas de qualidade e avaliação da assistência prestada devem ser alvo de preocupação dos gestores, pois as instituições de saúde possuem um importante papel na qualidade de vida da população prevenindo e recuperando a sua saúde e os métodos do modelo de gestão da qualidade total podem

melhorar a eficiência dos processos de trabalho e assim reduzir o custo da assistência hospitalar. Deste modo, os gestores devem se preocupar em superar as limitações dos instrumentais da qualidade empresarial à ótica de mercado e se utilizar deste arsenal em prol do paciente.

Em relação à utilização de metodologias avaliativas no processo gerencial em saúde, HILLEGONDA (2000, p.556) afirma que “hoje fazem parte das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão”. Destaca ainda, que no setor público há maior interesse por avaliações de programas e “um discreto interesse pelas avaliações de qualidade” e no setor privado “observa-se interesse maior pelas propostas de gestão e garantia da qualidade, além de existirem sistemas de acreditação e monitoramento de hospitais em atividade”.

A busca pela certificação da qualidade fornecida por uma agência ou empresa certificadora é uma tendência mundial dos hospitais que pretendem, por meio deste título, ter um diferencial de mercado.

No Brasil, apesar dessas práticas não estarem tão desenvolvidas como no exterior há um movimento atual dos hospitais privados, em maior escala, e públicos nessa direção. Os sistemas de avaliação mais empregados são: a Acreditação Hospitalar, as Normas ISO¹⁰ (*International Standardization Organization*) e os Prêmios de Qualidade¹¹ (MALIK e SCHIESARI, 2002).

¹⁰ Normas ISO: são sistemas de certificação de qualidade em que é avaliada a capacidade da instituição em atender às exigências da realização de um produto. Visam estabelecer um processo de trabalho adequado estabelecendo as responsabilidades e treinamento para cada funcionário, procedimentos e métodos de trabalhos e controle da documentação. Na área da saúde do Brasil este modelo é utilizado em áreas específicas como: laboratórios, serviço de hemoterapia, nutrição e dietética (MALIK e SCHIESARI, 2002, p.39).

¹¹ Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ): é um modelo sistêmico de gestão adotado por instituições que desejam atingir a excelência do atendimento. As instituições que se candidatam ao PNQ apresentam relatório de gestão, elaborado segundo critérios estabelecidos pelo PNQ e recebem uma visita técnica da comissão avaliadora. Os critérios fundamentais de avaliação se baseiam na qualidade centrada no cliente, no comprometimento da alta direção, na valorização das pessoas, na responsabilidade social, na visão de futuro, no foco dos resultados, na melhoria contínua, na gestão baseada em fatos e processos, no enfoque pró-ativo e respostas rápidas às necessidades de mudanças (MALIK e SCHIESARI, 2002, p.41).

O processo de acreditação hospitalar brasileiro iniciou-se no final da década de 90 por meio do Programa Nacional de Acreditação Hospitalar e da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e atualmente tornou objeto de discussões constantes no interior das instituições hospitalares.

A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação periódica feita por uma comissão externa à instituição em que se verifica o quanto se cumpriu de um conjunto de padrões pré-estabelecidos relacionados à estrutura, ao processo e resultados. O objetivo dessa avaliação é a melhoria contínua do atendimento médico hospitalar por meio de revisões quanto às falhas na assistência, erros no processo de trabalho, profissionais despreparados, entre outros problemas que interferem na qualidade. As vantagens para a instituição participar do programa de acreditação são: ter visibilidade do seu atendimento, credibilidade da sociedade e redução de custos ao serem revistos e adequados seus processos de trabalho evitando os desperdícios (MALIK e SCHIESARI, 2002, p.31).

Os interesses são diversos e conflitantes, no entanto, como destaca AZEVEDO (1991), o sucesso de uma intervenção e do desempenho hospitalar apresentam correlação com o uso de práticas de avaliação, daí a importância de empregá-las na prática cotidiana do gerenciamento em saúde.

1.3. Considerações sobre gerência em enfermagem

1.3.1. Construção histórica da gerência em enfermagem

Até o século XVIII, o cuidado prestado aos enfermos era realizado nos domicílios por pessoas leigas por intermédio de práticas simples, chás e infusões sob a orientação do médico. Os hospitais existentes na época tinham a finalidade de abrigar pessoas pobres e doentes, excluindo-as do convívio das classes sociais mais ricas. As pessoas que cuidavam dos doentes eram religiosos e leigos caritativos que tinham como propósito, não a cura do doente, mas o da expiação de seus pecados (FOUCAULT, 1979; RIBEIRO, 1993).

O aparecimento do fuzil (final século XVIII) e o advento do capitalismo (princípio do século XIX) levaram a reconsideração do ambiente hospitalar, pois a sociedade necessitava recuperar os soldados para a guerra, mão-de-obra cara pelo custo do treinamento para o uso do fuzil, bem como o pronto restabelecimento dos operários, mão-

de-obra escassa, para as fábricas em franca produtividade advinda das transformações sociais da Revolução Industrial (FOUCAULT, 1979).

Portanto, o hospital necessitava ter ordem, higienização e organização para conseguir credibilidade e reverter a idéia de local sujo, de exclusão e morte. Os leigos e as organizações religiosas se retiraram, cedendo lugar à prática médica, até então independente e realizada fora destas instituições. A figura do médico assume posição de autoridade, estabelecendo uma hierarquia formal e uma divisão técnica e social do processo de trabalho em saúde, cabendo-lhes a parte intelectual e a parte manual às outras pessoas que participavam da prestação do cuidado. Assim, foi se estabelecendo a organização, o controle e a disciplina do ambiente hospitalar, dos trabalhadores e dos pacientes pelo exercício da normatização, hierarquia e poder de comando (FOUCAULT, 1979; ALMEIDA e ROCHA, 1989; RIBEIRO, 1993).

A forma como era prestado o cuidado aos doentes também carecia de modificações e foi Florence Nightingale que colocou em prática parte do projeto social da saúde da época, intervindo desde a assistência direta ao doente no âmbito hospitalar até a sua organização. Deste modo, foi a precursora da administração em enfermagem (GOMES et al., 1997).

Seguindo os preceitos do modo de produção capitalista, Florence Nightingale legitimou a hierarquia disciplinando, educando e formando os agentes de enfermagem. Iniciou a primeira escola de enfermagem, criada em julho de 1860, onde o ensino era sistematizado e orientado para atender à formação de enfermeiras em dois níveis segundo a sua classe social, as denominadas *Ladies nurses*, que provinham de classe social alta e as *Nurses* que eram de nível social mais baixo.

Às *Ladies nurses* era ministrado ensino especial, incluindo aulas de administração, pois lhes cabiam assumir a chefia, cumprir as ordens médicas, supervisionar e controlar rigorosamente o cuidado prestado aos doentes pelas *Nurses* (ALMEIDA e ROCHA, 1989; ROZENDO, 1995; GOMES et al., 1997).

Com essa construção social e desempenho de papéis diferenciados foram evoluindo a prática e a administração do trabalho da enfermagem, cabendo, à enfermeira, representada pelas *Ladies nurses*, a responsabilidade do processo de administrar cumprindo o papel mais intelectual e aos outros profissionais da equipe (hoje, técnicos e auxiliares de enfermagem) executar a parte operacional (manual) do processo de trabalho.

O hospital deixou de ter a missão de misericórdia e benevolência e se tornou local de tratamento, recuperação de doenças e ensino da saúde. O trabalho assistencial passou a se desenvolver com características de um trabalho coletivo e a organização hospitalar sofreu influências da administração científica que era o modelo gerencial industrial da época.

Assim, o modelo gerencial se desenvolveu baseado no cumprimento de normas e regras estabelecidas pela hierarquia superior e operacionalizadas pelos trabalhadores de nível inferior sem participação ou questionamentos, demarcando a divisão, fragmentação e racionalidade do trabalho com a hegemonia do poder centrado no médico, tanto nas decisões relacionadas à administração quanto nas assistenciais, as quais perduram em muitos locais até os dias atuais (RIBEIRO, 1993; BRITO, 1998).

O modelo assistencial que se estabelece é individual e curativo baseado na clínica, sendo o processo de trabalho presidido pelo médico que coloca em prática seu saber para realizar o diagnóstico e terapêutica e assim tratar o doente e a doença (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

A enfermagem, neste contexto, atua segundo o modelo assistencial individualizado fazendo parte do processo de trabalho médico. O desenvolvimento da prática de enfermagem se dá por meio de dois processos de trabalho que se relacionam e possuem instrumentos para auxiliar o cumprimento de suas finalidades. São eles: o processo do “cuidar” e o processo do “administrar” (ALMEIDA e ROCHA, 1997, p.21).

Para o processo do cuidar, CASTELLANOS et al. (1989) citam como instrumentos de trabalho a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação da assistência, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos, a interação e a comunicação dos trabalhadores de enfermagem com os pacientes.

O processo do administrar conta com os modelos e métodos administrativos (planejamento, direção, coordenação, controle, supervisão, avaliação), normas e rotinas, a força de trabalho de enfermagem, equipamentos e materiais permanentes. A finalidade imediata do ato de administrar é a de organizar, controlar e coordenar o processo de trabalho da enfermagem das unidades onde atua e a finalidade mediata é prover a unidade de recursos necessários para favorecer a ação do cuidar (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

O desenvolvimento destes dois processos de trabalho é assunto polêmico, contraditório, com acordos e desacordos sobre o papel do enfermeiro. O que tem mostrado

a prática e estudos de vários autores é que o enfermeiro tem se dedicado mais ao desenvolvimento de atividades administrativas se afastando do cuidado direto ao paciente, delegando esta atividade aos outros profissionais da equipe de enfermagem (KURCGANT, 1991a; FÁVERO, 1996; BRITO, 1998).

A resposta para tal atitude está na divisão de trabalho que garantiu ao enfermeiro o *status quo*, por ser o elemento da equipe de enfermagem que detém um saber que lhe assegura posição de liderança e autonomia. Entretanto, essa posição é restrita e relativa à equipe de enfermagem, pois o enfermeiro se submete à hierarquia da instituição, reproduzindo o que é determinado pela tradição, pelo médico, pelos administradores no desenvolvimento do processo de trabalho administrativo ou assistencial, cumprindo tarefas sem uma atitude crítica quanto às necessidades da equipe de enfermagem ou dos pacientes (ALMEIDA e ROCHA, 1989; FÁVERO, 1996; PIRES, 1998).

A gerência em enfermagem, nesta perspectiva, tem sido realizada por mecanismos e comportamentos autoritários, centralizadores, corporativistas e controladores, reproduzindo o modelo de gestão racionalizador e burocrático implantado nos hospitais desde o início do século XX.

1.3.2. Modelo de gestão e o papel da gerência

O modelo de gestão das instituições de saúde foi influenciado pelas teorias administrativas que se desenvolveram para atender às necessidades sociais, políticas e econômicas do modo de produção empresarial sob a ótica capitalista.

MÉDICI e SILVA (1993) classificaram em três momentos históricos distintos, os modelos gerenciais adotados pelas empresas sob uma perspectiva filosófica de atuação. São eles: o taylorismo, o fordismo e a administração flexível.

O taylorismo tem base na administração científica, assim chamada porque substituiu os métodos empíricos e rudimentares dos artesãos por métodos que tivessem comprovação científica. Foi desenvolvida nos Estados Unidos a partir dos trabalhos do engenheiro Frederick W. Taylor (1856-1915), cuja preocupação era aumentar a eficiência no nível operacional, ou seja, no desenvolvimento da tarefa no processo de produção (CHIAVENATO, 2000b).

As características dessa administração eram:

- fragmentação do processo de trabalho em atividades menores, as tarefas;
- divisão social e técnica do trabalho entre a concepção e a operacionalização. O trabalho intelectual, considerado “mais nobre” de responsabilidade dos profissionais mais preparados de formação acadêmica que recebiam os cargos de chefes, supervisores. O trabalho manual era considerado menos nobre;
- racionalização do tempo eliminando movimentos desnecessários no processo de trabalho;
- controle do trabalho e do trabalhador por meio da padronização das tarefas em normas e rotinas a serem rigorosamente cumpridas;
- hierarquia e comunicação verticalizada, ou seja, o sentido das informações é descendente sem considerar a opinião dos níveis operacionais.

A fragmentação do trabalho associada a outras características da organização foram muito vantajosas ao capitalismo, pois, com o parcelamento do trabalho, as tarefas mais simples foram distribuídas a diferentes trabalhadores. O trabalhador realizando uma única tarefa tornava-se um especialista naquilo que fazia e, deste modo, a produção aumentava pela economia de tempo, redução de perdas e desperdícios de materiais pela má qualidade e, conseqüentemente, aumentava os lucros (BRAVERMAN, 1987).

Neste modelo, o papel do gerente é destacado para o controle absoluto do processo de trabalho, suas atribuições eram supervisionar, transmitir ordens e servir de elo de comunicação entre o dono da empresa e os operários. A organização informal não era considerada, os trabalhadores não opinavam, apenas cumpriam ordens e realizavam as tarefas parceladas, alienando-se do processo de concepção do trabalho (PIRES, 1998).

Pelas características da construção histórica da enfermagem e dos hospitais, conforme já mencionado no item anterior, a organização das instituições hospitalares encontraram terreno fértil para incorporar no seu interior esses princípios. Assim, são valorizados o cumprimento das tarefas por normas e rotinas; a disciplina de horários de medicações, banho, visitas, entre outros; a divisão funcional do trabalho e a fragmentação do trabalho.

Como destaca ROZENDO (1995, p. 43), a fragmentação do cuidado prestado ao paciente é “possivelmente a conseqüência mais danosa dos princípios tayloristas na profissão” que, de certa forma, ainda se mantêm em muitas instituições de saúde.

Por volta dos anos 40, os movimentos sindicais reivindicavam melhores condições de trabalho fazendo com que o taylorismo fosse questionado enquanto estilo de produção e gerência, surgindo inovações no pensamento administrativo caracterizando o segundo momento, o fordismo.

O fordismo é derivado da filosofia utilizada na administração das indústrias americanas automobilísticas de Henry Ford. Apesar de seguirem os preceitos da administração científica, foram introduzindo elementos administrativos inovadores aos, até então, empregados na sua administração. A ênfase principal da sua inovação foi a valorização dos trabalhadores, mudando o foco da administração, da tarefa para as pessoas. O bem-estar físico e mental dos trabalhadores passou a ser o norte para os administradores e, assim, começaram as concessões de benefícios, tais como: plano de saúde, auxílio moradia, transporte, incentivos que buscavam a motivação dos funcionários por meio de educação em serviço, pagamento de cursos e prêmios por produtividade (MÉDICI e SILVA, 1993).

Embora este modelo de gestão valorizasse a humanização e democratização na administração de pessoal, divergindo do modelo anterior, a sua finalidade se mantinha na mesma lógica capitalista, pois se baseava no princípio de que o trabalhador estando satisfeito produziria mais e com melhor qualidade.

Novos termos foram incorporados à administração como liderança, dinâmica de grupo, comunicação e motivação desenvolvidos pela ascensão das chamadas ciências humanas, a psicologia e a sociologia.

O gerente assumiu papel de líder da equipe e a capacidade de se relacionar com as pessoas passou a ser considerada atributo primordial para o desempenho de suas funções. O controle autoritário foi substituído pelo estímulo ao consenso entre os trabalhadores e chefias (ROZENDO, 1995).

Este modelo, na enfermagem institucionalizada reforçou a idéia, já construída historicamente desde Florence Nightingale, de que a liderança é elemento fundamental no desenvolvimento das atribuições do enfermeiro.

ROZENDO (1995, p.49) acrescenta que a expectativa do empregador é admitir enfermeiros líderes que possuam ao mesmo tempo características “reguladoras” para que possam conduzir o trabalho da equipe de enfermagem no “alívio de tensões e da manutenção da ordem estabelecida”, e de “submissão” aos interesses hegemônicos.

Este modelo de gestão se generalizou no período pós-guerra marcando “os anos dourados da economia mundial” que se estenderam até meados da década de 70, quando a crise econômica mundial impôs mudanças na prática gerencial. Para atender a esse novo panorama econômico e social, a partir da década de 80, um novo movimento gerencial buscou formas criativas de sobrevivência. Esse foi caracterizado como o terceiro momento, chamado de administração flexível, que é definido como um

processo de gestão que leva a empresa a adquirir a sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações do ambiente externo, tais como as demandas dos clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência (MÉDICI e SILVA, 1993, p.29).

A principal característica desse modelo está na visão de que o trabalhador deve ter um papel decisivo no seu processo de trabalho, participando e responsabilizando-se por ele, bem como, ser constantemente motivado para buscar a melhoria contínua do produto que produz. Para isso, deve ser capacitado por meio de educação permanente e ter um processo de comunicação aberto que flua em todos os sentidos.

Para viabilizar esse modelo de gestão são adotadas propostas de mudanças na estrutura da organização e na forma de produção, como: substituição de organogramas verticalizados por unidades de negócio para que cada uma gerencie o seu processo de trabalho, controle de qualidade feito no processo e não no produto final, descentralização do poder na tomada de decisões, flexibilização da comunicação, de horários, na negociação de salários, entre outros.

Nesta nova ordem, é esperado que o gerente seja agente catalisador de resultados e de mudanças por meio das pessoas; compreenda a dinâmica e a cultura organizacional; seja facilitador, formador e motivador da cooperação entre as equipes e tenha habilidades no relacionamento interpessoal (MOTTA, 2001).

Segundo MÉDICI e SILVA (1993, p.30), os elementos norteadores da filosofia da administração flexível acabaram se consolidando no “controle da qualidade total” (CQT), nos anos 50 no Japão e na década de 80 nos EUA e Europa como uma alternativa para a reestruturação das instituições públicas e privadas em função das mudanças econômicas.

Os modelos gerenciais como condutores do desenvolvimento social e econômico baseados nas ciências administrativas têm sido alvo de críticas uma vez que servem à manutenção das intenções do capitalismo. Nas instituições de saúde, esta crítica é ainda maior, pois os modelos gerenciais e os gerentes deveriam garantir a democracia, reduzir privilégios e desigualdades para oferecer uma assistência universal, igualitária e integral (BARROS, 1993).

Na enfermagem, os estudos de BRITO (1998), BORK e MINATEL, (2003) e FERNANDES et al. (2003) mostram que existem elementos inovadores na prática gerencial do enfermeiro com características da gestão flexível, com o envolvimento e a participação dos profissionais na organização do seu processo de trabalho. Entretanto, ainda persistem características do modelo tradicional taylorista de administração, em muitos dos serviços de enfermagem.

O desafio de nossa época é ter ousadia, criatividade, discernimento para rever os antigos e assumir novos conceitos sobre o modo de agir e gerir. Entendemos que o enfermeiro é fundamental nesse processo, porém, não fará mudanças sozinho e necessita de articulações políticas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Investigar a adoção de práticas de avaliação, sistematizadas ou não, pela gerência dos serviços de enfermagem de dois hospitais universitários, um público e outro privado, de um município do interior do Estado de São Paulo.

2.2. Pressupostos

Pressupomos encontrar atividades avaliativas realizadas de maneira informal, sem seguir uma sistematização fundamentada por teoria ou por método científico.

Consideramos que as dificuldades para se implantar um processo de avaliação formal e contínuo estejam relacionadas ao despreparo e à falta de conhecimento dos enfermeiros sobre este tema. Associamos também a falta de desenvolvimento de avaliação sistematizada nos serviços de enfermagem ao desempenho gerencial do enfermeiro voltado para a manutenção e o controle de normas e rotinas estabelecidas, cumprindo o que lhe é determinado pelo serviço de enfermagem ou pela instituição. Deste modo, o enfermeiro não sente necessidade de se apoiar em instrumentos, como a avaliação, para auxiliar nas condutas gerenciais.

Esta percepção foi inicialmente baseada em nossa experiência profissional consolidada pelos anos de prática assumindo cargos de gerência, nos quais as atividades avaliativas não eram realizadas de maneira sistematizada. Posteriormente, identificamos na literatura que essas questões também eram discutidas em função da necessidade de a enfermagem ultrapassar a prática empírica e buscar fundamentá-la em estudos científicos.

...o mundo real não se apresenta como uma totalidade, mas como um *recorte* que fazemos da totalidade. Esse recorte é concebido a partir do ponto de vista de onde nos encontramos e dos pressupostos que trazemos conosco, o que nos possibilita experimentar e avaliar a totalidade no nosso cotidiano. No caso de um cientista que visa pesquisar uma realidade, além do ponto de vista e dos pressupostos, é necessário todo um instrumental que possibilite a pesquisa. Esse instrumental não é apenas material, mas também um conhecimento sobre como operar o material, o que perceber, o que fazer com os resultados, entre outras coisas.

(VÍCTORA et al., 2000, p. 33)

3. Metodologia

3.1. Referencial metodológico

Ao delimitarmos o objeto deste estudo pretendíamos ir além da mensuração quantitativa mostrada em gráficos e tabelas reduzidos a um “rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa” (CHIZZOTTI,1991, p.79). A nossa intenção era compreendê-lo com mais profundidade na realidade dos serviços de enfermagem escolhidos, isto é, nas relações com as atividades cotidianas, nos interesses e implicações com a estrutura institucional da qual os serviços de enfermagem fazem parte.

Com este direcionamento, encontramos em MINAYO et al. (2000, p.21) que a pesquisa qualitativa trabalha com “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis”.

Assim, definimos que para a compreensão da avaliação no cotidiano do gerenciamento de enfermagem a melhor opção seria a pesquisa de abordagem qualitativa, a qual vem se sobressaindo, nas últimas décadas, pela saturação dos métodos positivistas que de certa forma empobrecem os resultados quando adotam técnicas de mensuração buscando generalizações para todas as realidades e quando não avançam na compreensão dos significados e do contexto em que ocorre o fenômeno estudado (MINAYO, 2000).

O trabalho gerencial do enfermeiro no ambiente hospitalar tem a característica de um trabalho coletivo e, portanto, se relaciona e depende da atuação de pessoas e do ambiente institucional. Desta forma, há uma relação dinâmica entre a subjetividade dos trabalhadores (formação profissional, maneira de ver o mundo, cultura, expectativas, motivação, criatividade, entre outras) e a objetividade da realidade institucional (missão, natureza pública ou privada, modelo gerencial, fator financeiro) que vão influenciar ou até mesmo determinar o modo de atuação do enfermeiro.

Por sua vez, as instituições de saúde estão num momento de buscar alternativas de sobrevivência num cenário político, social e econômico globalizado com rápidas transformações, instabilidades financeiras e passam a repensar sua organização e o modo de gestão.

As realidades sociais estão em constante movimento e transformações temporais. A dialética é o método que busca compreender essas modificações verificando as contradições e as fragilidades dos fenômenos no momento em que o que está determinado (instituído) não atende mais às necessidades do grupo, da instituição ou da sociedade.

Portanto, optamos pela adoção de categorias da dialética para nortear as análises dos dados coletados, considerando que para compreender o objeto em estudo foi necessário conhecer o processo histórico da enfermagem institucionalizada e o modo de funcionamento dos hospitais no contexto atual.

O materialismo dialético tem, segundo GADOTTI (2000, p.22), duplo objetivo. O primeiro diz respeito ao materialismo, que “é uma concepção científica que pressupõe que o mundo é uma realidade material (natureza e sociedade), onde o homem está presente e pode conhecê-la e transformá-la”. O segundo objetivo é a dialética que “estuda as leis mais gerais do universo, leis comuns de todos os aspectos da realidade”.

A explicação da transformação das coisas, pelo materialismo dialético, se baseia em princípios gerais ou características da dialética que, segundo GADOTTI (2000, p.24-30), são:

- Princípio da totalidade: para a dialética a natureza se apresenta como um todo coerente onde objetos e fenômenos são ligados entre si condicionando-se reciprocamente. O método dialético busca entender a totalidade examinando os objetos e fenômenos nessa relação de reciprocidade.
- Princípio do movimento: a dialética considera que nada é eterno, fixo e absoluto, portanto, toda construção social não é estática e nem acabada, mas está em contínua transformação. A causa para isto é a luta interna entre o que está estabelecido, o instituído (tese), entre as contradições e questionamentos do que está instituído gerando os conflitos (antítese) que vão gerar uma nova ordem (síntese), “do velho nasce o novo”. Esse princípio também é conhecido como “lei da negação da negação”.
- Princípio da mudança qualitativa: é a passagem do quantitativo para o qualitativo e vice-versa, e significa uma transição, mudança de um estado para outro. Nesse princípio podem ocorrer dois conceitos: A evolução, quando ocorrem mudanças do objeto na essência, isto é, na estrutura,

propriedades e características. A revolução, quando as mudanças afetam traços essenciais da formação social.

- Princípio da contradição: é baseado na idéia de que a transformação das coisas só é possível porque no seu interior coexistem forças opostas tendendo simultaneamente à unidade e à oposição. A contradição é universal e é a essência da dialética.

GADOTTI (2000, p.33) estabeleceu “regras práticas” para nortear o uso do método dialético. A partir dessas regras construímos uma seqüência que nos orientou nas análises e interpretação do material empírico da pesquisa. Deste modo, buscamos:

- apreender no interior dos serviços de enfermagem e contexto institucional os aspectos e o desenvolvimento da avaliação verificando a relação da teoria com a prática (do geral para o particular);
- estabelecer aproximações com a totalidade da avaliação, compreendendo pela teoria os seus aspectos fundamentais (a essência); e pela prática, captada nos depoimentos das gerentes de enfermagem entrevistadas, a maneira como se manifesta na realidade estudada (a aparência);
- verificar o desempenho gerencial do enfermeiro em relação ao desenvolvimento de atividade de avaliação e
- analisar as contradições em relação ao objeto e à realidade do estudo pelo depoimento das entrevistadas.

Deste modo, direcionamos o desenvolvimento deste estudo num movimento de ir e vir sem considerar os itens relacionados acima como etapas estanques.

3.2. O cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em dois hospitais universitários, um público e outro privado, de um município do Estado de São Paulo.

A escolha por hospitais universitários residiu no fato de serem instituições que têm relevância na formação profissional e realizam estudos para qualificar e aprimorar a prática

assistencial e gerencial. Portanto, partimos do pressuposto de que encontraríamos uma atuação gerencial mais organizada e baseada em princípios científicos.

A opção por um hospital público e outro privado teve por objetivo verificar a diferença no desenvolvimento do objeto de estudo, a avaliação, em instituições, que apesar de terem o objetivo da cura de doentes, possuem perspectivas diferentes quanto à forma de gestão, devido à sua natureza econômica.

Nessa direção, MALIK (1996, p. 13) adverte “O setor privado e o setor público devem ser entendidos como singulares, cada um deles apresentando processos específicos, orientados por lógicas peculiares”.

A autora apresenta algumas características dessa diferenciação: o setor privado trabalha com a lógica da competitividade pela disputa, no mercado, da população pagante pelos cuidados à saúde; utiliza instrumentos de gestão inovadores e flexíveis com planos estratégicos para produzir resultados mais rápidos e atrair clientes; a demanda de usuários do setor público é maior que a sua capacidade de ação, portanto a satisfação do cliente não é um elemento motivador para inovações; a gestão da instituição pública é direcionada segundo componentes normativos e diretivos o que a torna mais burocratizada e os seus processos de atualização e mudanças mais morosos. Portanto, é possível que os métodos empregados no desenvolvimento da avaliação possuam diferentes perspectivas para atender às necessidades dos gerenciais dessas instituições.

3.2.1. Caracterização dos hospitais

- Hospital universitário privado:

Hospital do tipo geral e maternidade com 316 leitos, dos quais 249 destinados ao atendimento de pacientes do SUS e 67 leitos destinados ao atendimento de convênios. É administrado por entidade mantenedora de natureza privada sem vínculo com a universidade. Fornece campo assistencial para o ensino da prática para vários graduandos e pós-graduandos da área da saúde, tais como: medicina, fonoaudiologia, psicologia, farmácia, fisioterapia, enfermagem, enfermagem do nível médio, entre outros.

Sua missão é promover na área da saúde ações de caráter educacional e assistencial de forma ética, holística, humanitária, visando à qualidade de vida de seus clientes e colaboradores, oferecendo apoio ao ensino e à pesquisa.

Possui organograma institucional verticalizado. O serviço de enfermagem ocupa posição de divisão na escala hierárquica do organograma e é subordinado ao superintendente do hospital. A diretora é indicada pela direção do hospital e não tem vínculo com a escola de enfermagem.

O quadro de pessoal da divisão de enfermagem é de 631 profissionais, sendo: 89 enfermeiros assistenciais, 13 enfermeiros em cargos de chefia, 210 técnicos de enfermagem, 313 auxiliares de enfermagem, seis administrativos. No quadro existem 49 enfermeiros especialistas e um enfermeiro cursando pós-graduação-mestrado.

Para a organização gerencial e assistencial a enfermagem possui: regimento, manual de normas e rotinas em todos os setores, protocolos assistenciais, sistematização da assistência de enfermagem em alguns setores, planejamento anual descentralizado (cada chefia trabalha com projetos específicos).

O serviço de enfermagem conta com uma enfermeira no setor de educação continuada.

No momento, o hospital está passando por modificações do seu modelo gerencial visando maior resolutividade nos processos administrativos e assistenciais. Para tanto, estão modificando o organograma em estruturas horizontais chamadas de unidades de negócio. Nestas unidades, um profissional de nível superior assume a coordenação gerencial e assistencial planejando, dirigindo e controlando todas as atividades multiprofissionais necessárias à prestação do cuidado direto, bem como as atividades de apoio (farmácia, nutrição, laboratório, etc.) e financeira da unidade.

- Hospital universitário público:

Hospital do tipo geral com 450 leitos destinados ao atendimento de pacientes do SUS. É administrado pela universidade. Fornece campo assistencial para o ensino da prática para graduandos e pós-graduandos da área da saúde, tais como:

medicina, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, enfermagem, enfermagem de nível médio, entre outros.

Sua missão é ser um hospital de excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados.

Possuem o “Grupo da Qualidade”, uma comissão com objetivo de realizar a avaliação institucional. A enfermagem tem representação nessa comissão na condição de participante e multiplicadora das ações planejadas pelo grupo. No momento, os participantes dessa comissão estão revendo os processos de trabalho de cada departamento que possui representação.

O organograma institucional é verticalizado. O serviço de enfermagem ocupa posição de departamento na escala hierárquica do organograma e é subordinado ao superintendente do hospital. A diretora é indicada pelo superintendente do hospital e não tem vínculo com a escola de enfermagem.

O quadro de pessoal da divisão de enfermagem é de 1.251 profissionais, sendo: 286 enfermeiros assistenciais, 41 enfermeiros em cargos de chefia, 591 técnicos de enfermagem, 266 auxiliares de enfermagem e 67 em outras atribuições (maqueiros, atendentes, administrativos, psicólogo¹²). No quadro há um enfermeiro doutor, 19 mestres e 135 especialistas.

Para a organização gerencial e assistencial a enfermagem possui: regimento, manual de normas e rotinas em todos os setores, protocolos assistenciais em alguns setores, sistematização da assistência de enfermagem em todos os setores, planejamento anual e adotam o modelo de gestão participativa.

O serviço de enfermagem conta com três enfermeiras no setor de educação continuada.

No momento, o hospital passa por reestruturação do atendimento devido à crescente demanda de pacientes e dificuldades financeiras para sua manutenção.

¹² O profissional psicólogo deste serviço, participa da seleção de enfermeiros para cargos de gerencia e processos de seleção externos e internos para ocupar as vagas existentes no quadro de pessoal.

3.3. Os sujeitos do estudo

Foram sujeitos desta pesquisa seis gerentes de enfermagem, sendo:

- a diretora de enfermagem do hospital universitário público;
- duas enfermeiras do segundo e terceiro níveis hierárquicos indicadas por esta diretora;
- a diretora de enfermagem do hospital universitário privado;
- duas enfermeiras do segundo e terceiro níveis hierárquicos indicadas por esta diretora.

A escolha da diretora se deu pela sua atribuição legal como responsável técnico¹³ do serviço de enfermagem, e pela responsabilidade gerencial pertinente ao cargo, bem como das outras enfermeiras do segundo e terceiro níveis hierárquicos, em planejar, organizar, dirigir e avaliar as atividades desenvolvidas na área sob sua responsabilidade.

Recomendamos às diretoras dos serviços de enfermagem que a indicação das enfermeiras do segundo e terceiro níveis hierárquicos fosse realizada a partir de profissionais que apresentavam algum tipo de destaque (preocupação, desempenho) no campo da avaliação.

A inclusão de enfermeiras de diferentes níveis hierárquicos teve como objetivo verificar divergências de opiniões existentes entre esses níveis e, principalmente, por sua maior proximidade com os profissionais que realizam as ações planejadas.

Embora tivéssemos planejado relatar os depoimentos de forma diferenciada, não encontramos divergência de opinião ou de atuação das enfermeiras dos diferentes níveis hierárquicos, em relação ao desenvolvimento de atividades avaliativas. Portanto, optamos por generalizar o termo gerente de enfermagem quando se tratar das enfermeiras diretoras ou supervisoras entrevistadas e também o gênero feminino, a gerente, em função de os sujeitos da pesquisa serem mulheres.

¹³ Segundo a Resolução COFEN-168/1993 do Conselho Federal de Enfermagem, o enfermeiro é o profissional da equipe de enfermagem que assume como o responsável técnico e responde pela chefia do serviço de enfermagem nos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde tanto de natureza pública quanto privada.

3.3.1. Caracterização das gerentes de enfermagem

As gerentes de enfermagem do hospital privado possuem em média menor tempo de formada na graduação em enfermagem (nove anos) que as gerentes do hospital público (dezoito anos), também têm menor tempo de serviço na instituição (cinco anos em média e as do público dezessete anos) e na função gerencial (três anos em média e as do público onze anos).

As gerentes de enfermagem do hospital público apresentam qualificação profissional em especialização e pós-graduação (mestrado) e as gerentes do privado possuem especialização, em ambos os hospitais foram indicadas pela chefia superior para assumir o cargo e participaram de cursos oferecidos pela própria instituição para o exercício das atribuições gerenciais (Apêndice 1).

3.4. Coleta de dados e operacionalização

A coleta de dados foi realizada em três momentos pela pesquisadora após o cumprimento das formalidades e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas-FCM da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp (Anexo).

No primeiro momento foi realizado um contato prévio com as diretoras de enfermagem expondo-lhes os objetivos da pesquisa, a importância da sua contribuição e os procedimentos éticos. Nesta ocasião, as diretoras indicaram as enfermeiras de segundo e terceiro níveis hierárquicos que participaram do estudo e responderam a um questionário contendo dados de identificação pessoal, da instituição e do serviço de enfermagem (Apêndice 2).

No segundo momento, com agendamento prévio, foi realizada entrevista semi-estruturada norteada por roteiro, em momentos distintos com a diretora e com as enfermeiras indicadas por ela (Apêndice 3).

No terceiro momento as gerentes de enfermagem nos disponibilizaram os questionários e instrumentos que utilizam para as atividades de avaliação em seus serviços. Deste modo, enriquecemos a compreensão da situação investigada obtendo dados que

possibilitaram uma análise ampliada da maneira como estavam desenvolvendo a avaliação nos serviços de enfermagem. Para o registro destes dados utilizamos uma ficha construída para esse fim (Apêndice 4).

Os instrumentos disponibilizados estavam relacionados à avaliação de desempenho de recursos humanos, ficha de acompanhamento de treinamento prático, impresso de notificação de ocorrências, impresso de avaliação da satisfação do paciente na internação, fichas de análise técnica e mapa de identificação de problemas para coletar informações para a realização da auditoria de enfermagem. Também foram disponibilizados manuais e protocolos da assistência de enfermagem desenvolvidos como resultado da necessidade sentida pelos enfermeiros e supervisores na ocasião que avaliaram as necessidades da sua enfermaria.

Optamos pela entrevista semi-estruturada por considerá-la como um dos principais meios de coleta de dados em pesquisa qualitativa, oferecendo condições para que as gerentes de enfermagem obtivessem a liberdade e a espontaneidade necessárias para completar as informações além das contidas no roteiro (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2000).

A leitura antecipada do questionário, feita no primeiro momento, permitiu uma percepção inicial dos hospitais e dos serviços de enfermagem facilitando o reconhecimento do contexto e de alguns dados relevantes que foram investigados no momento das entrevistas.

Os três momentos nos forneceram dados suficientes para análise e compreensão do objeto em estudo.

3.5. Teste piloto

Realizamos teste piloto em hospital com características semelhantes, aos selecionados como cenário do estudo, em termos de porte e campo de ensino, apesar de não ser um hospital universitário. Simulamos os três momentos propostos para a coleta de dados com o objetivo de verificar a sua pertinência, além da compreensão pelos entrevistados dos itens do questionário, do roteiro das entrevistas e da ficha de anotação dos documentos. Consideramos que esse teste piloto foi de fundamental importância para

aprimorar os instrumentos construídos para a pesquisa, possibilitar maior segurança e atenção no momento das entrevistas pelas situações vivenciadas na simulação.

3.6. Aspectos éticos e legais

Seguindo as diretrizes e normas regulamentares da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por ocasião do convite à participação do estudo, as seis gerentes de enfermagem receberam explicações verbais a respeito dos objetivos da pesquisa, uma cópia do projeto com a autorização e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FCM-Unicamp e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 5).

Entendendo que ética não é apenas o sigilo às informações, mas também normas de conduta desde as primeiras interações do pesquisador com os sujeitos da pesquisa (VÍCTORA et al., 2000), garantimos às instituições e aos entrevistados não somente o anonimato do profissional, mas o sigilo de toda situação presenciada durante a coleta de dados.

3.7. Organização e análise dos dados coletados

A análise do material coletado, segundo MINAYO (2000, p.198), possui três finalidades: a busca de descobrir fatos novos, confirmar ou não os pressupostos iniciais e “ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens”.

Para o alcance destas finalidades classificamos, organizamos e analisamos o material empírico (bruto) coletado em dados significativos, seguindo as três etapas propostas por MINAYO (2000, p.234): ordenação dos dados, classificação do material e análise final, não perdendo de vista as orientações sobre as regras práticas do método dialético de GADOTTI (2000), já citadas.

- Ordenação dos dados: As entrevistas foram gravadas e o seu conteúdo transcrito literalmente. A transcrição foi conferida pela pesquisadora e confirmada por outra pessoa. Após, o conteúdo foi “lido e relido” exaustivamente até a “impregnação”, para que as mensagens implícitas,

contraditórias, pudessem ser desveladas. Os dados obtidos por meio dos questionários e documentos também foram cuidadosamente lidos para ampliar a compreensão do contexto. O material empírico foi inicialmente ordenado em grandes temas pela repetição e relevância dos depoimentos das entrevistadas em consonância ao objetivo do estudo.

- Classificação: Nesta etapa classificamos o material ordenado em três Unidades Temáticas que reunidas constituem os núcleos de pensamentos:
 - Unidade Temática I: Conceito de avaliação.
 - Unidade Temática II: As práticas de avaliação realizadas nos serviços de enfermagem.
 - Unidade Temática III: A formação do enfermeiro e a avaliação.

A Unidade Temática II foi reclassificada originando três Estruturas Relevantes:

- Estruturas Relevantes I: Atividades de avaliação relacionadas à assistência de Enfermagem;
- Estruturas Relevantes II: Atividades de avaliação relacionadas à gerência de Enfermagem;
- Estruturas Relevantes III: Atividades de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem.

Seguimos as orientações de SILVA (1998) quanto ao uso da terminologia unidade temática e estrutura relevante em substituição aos termos categorias e subcategorias. Consideramos que a terminologia subcategoria causa a impressão que é menos importante que a primeira, sendo que as estruturas relevantes são tão significativas quanto as unidades temáticas neste estudo.

- Análise final: Com essa organização do material empírico, fizemos as análises e inferências baseadas nas contradições e aproximações dos dados pesquisados com os referenciais teóricos estudados, bem como nas vivências profissionais da pesquisadora.

3.8. Verificação e validade

A questão da verificação e validade são questionáveis em pesquisa qualitativa, pois os critérios de validação estão na própria base metodológica, dada a interpretação reflexiva dos achados, evidenciando contradições sobre o objeto e o contexto. Entretanto, usamos do recurso da triangulação para a verificação da confiabilidade dos dados coletados. Segundo LEOPARDI et al. (2001, p. 254), a triangulação é definida como:

[...] um processo de garantir a confiabilidade dos dados coletados através de uma combinação de procedimentos ou metodologias no estudo do mesmo fenômeno, sendo usados múltiplos pontos de referência para determinar característica de um objeto de estudo com maior confiança, buscando maior precisão nos julgamentos, pela busca de diferentes tipos de dados, ou em diferentes fontes, relacionados ao mesmo fenômeno [...]

Deste modo, a triangulação das diferentes técnicas: entrevista semi-estruturada com as gerentes de enfermagem de níveis hierárquicos diferentes; questionário de identificação do cenário e sujeitos do estudo; a observação e anotações na ficha dos instrumentos de avaliação usados pelos serviços de enfermagem possibilitaram a confiabilidade dos dados pelo cruzamento das informações.

“O resultado da investigação científica deve ser a aquisição de um novo conhecimento dos fenômenos da natureza da sociedade. As conquistas da ciência mais importantes no sentido teórico e prático recebem a denominação de descobrimento”.

(KOPNIN, 1978, p.223)

4. Resultados e Discussão

4.1. Unidade Temática I - Conceito de avaliação

Nesta unidade temática reunimos os depoimentos das gerentes de enfermagem entrevistadas sobre a concepção do termo “avaliar”.

Sendo as gerentes de enfermagem responsáveis por desenvolver as atividades do processo gerencial, isto é, planejamento, organização, direção e controle das atividades desenvolvidas nos serviços de enfermagem, se torna indispensável compreender o conceito que possuem sobre o tema em estudo.

Ao questionarmos sobre o conceito de avaliação as gerentes foram reticentes e reflexivas demonstrando o que aparentemente é óbvio, ou seja, avaliação é uma atividade ampla que as pessoas não sabem explicar plenamente, pois as abordagens são diversas no campo do conhecimento científico e ainda se misturam os saberes empíricos informais da realidade cotidiana.

Essa primeira constatação é evidenciada em SAUL (2001, p. 95), ao afirmar que “quando falamos em avaliação, não estamos sempre nos referindo a mesma coisa”. Esse fato pode ser exemplificado em:

E1 “Eu entendo (pausa)....Qualquer avaliação?”

E3 “Para mim... (reflexão)”.

E4 “Como assim? ”

E5 “Tema complexo, heim?... Avaliação, o que eu entendo por avaliação?”

E6 “Atividade de avaliar.....(pausa)”.

Esse primeiro movimento vem confirmar a complexidade e abrangência do termo descrito na literatura. Quando nos referimos à avaliação é preciso saber do que se está falando e de onde (nível de atuação), ter clareza do objeto de avaliação, pois, apesar das

atividades de avaliação terem a mesma essência, existem diferentes perspectivas para a sua atuação.

As definições de avaliação são numerosas, entretanto, há um certo consenso entre os autores investigados de que a avaliação está relacionada com a emissão de julgamento ou atribuição de valor sobre uma intervenção (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994; STENZEL, 1996; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A noção¹⁴ de julgamento sobre a atividade de avaliação está presente nos discursos de:

E1 “Eu entendo que avaliação é uma forma de você estar verificando como é o desempenho do trabalho ou de um projeto que você faça, ou mesmo do trabalhador...”.

E3 “Atividade de avaliar é você analisar comportamento, você vai estar avaliando o potencial, o desempenho. É... você avalia [...] como que a pessoa age. Como ela interage, está dentro da questão comportamental, como que ela desenvolve o trabalho, as relações, a comunicação”.

Entretanto, para realizar um julgamento sobre algo se faz necessária a comparação entre o objeto de avaliação e um referencial. Este referencial pode ser escolhido de várias maneiras, por exemplo: os objetivos iniciais de um programa; as normas, rotinas ou protocolos institucionais e leis ou diretrizes federais ou internacionais (SILVA e FORMIGLI, 1994).

A noção de julgar por comparação está presente em:

E4 “Seria... você ter um parâmetro de normalidade, técnica ou de comportamento, ou até da própria gestão e dentro deste parâmetro de normalidade você avaliaria o quão próximo está de um determinado padrão pré-estabelecido”.

¹⁴ Noção se refere a conhecimento, idéia; concepção ou conceito (FERREIRA, 1986, p.1196).

E5 “Ah...é um sistema comparativo... Entre o que é e o que deveria ou poderia ser”.

Percebemos nos discursos de E4 e E5 a intenção de objetividade ao se referirem à comparação, ou seja, uma medida que constate a aproximação ou não de um padrão pré-estabelecido.

Embora a noção de juízo de valor seja enfatizada na definição conceitual de avaliação, a medida é também apontada como um elemento conceitual na visão mais operacional e objetiva do processo avaliativo, pois, quando se afirma que algo é bom ou ruim é preciso indagar o que se quer dizer com estes termos e aí entra a necessidade de procedimento objetivo que dê fundamento e validade aos resultados comentados (STENZEL, 1996).

Porém, ao emitir um juízo de valor a subjetividade do avaliador faz romper a indiferença da medida, pois, o que está em jogo é o seu olhar em determinada perspectiva, seus valores e conhecimentos. A relação entre as questões subjetivas e objetivas proporcionada pela medida é contraditória e está em permanente tensão.

STENZEL (1996, p. 21) complementa “...se avaliar é emitir juízo de valor, para conformar este juízo é preciso ‘medir’ o valor que está em questão. Daí a importância da ‘validade das medidas’, pois, estas vão fundamentar o juízo”.

Verificamos a noção de medida no depoimento de:

E6 “Atividade de avaliar....para mim é um processo que a gente vai medir aquilo que você implementou, ou num projeto, ou num...em algo que você está trabalhando...”

BELLONI et al. (2000, p.15-16) acrescentam que a avaliação não se trata “apenas do exame comparativo entre o proposto e o alcançado”. É um processo que visa obter informações suficientes para o “sistemático aperfeiçoamento da atividade avaliada”, considerar apenas a comparação não seria suficiente para rever o processo original devendo, portanto, ser retomado. Esta é a noção de circularidade ou retroalimentação, conforme já mencionado.

Esta visão é compartilhada nos depoimentos de:

E4 “Avaliar para mim, seria dizer se isto está indo bem ou mal e o que precisaria ser feito para resolver as coisas que não estão indo bem, e o que as ações ou atitudes ou alguma coisa assim que pudesse manter, fazer a manutenção de qualquer coisa que tem uma boa avaliação. Avaliar é o ato de corrigir distorções ou de fazer a manutenção daquilo que estiver correto e adequado”.

E6 “...você vai verificar, os resultados daquilo que você está trabalhando, como um indicador, eu vejo. E através dele você vai avaliando, reavaliando, vendo o que tem de positivo, e verificando mesmo a hora que você tem que atuar para ele melhorar ou dar um reforço nesse projeto...”

Nos discursos das gerentes de enfermagem existe referência em medir o quanto se produziu nos serviços, mas também há noção da avaliação como meio para retomar o processo e corrigir as distorções. Esses aspectos são positivos e complementares podendo produzir mudanças qualitativas nas atividades ou programas implantados nos serviços pela possibilidade de aprimoramento do processo inicial.

Percebemos também que empregam os termos medida, verificação, comparação e seguimento associados ao conceito de avaliação. Faz-se necessário, fazer a diferenciação desses termos, pois, apesar de similares possuem alcances diferentes, ora se sobrepondo ora se complementando.

Utilizamos os conceitos referidos por AGUILAR e ANDER-EGG (1994, p.19-21) para a diferenciação dos termos referidos com a avaliação.

Embora o conceito de avaliação esteja muito ligado à idéia de medida, não se trata da mesma coisa. A medida diz respeito à “determinar a extensão e/ou quantificação de alguma coisa” que auxiliará na obtenção de informações sobre o objeto avaliado facilitando a emissão de um juízo, assim a “medição ajuda na tarefa de avaliar”.

A verificação está relacionada à atividade de controle, de constatação do que está acontecendo, diferentemente da avaliação, que é a ponderação ou julgamento do que aconteceu ou dos seus resultados.

Seguimento é “um processo analítico que, mediante um conjunto de atividades, permite registrar, compilar, medir, processar e analisar uma série de informações que revelam o curso ou desenvolvimento de uma atividade programada”. Assim, seguimento tem por objetivo assegurar que o plano inicial seja cumprido. Os termos monitoramento (do inglês “*monitoring*”) e acompanhamento são sinônimos de seguimento, pois são usados com o mesmo objetivo.

Identificamos a noção de acompanhamento no depoimento de:

E2 “Eu acho que é um item muito importante, porque é em cima de uma avaliação que você vai conhecer o seu funcionário..., é o acompanhamento dia a dia desse funcionário...para mim a avaliação tem que ser diária, todo momento, você observando, você chamando o funcionário, orientando...”

Neste depoimento a gerente não expõe o conceito de avaliação, mas faz uma pronta associação do tema à avaliação de desempenho de pessoal. Identificamos também em outros depoimentos, anteriormente citados, um predominante direcionamento à questão da avaliação para o campo da administração de recursos humanos.

Nesta primeira unidade temática destacamos como pontos relevantes:

Ao relacionarmos os elementos conceituais, destacados na literatura, aos depoimentos das gerentes entrevistadas, verificamos que possuem noção geral do que seja uma atividade de avaliação.

Entre os depoimentos, foi mais destacado nos relatos das gerentes de enfermagem do hospital privado que há aproximação do tema à avaliação de desempenho de recursos humanos, deste modo, inferimos que as atividades gerenciais das enfermeiras desse hospital são mais expressivas nessa direção.

Verificamos que, apesar da função gerencial das entrevistadas, não foi mencionada a avaliação como atividade auxiliar nas tomadas de decisões, seja de caráter técnico ou administrativo, ficando mais evidente o uso da avaliação para controle de projetos, do trabalho ou do desempenho dos trabalhadores.

O controle relacionado à produção é característica dos modelos gerenciais burocráticos das sociedades capitalistas. Contraditoriamente à sua concepção, que seria de emitir juízo de valor sobre algo a fim de aprimorá-lo, a avaliação pode ser usada como instrumento de controle, coerção e poder para aumentar a produtividade desconsiderando as variáveis do contexto do trabalho que poderiam estar envolvidas no desempenho do objeto avaliado (intervenções, programas, projetos, pessoas, etc).

O processo de trabalho pautado no controle para o cumprimento de normas e padrões estabelecidos, sem uma visão crítica, colabora para um trabalho alienado e sem perspectiva de mudanças pela reprodução e manutenção do que já existe.

4.2. Unidade Temática II - As práticas de avaliação realizadas nos serviços de enfermagem

Nesta unidade temática foram agrupados os depoimentos das gerentes de enfermagem sobre as atividades de avaliação desenvolvidos nos serviços que estão sob sua responsabilidade.

Para a classificação do material empírico consideramos, segundo CASTELLANOS et al. (1989) e ALMEIDA e ROCHA (1997), que o trabalho da enfermagem, no modelo de saúde individual, caracteriza-se por dois processos: o processo de trabalho “cuidar” e o processo de trabalho “administrar”, e, portanto, as atividades de avaliação devem estar relacionadas a esses dois campos de atuação.

Com esse direcionamento, reclassificamos o material empírico originando as estruturas relevantes de acordo com a finalidade desses dois processos.

Entretanto, a avaliação de desempenho de pessoal obteve relevância pela frequência com que apareceu nos depoimentos das gerentes de enfermagem de ambos os hospitais, e assim destacamos essa modalidade de avaliação em outra Estrutura Relevante, como se segue:

- Estrutura Relevante I - Atividades de avaliação relacionadas à assistência de enfermagem;
- Estrutura Relevante II - Atividades de avaliação relacionadas à gerência de enfermagem;

- Estrutura Relevante III - Atividades de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem.

4.2.1. Estrutura Relevante I - Atividades de avaliação relacionadas à assistência de enfermagem

A avaliação da assistência de enfermagem referida na literatura está relacionada a várias práticas e diversificada metodologia buscando solidificar e evidenciar o saber e fazer da profissão.

Identificamos duas vertentes significativas, por evidenciarem a construção de um corpo de conhecimentos e uso de metodologias avaliativas, que julgamos serem fundamentais para a análise das práticas assistenciais da realidade encontrada, que são:

- Avaliação relacionada à qualidade da assistência;
- Avaliação relacionada ao planejamento da assistência.

4.2.1.1. Avaliação relacionada à qualidade da assistência

A preocupação com a qualidade da assistência não é prerrogativa contemporânea das instituições de saúde ou da enfermagem, pois, desde o princípio do século XX, Florence Nightingale já era apontada como pioneira dos profissionais da saúde na busca da qualidade nos seus aspectos técnicos e organizacionais (REIS et al, 1990; MALIK, 1996).

Florence Nightingale analisava e registrava os resultados de uma conduta por meio da observação apurada das condições do ambiente, dos sinais e sintomas dos pacientes, e assim podia modificar ou orientar os cuidados prestados (NIGHTINGALE, 1989).

Desde então, a preocupação com a qualidade existe, porém, os meios de obtê-la pela utilização de processos avaliativos sistematizados não são rotineiros em muitos serviços de enfermagem brasileiros.

Como aponta CIANCIARULLO (1997), ocorre de maneira informal e despreziosa de objetivos mais amplos voltados para avaliação dos resultados de uma intervenção com vistas à melhoria do nível do cuidado prestado pela enfermagem, ou até

mesmo, pela responsabilidade ética e profissional de oferecer a seus clientes uma assistência de qualidade e livre de riscos.

A avaliação da assistência feita de maneira informal já era apontada por CERQUEIRA (1977) ao observar que a maioria das enfermeiras do nosso país avalia a assistência de maneira empírica e os parâmetros destes cuidados são aceitos pela tradição e transmitidos verbalmente.

Nas décadas que antecederam a tese de CERQUEIRA (1977), o fazer da enfermagem se baseava no desempenho de técnicas, presteza e economia de tempo. Momento em que podemos considerar que o controle e cumprimento de normas e rotinas eram entendidos como suficientes para garantir a qualidade dos serviços de enfermagem.

No mesmo estudo, a autora propõe uma metodologia para mensurar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes hospitalizados, a auditoria¹⁵, ressaltando que na literatura americana o emprego deste método já era uma realidade cotidiana. Destaca que o pré-requisito para a efetiva realização da auditoria é o estabelecimento de padrões de cuidado¹⁶ para posteriormente realizar comparações. Este era um dos obstáculos à sua implantação, pois, a maioria dos serviços de enfermagem brasileiros não possuía padrões de cuidado estabelecidos, além de terem déficit quantitativo, qualitativo de pessoal e anotações incompletas nos prontuários dos pacientes. Acrescenta que os melhores resultados seriam alcançados se o processo de enfermagem¹⁷ fosse efetivado e a partir de então, estes três elementos: padrões de cuidado, processo de enfermagem e auditoria seriam elementos indispensáveis para nortear a qualidade da assistência de enfermagem.

Buscamos na literatura estudos relacionados à avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em hospitais universitários ou ligados ao ensino, visando a aproximações com este estudo.

¹⁵ Auditoria é “o processo pelo qual as atividades de enfermagem são examinadas, mensuradas e avaliadas, em confronto com padrões pré-estabelecidos por meio da revisão das anotações de enfermagem feitas no prontuário médico” (CERQUEIRA, 1977, p.24).

¹⁶ Padrões de Cuidado é “aquilo que foi selecionado como um modelo, no qual ações e objetos podem ser comparados” (CERQUEIRA, 1977, p.12).

¹⁷ Processo de enfermagem é o conjunto de ações sistematizadas e organizadas em etapas inter-relacionadas para prestar assistência de enfermagem individualizada e com embasamento científico ao ser humano (HORTA, 1979).

Encontramos em PEREIRA (1985) um estudo realizado em 31 hospitais universitários governamentais e particulares brasileiros com o objetivo de identificar o quadro referencial e instrumentos utilizados para avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de enfermagem. O autor concluiu que:

-69,5% dos serviços de enfermagem utilizavam avaliações assistemáticas sem instrumentalização de métodos científicos. Utilizavam como meio de avaliação: supervisão direta dos cuidados e reuniões para avaliação dos problemas assistenciais;

-nos hospitais que realizavam avaliações sistemáticas havia uma relação direta com estrutura organizada por manuais de normas, rotinas, procedimentos e presença de setor de Educação Continuada para a qualificação dos recursos humanos. Os instrumentos sistematizados mais utilizados foram: fichas de avaliação do desempenho de pessoal e guias de observação do cuidado.

MONTE (1998) realizou investigação em 18 hospitais da rede pública e privada do Município de São Paulo para identificar a sua organização e realização de avaliações dos cuidados prestados de enfermagem. Constatou que:

- 44,5% dos hospitais adotavam a sistematização da assistência de enfermagem;
- 61,1% tinham padrões de assistência e na sua maioria estavam relacionados ao controle de infecção hospitalar;
- 27,8 % possuíam indicadores de qualidade da assistência de enfermagem;
- 88,9% faziam controle de ocorrências adversas em ficha específica, no prontuário do paciente ou em relatórios de enfermagem e para a resolução das ocorrências se respaldam na comissão de ética da enfermagem;
- 50% adotam a observação não sistematizada para avaliar;
- 22,2% desenvolviam auditoria de enfermagem por enfermeiras;
- a tríade: padrão de cuidados de enfermagem, processo de enfermagem e auditoria foi encontrada em quatro hospitais (três privados e um público).

Ao comparar os estudos mencionados aos relatos de CERQUEIRA (1977) e CIANCIARULLO (1997), percebemos uma certa evolução dos serviços de enfermagem

quanto aos aspectos da organização estrutural e no emprego de métodos para a avaliação da assistência, embora ainda se avalie de maneira assistemática sem a preocupação de fundamentá-la em método científico ou utilizar suas informações como controle de qualidade do desempenho dos serviços de enfermagem.

PEREIRA (1985) verifica que estrutura administrativa organizada e serviço de educação continuada foram elementos identificados nos serviços de enfermagem que desenvolveram avaliação sistematizada. Estes elementos estão presentes nos serviços de enfermagem estudados, porém não favoreceram o desenvolvimento de processo de avaliação sistematizada, demonstrando que não apenas a estrutura, mas a determinação de ter um processo avaliativo colocada em ordem de prioridade como meta a ser alcançada pela equipe de enfermagem podem fazer a diferença.

A tríade (padrões de cuidado, processo de enfermagem e auditoria), destacada por CERQUEIRA (1977) como base para o alcance da qualidade da assistência de enfermagem, também é algo a ser conquistado pelos serviços de enfermagem estudados.

Percebemos a preocupação de avaliar a qualidade da assistência, porém não há um planejamento nessa direção, como se pode notar nos depoimentos de:

E1 “Na UTI também a gente vai elaborar, indicadores... é de escaras, infecção urinária, para gente estar tentando avaliar a assistência, mas hoje não tem nenhum instrumento que avalia a qualidade da assistência. [...] Sempre que ocorre alguma iatrogenia, então a gente chama o funcionário, e também a comissão de ética em enfermagem, e a gente avalia”.

E2 “Isso é um pouquinho complicado. Porque... como que a gente avaliava a assistência? A gente avaliava através dos médicos. E através das reclamações dos pacientes. A gente tem o SAC¹⁸ implantado. [...] Então a gente está querendo mudar um pouco isso, porque a gente está querendo acompanhar de perto, a gente está querendo que o enfermeiro entre no quarto, converse com o cliente, saiba do que está acontecendo, para ele começar a desenvolver e resolver esses problemas. Porque estava

¹⁸ SAC é o Serviço de Atendimento ao Cliente.

uma coisa assim, manda tudo pra chefia e a chefia resolve o que tem que resolver... Não, a gente está tentando mudar um pouco isso”.

E3 “Avaliação do trabalho, nosso? Não é feita... não é feita sistematicamente. Como eu sei que a coisa está indo bem? Porque diminuiu de chegar reclamação do médico aqui. Porque toda vez que a gente tem uma dificuldade na unidade, o médico faz CI¹⁹ e manda para mim”.

E5 “Como a gente avalia a assistência? Eu tinha montado um trabalhinho sobre auditoria para a gente pegar a assistência. Para avaliar a assistência, é empírico... É o índice de infecção hospitalar que aumentou. É o consumo que aumentou. É... índice de determinada situação que apareceu. Não existe um instrumento estruturado para isto. [...] Como nasceu a auditoria? Pelas queixas que me traziam. Ele contemplava as queixas, quer dizer, conseguia suprir”.

Os depoimentos sinalizam que apesar de terem uma estrutura e estarem em um hospital universitário, que supostamente teriam mais acesso a métodos e técnicas para o desenvolvimento de atividades fundamentadas, a avaliação da assistência acontece de maneira informal baseada em parâmetros não convencionais, isto é, em função de aumento ou diminuição de reclamações dos médicos, dos pacientes ou dos próprios funcionários dando ênfase ao empirismo. Inferimos que, sem planejamento e padrões estabelecidos para avaliar a qualidade de assistência prestada, a avaliação não é atividade priorizada pelas gerentes de enfermagem.

É evidenciada nos depoimentos de E2 e E3 que a opinião médica, em relação ao trabalho assistencial da enfermagem, é utilizada como parâmetro para avaliar a assistência prestada. Esse é um aspecto que ressalta o caráter de submissão e subserviência construído historicamente no desempenho do papel do enfermeiro. Neste sentido, o controle da qualidade da assistência fica reduzido à realização das técnicas básicas de enfermagem e

¹⁹ CI é Comunicação Interna, um formulário utilizado para registro de informações entre os profissionais/setores do próprio hospital.

cumprimento de prescrição médica desconsiderando outros aspectos dedicados ao paciente para alcançar um cuidado integral.

Também percebemos, nos depoimentos de E1, E3, E5 que a avaliação é realizada para auxiliar na tomada de decisão das condutas dos problemas que ocorrem no cotidiano.

A ação corretiva pontual, chamada por MARQUIS e HUSTON (1999, p.50) como “tomada de decisão”, é feita mediante uma avaliação imediata da intercorrência tomando a conduta mais adequada para o momento. No entanto, para uma ação mais efetiva em busca da resolução definitiva do problema, se faz necessário desenvolver um processo sistemático e abrangente, com avaliação mais apurada das causas que o geraram. Neste sentido identificamos nos depoimentos, a seguir, de E4 e E6 ações diferenciadas no sentido da resolução de problemas assistenciais:

E4 “...como nós tínhamos feito um acompanhamento durante todo o ano de 2002 sobre os erros de administração de medicamentos, nós fizemos, na verdade, uma composição de necessidades, em cima dos erros que estavam em um número alto, independente do número ser alto ou baixo, mas o impacto disto para o paciente é muito grave, então tinha uma necessidade do serviço e tinha a necessidade das equipes. [...]E aí nós sistematizamos realmente em cima de um grande projeto, e este projeto a gente trabalhou com todas as etapas, traçamos os objetivos, sentamos conversamos com todas as equipes, nós demoramos dois meses para notificar todos os funcionários da área, porque são muitas pessoas para vender o projeto, então tem objetivo, tem introdução, tem uma metodologia toda traçada, tivemos que aprender fazer toda uma parte de fluxograma...”.

E6 “Tem um trabalho do N.V.E.²⁰ muito interessante que é com perfurocortantes. São dados reais de acidentes do trabalho. [...] é um dos trabalho que vai ter um processo reavaliado. Então, agora a gente vai implementar na enfermaria todo um redesenho do processo. A gente vai fazer uma

²⁰ N.V.E. é o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, setor do hospital responsável pela vigilância e controle de infecção hospitalar.

proposta de uma nova caixa de perfuro-cortantes pequena, treinar a equipe e tirar a caixa de perfuro-cortantes do quarto e levar na bandeja a caixa pequena para desprezar só a agulha. Vamos fazer uma unidade piloto para análise, é...verificar quantos eram os acidentes antes, quanto foram depois...”

A maneira como foram tratadas as situações descritas, estimulando a participação da equipe para buscar alternativas para a solução dos problemas, se aproxima da lógica do modelo da gestão da qualidade total com a melhoria contínua²¹ dos processos de trabalho.

Podemos inferir que está existindo uma abertura para mudar a maneira de conduzir a equipe em relação ao modelo gerencial burocrático, que historicamente influenciou a construção da divisão social do trabalho na enfermagem, no qual o enfermeiro supervisiona e controla os técnicos e auxiliares de enfermagem no cumprimento de normas e aplica punições aos culpados pelo desvio das regras.

Ao mudar a lógica do controle autoritário e acrítico para compreender as causas da ocorrência e buscando alternativas de soluções em conjunto com a equipe de enfermagem, que vivencia os problemas do cotidiano, as respostas serão as mais adequadas. O depoimento abaixo vem confirmar essa afirmação:

E4 “[...] quando nós mexemos no projeto de medicação, nos fluxogramas, vimos que tem um problema gravíssimo, no horário da tarde às 18 horas: muita medicação e pouca gente para administrá-la no horário de passagem de plantão. Então o que acabava acontecendo? Ficava medicação parada, porque não dava tempo.[...] Quem atrasou?[...] Quando a gente submeteu a avaliação dos técnicos do noturno, eles falaram: Porque que a gente não muda o modelo de organização do cuidado? Ao invés de ter um técnico na tarefa da medicação das 18 h, nós vamos ter dois ou três....dilui. Quando a gente trouxe essa proposta para o plantão da manhã e da tarde

²¹ Melhoria contínua é um recurso gerencial do modelo de gestão da qualidade que visa ao aprimoramento gradativo e contínuo da organização por meio do envolvimento e efetiva participação dos trabalhadores do nível operacional para a solução de problemas, e, para isto, trabalha com equipes chamadas “times da qualidade” (CHIAVENATO, 2000b).

também, a maioria assumiu, só que a gente teve focos de resistências. Porque estava mexendo com a estrutura. Então, nessa primeira leitura a gente viu ainda muito movimento da equipe de não conseguir, a própria equipe se acomodar. Nós fizemos uma oficina sobre modelo de organização do cuidado com a faculdade, para dar maior subsídio teórico para os enfermeiros e para eles terem maior tranquilidade para trabalhar com as equipes nas unidades”.

Percebemos nesse discurso dois direcionamentos que marcam uma postura gerencial diferenciada. O primeiro é a busca de alternativas para resolução de problemas junto com a sua equipe valorizando o potencial dos profissionais, estimulando a responsabilidade e o comprometimento deles no processo de trabalho. O segundo é fornecer suporte teórico necessário à equipe para fundamentar as dificuldades assistenciais do cotidiano.

Com esses dois direcionamentos a equipe de enfermagem pode ter a segurança em desenvolver um trabalho assistencial mais autônomo e menos alienado, pois, o cuidado prestado fundamentado em conhecimento científico passa a ter mais sentido na sua realização.

Nessa perspectiva, os métodos de avaliação sistematizados fornecem dados para direcionar a atuação gerencial, além de aproximar as gerentes de enfermagem das necessidades de capacitação da equipe para prestar assistência com qualidade. Os métodos da observação e visita sistematizada podem ser alternativas viáveis nesta direção. Exemplificamos com os depoimentos de:

E1 “E teve uma época que nós colocamos a enfermeira da Educação Continuada no setor junto com os funcionários, mais para ver mesmo o desempenho, quais eram as dificuldades e para elaborar treinamento”.

E6 “ [...] estão começando medir agora toda a questão da infecção hospitalar relacionadas às técnicas de assistência, por exemplo: avaliar se está ocorrendo as trocas de água no umidificador, troca dos inaladores, se está sendo etiquetado os equipos e trocados no tempo certo, toda essa questão que envolve questões de infecção hospitalar relacionada

totalmente à assistência do doente. Então, elas²² estão fazendo como uma auditoria. E avaliando como isso está acontecendo. E já foi definida a técnica e já foi treinado todo mundo, agora eles estão avaliando se está ocorrendo o processo. [...] Observam e anotam, discutindo junto com o enfermeiro da unidade”.

A observação ou a visita sistematizada se faz por meio de roteiro planejado e estruturado direcionado para o que se deseja avaliar. Tem o propósito de saber, com antecedência, o que, como, quando e onde buscar a informação desejada. A vantagem da observação sistematizada é a organização da coleta de dados possibilitando a participação de vários observadores (MATHEUS et al., 1996; MONTE, 1998).

Ressaltamos que não é somente com o desenvolvimento da técnica que garantimos um processo avaliativo produtivo, pois dependendo da forma como o processo avaliativo é conduzido poderá ser interativo e construído a partir das necessidades do grupo ou apenas uma atividade de controle autoritário para verificar se o trabalho realizado segue as regras estabelecidas.

Outro método de avaliação sistematizada para o controle da qualidade, citada nos depoimentos, foi a auditoria.

A experiência mais antiga de auditoria em enfermagem relatada em hospitais universitários brasileiros é a do Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo (USP). A assistência de enfermagem, desde a sua implantação há 20 anos, foi sistematizada e avaliada por meio de um programa de auditoria retrospectiva visando ao controle da qualidade da assistência prestada (CIANCIARULLO, 1997; 2001).

As medidas de controle da assistência implantadas e operacionalizadas de maneira contínua, organizada e compartilhada com toda a equipe, daquele hospital, proporcionou um sistema ativo de referência para estudo e análise do processo de assistência implementado e favorecendo o seu redirecionamento. Deste modo, as ações assistenciais com resultados positivos dão reforço às práticas consideradas “boas” e as que não alcançaram os resultados desejados são revisadas, além de orientarem os processos de

²² Elas se refere às enfermeiras da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

gestão da Divisão de Enfermagem, das atividades educativas e de pesquisa (CIANCIARULLO, 2001, p.294).

A auditoria de enfermagem não é realidade praticada cotidianamente nos serviços de enfermagem estudados. Foi mencionada como meta a ser alcançada, como atividade que teve início e não se manteve, exemplificada nos depoimentos de:

E3 “É um projeto que está em andamento também. Hoje a gente vê o nosso funcionário, ele trabalha, trabalha, mas não tem uma sistematização na organização ou na assistência. Então, a gente está fazendo este projeto de auditoria para se organizar mesmo”.

E5 “Auditoria... Eu que fiz. Não faz mais. Eu faço, às vezes por minha iniciativa, porque não virou uma proposta da unidade. Não aplico mais, porque não adiantaria, assim, segmentada[...] Porque se a gente vai avaliar a assistência, a gente tinha que ter uma uniformidade desta assistência. Meia equipe não dá.

- Foi uma atividade planejada?

Puramente particular.

- Este instrumento foi elaborado em conjunto com a equipe?

Não, eu elaborei praticamente sozinha.

- Quais foram às dificuldades?

Adesão. Foi uma das mais difíceis, porque eu precisava da adesão das equipes dos outros plantões e a proposta não foi bem aceita. Porque ela é trabalhosa. Existe um momento no meu plantão que eu perdia até duas horas levantando prontuários porque era tudo por amostragem”.

Inferimos que a dificuldade de manutenção da atividade de auditoria foi por não ter sido um projeto planejado e integrado com o serviço do qual a gerente faz parte, mas desenvolvida como atividade isolada de E5 para o grupo do período que é responsável. Apesar de os resultados iniciais da atividade já apontarem para a melhora do nível da assistência prestada, a atividade não se manteve pela falta de comprometimento das equipes dos outros plantões na sua continuidade, conforme a seqüência de:

E5 “Quando eu fazia auditoria, por exemplo, se eu cobrava que a mudança de decúbito, uma coisinha simples, a mudança de decúbito deveria ocorrer, eu via lá, estava registrado [...] Tinha um índice lá de escara. E com a implantação do projeto começaram a checar a prescrição de enfermagem, começaram a anotar no papel, nós fizemos a princípio uma redução deste índice que depois ele voltou de novo, o índice que era antes”.

Neste depoimento apontamos uma consideração relevante à motivação da equipe de enfermagem para a sensibilização da importância de se implantar ou manter um processo avaliativo. Esta motivação pode ser pela divulgação dos dados resultantes das atividades desempenhadas pelo grupo “nós fizemos a princípio uma redução deste índice que depois ele voltou de novo”.

A enfermagem tem a função de registrar muitas das informações do âmbito hospitalar, como exemplo, os dados de movimentação dos pacientes para o censo, os dados para o controle de infecção hospitalar, porém não utiliza desses dados para direcionar a prática assistencial ou tornar a equipe de enfermagem ciente dos resultados de seu trabalho.

Constatamos também que a enfermagem, especificamente no hospital privado, participa na coleta de informações para o serviço de atendimento ao cliente (SAC). Este é um serviço institucional implantado, em algumas unidades, para avaliar o atendimento prestado na perspectiva do paciente. Com base nas queixas registradas pelos pacientes no impresso do SAC, a gerente de enfermagem pode tomar providências. Exemplificamos com o discurso de:

E2 “ A gente tem o SAC implantado [...] É uma pessoa da assessoria de imprensa que passa entregando todos os dias pela manhã para os pacientes que internaram, os novos nos setores, e coloca a importância dele estar respondendo, às vezes, o enfermeiro tem que reforçar isso com os pacientes. E, quando eu posso eu também faço. Porque foi difícil, eles não respondiam, eles jogavam fora e tinha alguns que não queriam nem receber o instrumento, [...] no final da semana a assessoria de imprensa passa recolhendo das urnas esse impresso. Faz a seleção: do que é da enfermagem, do que é da equipe médica, do que é da equipe de apoio, e

distribuí para suas unidades aos seus coordenadores, ou gerentes. Aí a minha gerente, faz esse levantamento e encaminha tudo para mim, e eu tenho que dar um retorno, do que aconteceu em dois ou três dias. Eu faço o levantamento com a equipe. A assessoria de imprensa encaminha para os serviços darem as soluções aos problemas e dá o retorno para os pacientes reclamantes e as chefias de enfermagem levantam o problema”.

Com relação à avaliação da assistência de enfermagem percebemos a necessidade de os serviços de enfermagem investigados terem ações integradas entre gerência, assistência e educação permanente de forma que este conjunto planeje, acompanhe e capacite a equipe de enfermagem para viabilizar um processo de avaliação baseado em indicadores assistenciais²³. Essa é uma tendência dos hospitais que já avançaram no monitoramento da qualidade da assistência visando à excelência do cuidado (BORK e MINATEL, 2003).

Constatamos a intenção de implantar os indicadores de desempenho por meio dos depoimentos de:

E1 “Não. A gente estava até montando na maternidade um instrumento, que a gente passou agora para a equipe para discutir essa qualidade da assistência, que indicadores a gente ia usar”.

E3 “...não tem nada sistematizado, estamos pensando em auditoria e definição de indicadores.”

E4 “No momento nenhum. Nós pretendemos é... no projeto desse ano, porque agora a gente começa a ter dados numéricos para desenvolver os indicadores de qualidade. Então, por exemplo: Eu tenho uma leitura dos fluxogramas, se a gente mudar alguma coisa no fluxograma como lista de sustentação, isso pode ser um indicador.[...] aquelas pessoas que tiveram

²³ Indicadores assistenciais de qualidade são medidas quantitativas que podem ser usadas como guia para sinalizar problemas e avaliar o desempenho dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente, tais como: índice de úlcera de pressão, índice de flebite por cateter venoso periférico, índice de queda, taxa de infecção hospitalar, entre outros (DENSER, 2003, p.93).

falhas dentro dos cinco certos ou acima de seis erros, elas estão repetindo o processo, aí nós vamos ter dados do primeiro treinamento, do segundo treinamento, então aí a gente pode ter um outro indicador. [...]Então com isso a gente espera desenvolver indicadores, mas hoje nenhum”.

E5 “É empírico de fato, mas não temos um indicador. Tipo assim, o índice de escaras que temos aqui. Qual é o nosso indicador? Se a infecção subiu, se houve infecção cruzada [...] Qual a nossa proposta? É baixar para “X”. Não, não tem..”

Percebemos pelos depoimentos das gerentes de enfermagem, de ambos os hospitais, a falta de conhecimento e visão crítica para desenvolver as atuais tendências em avaliação. A avaliação da qualidade é ressaltada como um trabalho empírico, desarticulado e sem vínculo com resultados finais.

4.2.1.2. Avaliação no planejamento da assistência

O Planejamento da Assistência de Enfermagem (PAE) é um processo intelectual orientado por teorias, organizado em ações sistematizadas desenvolvidas com uso de raciocínio e método científico obedecendo a uma seqüência de etapas, tais como: coleta de dados, diagnóstico, plano de cuidados, implementação e avaliação. Os resultados deste planejamento proporcionam ao serviço de enfermagem melhor desempenho assistencial, otimização de recursos humanos e materiais, melhora da produtividade e visibilidade quanto ao papel assistencial do enfermeiro (CASTILHO e GAIDZINSKI, 1991; FUGITA e FARAH,1996; ROSSI e CASAGRANDE 2001).

O método pelo qual é operacionalizado o conhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem é chamado de Processo de Enfermagem (PE). Tal processo, foi inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos da América e Reino Unido, na década de 1960, momento em que as enfermeiras expressavam preocupação com o status da profissão e por meio das teorias de enfermagem buscavam a construção de um corpo de conhecimentos específicos para atuar com mais autonomia.

Na década de 1970, o processo de enfermagem foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta. Baseando-se na teoria das necessidades humanas básicas, a autora definiu processo de enfermagem como sendo o desenvolvimento de ações de enfermagem sistematizadas em seis fases inter-relacionadas (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem) visando à assistência ao ser humano (HORTA, 1979).

Outra terminologia empregada para o planejamento da assistência de enfermagem é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esse termo foi introduzido na década de 1980 pelas enfermeiras do HU da USP, quando fizeram uma adaptação do PE proposto por W. A. Horta, mais condizentes com a realidade do hospital, adotando apenas três das seis etapas: histórico, evolução e prescrição de enfermagem (MELLEIRO et al., 2001).

Para o PAE, a gerente de enfermagem pode usar a avaliação em vários momentos, desde a implantação da SAE ou PE até o desenvolvimento de suas etapas. Por exemplo, a avaliação do tipo *ex-ante* para verificar as condições iniciais para a implantação da SAE: as estruturas disponíveis (recursos humanos, materiais e financeiros), a teoria de enfermagem mais adequada ao serviço, as condições de treinamento, o apoio institucional, a motivação e envolvimento da equipe de enfermagem para aderir a SAE, etc.

No desenvolvimento das etapas da SAE, a avaliação é considerada um instrumento básico²⁴ que acompanha e auxilia o julgamento clínico inicial do paciente; monitora a execução do plano de cuidados; verifica os efeitos, as repercussões e as conseqüências dos cuidados prestados em relação aos padrões ou guias de conduta pré-determinados. Os resultados deste processo darão subsídios para o enfermeiro conduzir ações gerenciais quanto à assistência de enfermagem revendo os padrões ou guias de conduta estabelecidos, capacitação da equipe de enfermagem, necessidade de desenvolver pesquisas, entre outras (ZANEI, et al., 1996).

Não foram mencionadas avaliações sistematizadas para o planejamento da assistência de enfermagem pelas gerentes entrevistadas de ambos os hospitais, embora a sistematização da assistência de enfermagem esteja implantada. O fato de dizer que existe a

²⁴ Instrumento básico refere-se ao conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício das atividades profissionais (CIANCIARULLO, 1996, p. 01).

SAE nos pareceu distante de uma efetiva realização, pois, sem avaliar a assistência individual que foi planejada ou mesmo avaliar a operacionalização da SAE como um todo, a prática cotidiana permanece mecanizada e tarefaira.

A falta de avaliação da SAE pode estar relacionada ao fato de as gerentes de enfermagem estarem lidando com questões anteriores à etapa de avaliação, as quais dificultam a sua operacionalização e manutenção. Citamos os depoimentos:

E2 “Na área [...] a sistematização da assistência está implantada na unidade coronária, também já tinha sido implantada aqui nas enfermarias, mas nós passamos por um momento que nós ficamos sem enfermeiros, então nós tivemos que parar [...] agora a gente está com um planejamento de julho retomar. Porque a gente conseguiu refazer o quadro [...] A gente já tem os instrumentos e precisa voltar”.

E3 “Não tem nada sistematizado para avaliar a SAE. Porque eu ainda estou no processo de dizer que fazer medicação prescrita é o correto. [...] nós estamos criando a consciência de que tudo o que está prescrito pelo médico e pela enfermagem tem que ser feito. Entendeu?”.

E4 “Ainda hoje a gente trabalha com um número muito grande de funcionários externos ao serviço, dentro da equipe de enfermagem por conta das horas extras. [...] Então, você acaba tendo muita quebra da assistência”.

E6 “Olha, é verificando a nossa atual situação, eu vejo que os nossos enfermeiros e gerentes não estão preparados, não tem conhecimento adequado de avaliação, de acompanhamento. Eu acho que a gente faz muito uma avaliação informal. Aquilo mais ou menos do achismo, né?”.

As dificuldades da SAE apontadas pelas gerentes de enfermagem se relacionam com falta de pessoal de enfermagem, falta de apoio institucional e falta de conhecimento científico adequado à sua operacionalização. Essas dificuldades não são diferentes das

citadas por estudiosos do processo de enfermagem no âmbito nacional e internacional, de acordo com ROSSI e CASAGRANDE (2001) e HERMIDA (2003). Entretanto, a realização de processo planejado e sistematizado de avaliação poderia auxiliar na identificação dos problemas que envolvem a manutenção da SAE e direcionaria a atuação gerencial para resolvê-los.

Nesta primeira estrutura relevante (da unidade temática II) destacamos os pontos:

As práticas de avaliação relacionadas às atividades assistenciais, direcionadas para avaliar a qualidade ou avaliar o planejamento da assistência, são informais e as gerentes de enfermagem não usam método sistematizado. Embora tenhamos identificado uma gerente de enfermagem que desenvolveu um projeto sistematizado, baseado em método científico, para a resolução de problema assistencial identificado no seu serviço.

As avaliações realizadas são isoladas de um planejamento geral dos serviços de enfermagem, geralmente são desenvolvidas para auxiliar na tomada de decisão de problemas imediatos do cotidiano dos serviços. Deste modo, os serviços de enfermagem estudados não possuem a dimensão da assistência prestada por sua equipe, uma vez que, não planejam a sua avaliação sistematicamente.

Essa constatação revela gerentes distantes da prática assistencial, se ocupando de outros afazeres no seu cotidiano, não priorizando a finalização do processo de trabalho assistencial.

Esse posicionamento das gerentes de enfermagem têm uma estreita relação com a contradição vivenciada na profissão, em que a prestação do cuidado, essência da enfermagem, é delegada a técnicos e auxiliares de enfermagem e o enfermeiro se distancia da assistência para assumir atividades administrativas.

Por sua vez, o enfermeiro no papel gerencial tem a responsabilidade de planejar e avaliar as práticas desenvolvidas no serviço de enfermagem.

Ao planejar e não avaliar os resultados obtidos, as gerentes de enfermagem não realizam a retroalimentação, num processo cíclico, do planejamento inicial deixando de promover o seu aprimoramento. Deste modo, as atividades de avaliação desenvolvidas estão restritas à função gerencial de controle dos padrões assistenciais técnicos existentes.

Essa maneira de desenvolver o processo de trabalho assistencial reproduz a lógica do trabalho construído no modelo capitalista de produção, com divisão de trabalho técnica e social, onde a parte diretiva tem a finalidade de controle e vigilância dos trabalhadores que executam as tarefas técnicas já determinadas.

A prática assistencial avaliada segundo reclamações médicas é também condizente com a reprodução desse modelo gerencial, em que a enfermeira se submete às ordens médicas e institucionais realizando um trabalho mecanizado, contradizendo o discurso da enfermagem contemporânea a respeito de uma prestação de assistência humanizada e integral.

Entretanto, em contrapartida à submissão, identificamos a autonomia de outra gerente de enfermagem ao desenvolver o método da auditoria. Esta atividade lhe proporcionou dados que possibilitou ampliar a sua visão gerencial, porém, conforme relatado, a auditoria não teve continuidade.

Analisando esta situação supomos que, embora exista espaço para o exercício da autonomia da gerente de enfermagem no âmbito do gerenciamento da assistência, a dificuldade de manutenção da atividade implantada pode estar relacionada ao despreparo da enfermagem em assumir suas decisões sem mecanismos de autoridade e poder de mando.

4.2.2. Estrutura Relevante II - Atividades de avaliação relacionadas à gerência de enfermagem

Nesta estrutura relevante, foram relacionados os depoimentos em que a avaliação estava presente nas atividades gerenciais, aqui consideradas como as que se relacionam ao processo de administrar, ou seja, organizar, controlar e coordenar o trabalho da enfermagem e de outros setores implicados direta ou indiretamente no processo de cuidar.

A avaliação pode ser usada no processo de administrar para levantar informações que auxiliam na organização do planejamento da unidade de enfermagem. Com esse objetivo, a avaliação é verificada nos depoimentos de:

E2 “A gente não tem isso, não tínhamos isso (*está se referindo ao planejamento da unidade*). Nós vimos que sem isso, não conseguimos

andar. A gente faz tudo ao mesmo tempo e não faz nada sem um planejamento, sem metas a serem atingidas, então, para mudar um pouquinho isso, o que nós estamos fazendo? Nós começamos a semana passada, eu e a minha gerente, estamos vindo para assistência e nós dividimos isso por plantão. Ela está ficando aqui (*na unidade*) e eu estou ficando na extensão de manhã. Nós estamos sentindo a unidade, sentindo o plantão. Em cima disso, nós vamos fazer um planejamento. Como que nós vamos trabalhar com esse plantão e o que nós queremos atingir com isso? Então a gente está tentando mudar um pouquinho, porque eu chegar para você e falar: Não a gente vai fazer isso, isso e isso. Vamos colocar no papel sem sentir o grupo. Não dá, e a gente passou por uma fase muito difícil que foi a saída de vários enfermeiros (*enfático*). O plantão da tarde é um plantão que todos os funcionários são novos, eles têm menos de três meses de casa, então, assim tumultuou tudo. [...]. Então a gente está vindo para sentir o grupo, hoje foi muito legal de manhã que nós tivemos uma reunião com o grupo da manhã que foi só para ouvir, nós não falamos nada (*enfático*). Deixamos eles colocarem para fora todas as ansiedades, todas as angústias e prometemos que a semana que vem vamos trazer algumas...não soluções, mais algumas coisas para direcionar. Depois dessa avaliação é que nos vamos montar nosso planejamento”.

E4 “Vem do sistema de planejamento de atividade que a gente desenvolve na área, então, há três anos, a gente levanta as necessidades junto aos funcionários. São 175 funcionários no serviço, e em torno de 130 a 140 funcionários participam. É um questionarizinho que todo mundo preenche, é anônimo dizendo qual a maior necessidade para ser trabalhada no serviço”.

Nesses depoimentos, a avaliação feita é do tipo *ex-ante* ao planejamento, com o objetivo de colher dados junto à equipe para posteriormente desenvolver um planejamento que esteja mais adequado às necessidades da unidade de enfermagem. Nesse sentido, verificamos que a avaliação está sendo usada como um dispositivo de mudança ao modelo tradicional burocrático de gerenciar, pela preocupação das gerentes de enfermagem em

realizar um planejamento participativo para orientar as atividades da equipe de enfermagem.

A motivação para realizar planejamento das atividades a serem desenvolvidas é o primeiro passo para a enfermagem sair do improvisado, do que E2 refere: “A gente faz tudo ao mesmo tempo e não faz nada”, e fundamentar sua atuação.

FUGITA e FARAH (1996, p.99) corroboram com essa questão quando afirmam “o enfermeiro que não planeja e atua intuitivamente não tem possibilidade de avaliar o próprio desempenho ou da equipe de enfermagem, não obtém parâmetros para avaliar se todas as ações esperadas foram executadas, dificultando uma atuação competente”. Deste modo, realizar atividade de planejamento e estabelecer metas para serem alcançadas é o fundamental para se ter parâmetros para desenvolver um processo avaliativo.

Identificamos também abertura à participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem na atividade de planejamento, denotando disposição de uma atuação gerencial mais flexível ao caráter normativo e prescritivo em que as chefias remeteriam ordens como: “de agora em diante vamos trabalhar assim...”.

Deste modo, as gerentes de enfermagem estão valorizando o potencial da sua equipe, além de estimular a criatividade e a busca de novos conhecimentos, pois, terão que mostrar competência para a condução ou resolução dos problemas da sua unidade.

Outra forma de aproximar a equipe do trabalho gerencial é possibilitar que o grupo organize critérios para priorizar a concessão de folgas em feriados, folgas nas escalas mensais de trabalho, férias e de outras situações da administração de pessoal que geralmente causam conflito e desacordo entre os profissionais. Esse movimento é percebido em:

E5 “Passei um questionário para a equipe inteira pontuar. Colocar o que acham certo. O que poderia ser feito, com relação a uma situação prática, né? Dispensa de escala, preferência, férias [...] Então nós vamos determinar aqui assim: quem atender a estes critérios poderá ser dispensado; segundo este método aqui, estes ganharão férias. Vai estar escrito para que todos participem da mesma coisa...”.

Esse depoimento também nos mostra que apesar da intenção de deixar a equipe decidir os critérios que consideram justos para as situações colocadas, marcando um movimento de mudança no direcionamento gerencial, há traços no discurso do estilo autoritário predominante do passado. Mudanças no estilo gerencial são um exercício cotidiano constante de reflexão sobre atitudes e comportamentos contraditórios para se alcançar transformações na prática.

Determinadas atitudes no trabalho gerencial, como autoridade, disciplina e controle, são prerrogativas do papel gerencial do enfermeiro construído historicamente como agentes que atuam para a organização direta (do processo de trabalho da equipe de enfermagem) ou indireta (relacionada aos serviços de apoio) à assistência prestada na instituição.

Deste modo, o trabalho gerencial do enfermeiro é considerado mais uma atividade “meio” do que “fim” para garantir o funcionamento das unidades hospitalares por meio da manutenção dos materiais, equipamentos e estrutura física; previsão e provisão de insumos e medicamentos; entre outras atividades que visam organizar e solucionar problemas facilitando o trabalho dos demais profissionais como da nutrição, do laboratório e principalmente do médico (FÁVERO, 1996; ROSSI e CASAGRANDE, 2001).

Com esse direcionamento, as gerentes de enfermagem dispensam atenção, esforços e demanda de seu tempo para atender às prioridades da instituição, adiando as atividades planejadas para o serviço de enfermagem. O discurso de E4 corrobora com esta afirmação:

E4 “...muitas vezes a gente tem em mente, todo o cronograma montado (*enfático*) e a estrutura te impõe uma outra coisa, então, você tem o planejamento e vem um viés, ou da reitoria ou da superintendência ou do departamento: ‘Para com tudo. Faz isso aqui para mim que é para ontem’. Então, tem uma demanda de trabalho que você não tem controle...”

O depoimento mostra um trabalho institucional desarticulado marcando a dicotomia entre as áreas técnicas e administrativas com linhas de mando verticais. Neste sentido as ações gerenciais são descontextualizadas e centralizadas na autoridade das chefias superiores, o que nos leva a inferir que as gerentes de enfermagem não têm tempo disponível e nem motivação para levar adiante um processo de avaliação das atividades assistenciais desenvolvidas nas suas unidades e reproduzem as práticas determinadas,

consolidando o trabalho gerencial do enfermeiro como atividade meio para o funcionamento hospitalar.

As atividades de avaliação empregadas pelas gerentes de enfermagem em atenção às demandas institucionais se relacionam à manutenção da estrutura física, controle de materiais, custos de equipamentos e procedimentos, conforme as ponderações de:

E1 “...nós fizemos toda uma avaliação do centro cirúrgico. Porque nós vimos que tinha que melhorar o centro cirúrgico. Tanto o fluxo interno como os equipamentos. Então tínhamos que comprar um esterilizador, uma autoclave...e ela custa 300 mil, 400 mil. [...]Então, a enfermagem vai avaliar, por exemplo, todos os custos, os benefícios que vai ter, quanto tempo vai se pagar...”

E5 “...nós estamos aí com a economia de material, essa a gente tem como quantificar, porque como existe uma série de estruturas de medida de dispensação dos materiais de consumo, tem como quantificar, se melhorou ou não o consumo. É matemático, né? [...] Então, tem como avaliar este item”.

Os depoimentos revelam uma tendência atual do enfermeiro em assumir atividades relacionadas à administração de custos e financeira da instituição. Nessa posição, o enfermeiro pode ser um interlocutor entre o nível operacional e o nível da administração superior (onde se viabilizam os projetos) garantindo a manutenção de recursos necessários e com qualidade à assistência prestada.

Constatamos no depoimento seguinte, a avaliação sendo usada para verificar o tempo de internação dos pacientes, marcando o envolvimento e a preocupação da gerente de enfermagem com as perdas financeiras em virtude de má administração do período de admissão do paciente na instituição:

E3 “Esse trabalho da média de permanência, ele na verdade, surgiu aqui no hospital de um trabalho que foi feito, por uma solicitação minha para o enfermeiro da clínica cirúrgica. Porque? A gente identificou que os pacientes internavam muito antes de fazer a cirurgia. Aí eu pedi para o

enfermeiro monitorar [...] quais são as especialidades, qual o tempo que esses pacientes ficam. E esse trabalho eu levei para o Coordenador Administrativo. Só com aqueles pacientes, eu tinha uma perda de 40 mil reais, em dias excedentes que ele ficava internado. Aí ele fez do hospital inteiro”.

Os hospitais sejam privados, filantrópicos ou públicos estão passando por uma crise financeira decorrente do crescente custo da assistência devido à complexidade do atendimento integral, da tecnologia sofisticada dos equipamentos para exames e diagnósticos, entre outras variáveis externas. Deste modo, a administração das instituições tem buscado novas estratégias que favoreçam a manutenção das suas atividades, como a busca de planos de saúde, terceirização de serviços, flexibilização da estrutura e do modelo gerencial em todos os níveis institucionais (RIBEIRO, 1993; BRITO, 1998).

Neste sentido, identificamos, que a gerente de enfermagem se tornou parceira da instituição, adaptando um método de controle de produtividade usado em indústrias, para monitorar o tempo de internação dos pacientes da sua unidade, conforme seu depoimento:

E3. “Outra coisa que a gente implantou aqui foi o *Kanban*²⁵ [...]. É uma metodologia que é usada nas empresas. [...] como elas tinham uma produção para ser executada, foi criado um quadro que eles colocam o produto que tem que ser desenvolvido e a meta. Pelo quadro eles monitorando a produção. E nós adaptamos isso para a média de permanência do paciente. Então, a minha referência é o SUS. Eu tenho lá os dias de internação do paciente. [...] Por exemplo, ele tem uma pneumonia, a média de permanência recomendada pelo SUS é de cinco dias. Ele internou, o leito está verde, então a gente vai por o imãzinho no verde. No terceiro dia, está no amarelo. Quer dizer, a equipe deve estar atenta porque ele está chegando perto do seu limite. No quinto dia ele já está vermelho. [...] Significa que ele já extrapolou o número de dias.

²⁵ Kanban é um controle visual da produção industrial feito por meio de quadros e cartões coloridos com o objetivo de controlar o abastecimento de estoques associado ao *Just in Time*, as fases da produção de um produto, entre outras (PEINADO, 1999).

Porque? Além de você girar o leito, para você realmente aumentar o número de AIHs ²⁶. A gente tem trabalhado em cima de metas e tem um controle. Porque isso está acontecendo? [...]É assim, dá uma série de outros parâmetros. O paciente quanto menos ficar internado, melhor. Ele tem menos riscos de infecção. [...] E até vai ao encontro com a sistemática do Ministério que é a desospitalização do paciente, desde que ele tenha condições. A gente não manda o paciente embora se ele precisa ficar, ele fica ”.

Essa fala revela uma atuação gerencial empenhada em buscar métodos alternativos de trabalho para o alcance das metas institucionais. Entretanto, entendemos que os métodos empresariais introduzidos na área hospitalar não devem visar somente à produtividade e nem se desviar da ética e do compromisso em prestar atendimento humanizado e integral às necessidades do paciente.

Ressaltamos que o desenvolvimento de práticas avaliativas das atividades gerenciais, realizadas pelas gerentes entrevistadas em prol da instituição, é diferenciada em empenho e criatividade quando comparada as avaliações relacionada às atividades assistenciais marcando uma atuação tarefa e desarticulada dos resultados finais apontada na estrutura relevante anterior.

Identificamos, também, outros métodos sendo introduzidos para auxiliar no gerenciamento, como o método de resolução de problemas, PDCA²⁷ e o desenvolvimento de indicadores de desempenho em:

²⁶ AIH: Autorização de Internação Hospitalar é uma ficha preenchida na internação do paciente mediante laudo médico para: controle público da utilização de leitos conveniados com o SUS; avaliação do acesso e repetição de internações; comparação de procedimentos autorizados e realizados na internação do paciente no momento da apresentação da conta hospitalar ao SUS (MÉDICI, 2004).

²⁷PDCA é um método para o controle e resolução de problemas usado na gestão pela qualidade. Se refere a um processo sistematizado em quatro etapas de um planejamento : P (*PLAN*) planejamento e estabelecimento de metas , D (*DO*) execução das tarefas, C (*CHEK*) verificação do resultado e A (*ACT*) etapa para atuar em todo o processo (NOGUEIRA, 1996, p.13).

E4 “O planejamento da área, como nós sistematizamos? Nós planejamos, fazemos as ações de enfermagem traçadas, seguimos um cronograma e controlamos os resultados. [...] Então nos adotamos o PDCA, nesse processo”.

E3 “Tem um outro grupo que nós fizemos um trabalho bom que é o GETS (Grupo de Estudos da Tabela SUS) para estabelecer o convênio com a própria Secretaria, nós sentamos e fomos estudar. Tudo (*enfático*). Então, nós pegamos na parte de pacientes internados, e nós definimos alguns indicadores. Conseguimos assim, detalhar cada especialidade que tem dentro do hospital [...] gente vai estar lançando algumas propostas de ações para a direção, para estar fazendo o monitoramento da produção. Que a gente identificou que poderia ter um aumento de produtividade [...] e agora vamos definir as ações e as estratégias de trabalho para usar baseadas nos indicadores que a gente fez para a gente poder estar atuando...”.

E6 “Outro que a gente mediu como indicador, foi a escala informatizada de gerenciamento. Então, nós medimos o tempo gasto na escala manual e o tempo gasto na escala informatizada e a gente verificou que ela tem aproximadamente 50% de economia do tempo”.

No depoimento de E6 foi mencionado o uso da informática para auxiliar na confecção das escalas do pessoal de enfermagem que trabalha em turnos. Consideramos um avanço em se buscar alternativas nessa área que possam reduzir o esforço e o tempo gasto com as atividades rotineiras gerenciais. A atualização no modo de fazer as atividades consideradas “meio” é uma alternativa para as gerentes de enfermagem não ficarem somente reproduzindo a rotina e, deste modo, otimizarem tempo para outras atividades, como se capacitar e desenvolver pesquisa.

Verificamos nos depoimentos seguintes que as gerentes de enfermagem obtêm uma certa autonomia de atuação quando realizam atividades em prol da Instituição:

E6 “Olha, demanda sempre vai existir, porque a gente não consegue fazer as coisas sozinhas. Então quando tem um interesse político, administrativo, seja lá, como a gente quer dar um nome, logicamente a superintendência tem forças para isso acontecer. Eu vejo como departamento, como diretoria que a gente tem que trabalhar em prol da Instituição. Se o que vem é positivo para a enfermagem e para a instituição, eu só vejo a que gente nunca pode andar na contra mão”.[...] Então, eu vejo que podemos discutir o que é proposto, e implementar junto. Muitas vezes, aproveitar para colocar as nossas pendências junto com os projetos deles. Mas, a gente tem uma autonomia muito grande quando nós apresentamos um projeto, principalmente com avaliação e proposta de mudança.[...] Eu não tive nenhuma dificuldade de negociação com a administração. E, às vezes a gente coloca algumas questões do projeto deles que devem ser reavaliadas, alguns pontos e eles ouvem muito a gente”.

E1 “A gente teve muitos embates, na questão da autonomia para contratar pessoas. [...] Porque você quer enfermeiros 24 horas? Por exemplo. E aí a gente tinha que justificar, por todos os meios: legal ou da assistência, do paciente. [...] Aí nós também fizemos um projeto direcionando o que nós queríamos por unidade, o que nós entendíamos que era um serviço que ia qualificar o atendimento. [...] E aí eles aceitaram e hoje a gente trabalha com esse total de recursos humanos”.

E3 “O coordenador tem autonomia. A direção é muito clara, a gente tem trabalhado em parceria. [...] A característica da instituição é hierarquia mesmo. O que eu vejo é que eles sempre estão esperando que a gente trabalhe em equipe, e com pró-atividade. Desde que seja justificado, não tem problema, só que você tem que justificar, tem que dizer porque aquilo é viável, entendeu?”

Entretanto, percebemos que a autonomia referida pelas gerentes de enfermagem é uma autonomia relativa, isto é, restrita ao controle das determinações institucionais.

BIANCO (1999, p.147) corrobora com essa colocação quando discute que o enfermeiro convive em uma ciranda contraditória entre a ordem, que direciona para a equipe de enfermagem, e a submissão ao responder às determinações de médicos ou administradores. Neste sentido “se perde em resolver os problemas imediatos da unidade, dos funcionários e, às vezes, dos pacientes, sem tempo nem disponibilidade para priorizar sua atuação ou mesmo para desenvolver seu saber”.

Ressaltamos que, além da autonomia, as informações obtidas pelas atividades de avaliação forneceram subsídios para auxiliar na argumentação de negociações das gerentes com a administração superior do hospital.

No contexto atual não há lugar para atitudes amadoras e as gerentes de enfermagem devem se instrumentalizar com informações fundamentadas com método científico, valorizar o potencial dos profissionais da sua equipe e adotar posturas mais flexíveis.

Nesta segunda estrutura relevante (da unidade temática II) destacamos os pontos:

A avaliação relacionada às atividades gerenciais desenvolvidas pelas gerentes de enfermagem não alcança nível de um processo formal com rigor científico.

Verificamos um empenho diferenciado das gerentes de enfermagem no desenvolvimento de avaliação quando relacionado à resolução das demandas institucionais, contraditoriamente ao que se esperaria de uma atuação voltada para o gerenciamento da assistência.

Entretanto, cabe uma reflexão a respeito do poder que teria a gerente de enfermagem para sobrepor às determinações institucionais.

Mesmo que o profissional enfermeiro demonstrasse competência e crítica às contradições vividas no seu cotidiano, temos dúvidas da sua força para romper com o modelo de desempenho historicamente construído, pois a expectativa do empregador é admitir enfermeiros que tenham um desempenho segundo esse papel, ou seja, baseado na submissão à hierarquia institucional.

Nessa direção, é evidente o envolvimento das gerentes de enfermagem, principalmente no hospital privado, para o controle financeiro e produtividade das unidades.

A introdução de métodos gerenciais inovadores, como Kanban, PDCA e indicadores de desempenho, utilizados no modelo gerencial empresarial, também merecem reflexão.

A qualidade empresarial está relacionada com a lógica da competitividade de mercado, de satisfazer o cliente e assim vender mais e obter lucro. A busca por qualidade na prestação da assistência à saúde é inerente ao seu processo de trabalho e independente da lógica da competição ou do lucro. É dever ético e moral dos profissionais da saúde oferecer atendimento de qualidade à qualquer que seja o paciente.

Também constatamos a contradição verificada no discurso de uma gestão participativa, em que a estrutura organizacional dos hospitais se mantém hierarquizada e verticalizada dificultando os ajustes necessários aos métodos gerenciais considerados progressistas. Assim, o desenvolvimento de processos de avaliação ajudaria a nortear as mudanças no sentido de concretizar em ações o que acontece nos discursos.

4.2.3. Estrutura Relevante III - Atividades de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem

O tema avaliação de desempenho humano não é uma novidade para a administração de recursos humanos, pois, desde que um homem empregou outro homem, este passou a ser observado e avaliado na maneira de realizar seu trabalho.

Na administração moderna sob a influência das chamadas ciências humanas (psicologia e sociologia), a administração de pessoal teve um impulso direcionado pela necessidade de humanização e democratização das relações de trabalho em contraponto à mecanização da fase taylorista. Deste modo, a avaliação de desempenho funcional passou a considerar, além do desempenho técnico, os valores pessoais e o desenvolvimento profissional como fatores motivacionais e de satisfação no trabalho (MARQUIS e HUSTON, 1999; CHIAVENATO, 2000b).

A avaliação de desempenho, ao longo do tempo, adquiriu uma conceituação dinâmica assumindo diferentes propósitos de acordo com a política institucional estabelecida, adotando várias denominações, como avaliação de pessoal, relatório da eficiência individual ou grupal e avaliação do mérito.

Há várias conceituações de avaliação de desempenho registradas na literatura, entretanto a idéia principal está centrada na apreciação do desempenho do trabalhador com vistas ao seu aprimoramento. Assim, avaliar o desempenho funcional consiste em apreciar, comparar e tornar perceptível o desempenho de um indivíduo ou de uma equipe baseada em padrões de desempenho ou objetivos a serem alcançados (BERGAMINI, 1981; KURCGANT, 1991b; CHIAVENATO, 1998; MARQUIS e HUSTON, 1999).

Os objetivos da avaliação de desempenho de pessoal podem ser vários, entretanto há dois principais. O primeiro deles está relacionado ao desempenho da produtividade do trabalhador baseado em padrões estabelecidos. O segundo objetivo, de caráter educativo, está voltado para a capacitação e desenvolvimento do avaliado (MARCELINO et al., 1999).

Esses dois objetivos não são excludentes e podem ser complementares num mesmo processo avaliativo, ou seja, além da avaliação quantitativa da produtividade do profissional, também estabelecer as necessidades para sua qualificação. A preocupação da avaliação para o desenvolvimento do profissional é percebida em:

E3 “Então, quando eu penso em avaliação, eu penso em promoção do desenvolvimento desta pessoa. É... onde a gente cria meios. Ou a gente tem situações que a pessoa tenha o auto-desenvolvimento, que ela possa se desenvolver, se auto-capacitar”.

Os benefícios da avaliação de desempenho funcional começam a ser reconhecidos nas instituições modernas. Ao conhecer o potencial dos seus funcionários, por meio da avaliação, a instituição pode realizar planejamento, organização e controle do gerenciamento de seus recursos humanos.

A avaliação traz benefícios para os avaliados, pois, ao conhecer os aspectos positivos e negativos do seu desempenho, o funcionário saberá em que precisa melhorar.

O avaliador também se beneficia ao conhecer a capacidade individual dos membros da sua equipe, pois pode atribuir-lhes tarefas de acordo com o potencial de cada um, melhorar as relações interpessoais, realizar dimensionamento em quantidade e qualidade adequadas às metas da assistência e ter segurança para tomadas de decisões gerenciais quanto a promoções, transferências e demissões (SILVA, M.J.P. et al. 1989; KURCGANT, 1991b).

Para a prática da enfermagem, a avaliação de desempenho da equipe de enfermagem traz benefícios para a qualidade da assistência prestada, uma vez que esta depende da qualificação e da competência dos profissionais que a executam. Portanto, a avaliação de desempenho é um instrumento auxiliar, não somente nas decisões de recursos humanos, mas também para o desenvolvimento do planejamento da assistência de enfermagem.

Pela amplitude e importância, avaliação de desempenho deve ser entendida como um processo gerencial, e, como tal, deve ser planejada, organizada, dirigida e controlada.

Ao planejar o processo de avaliação de desempenho, a gerente de enfermagem deve fazer um diagnóstico inicial e planejar as etapas para conseguir a amplitude dos benefícios mencionados. As etapas recomendadas são: estabelecer os objetivos que devem ser claros e estar em consonância com a filosofia da instituição; seleção de métodos, técnica e instrumentos adequados aos objetivos; capacitação de todos os profissionais envolvidos; determinar a periodicidade do processo avaliativo e realizar avaliação no final do processo (KURCGANT, 1991b; CHIAVENATO, 1998; FERREIRA e MARRA, 2001).

A respeito dos objetivos da avaliação de pessoal, o que fica mais evidente nos depoimentos das gerentes entrevistadas é a avaliação de desempenho realizada para o acompanhamento do funcionário recém-admitido, bem como dar subsídios ao avaliador para tomar a decisão de aprovação, ou não, deste funcionário após seu período de experiência. Como constatado em:

E1 “Nós só temos aquela avaliação admissional clássica de 45 dias e de 90 dias. [...] fizemos um acordo: entre eu e a minha equipe, de não demitir esse enfermeiro nos primeiros três meses, porque nós tínhamos que dar todo subsídio, todo um acompanhamento para que ele se desenvolvesse...”.

E2 “... é assim o funcionário chega, independente de ser enfermeiro, auxiliar ou técnico, a gente já apresenta este instrumento avaliativo de acompanhamento de 90 dias. Então, é dividido por dia, por tarefas e com o acompanhamento do enfermeiro para o auxiliar ou técnico. Da supervisora quando é para o enfermeiro. Esse impresso é muito legal porque coloca as dificuldades, o que ele fez, o que ele não fez.

[...].Antigamente não tinha este acompanhamento e a gente começou a notar a dificuldade que isso estava resultando depois da aprovação do funcionário”.

E3 “...o funcionário recém admitido, a proposta nossa é de 80 horas de treinamento para este funcionário. Ele recebe 20 na educação continuada e as outras 60 horas na enfermaria. Então, a gente desenhou um modelo de roteiro aonde o funcionário e o enfermeiro vão seguir: passo a passo o que tem que fazer, porque o funcionário recém admitido está na enfermaria, você vai lá e ele está andando pelo corredor, porque o enfermeiro mesmo não sabe o que fazer com ele. Ele tem um talento, tem um potencial para explorar, para desenvolver e ele não sabe o que ele faz...”.

Além da avaliação admissional citada, percebemos as dificuldades do enfermeiro da unidade em acolher, ensinar e fazer a adaptação do novo funcionário. Inferimos que questões subjetivas dos antigos funcionários podem estar envolvidas nessa relação, como insegurança por desconhecer o potencial do colega e perder para ele seu lugar, quer mostrar sua superioridade por conhecer melhor a instituição, entre outras. Estas questões devem ser consideradas pelas gerentes ao planejarem o processo de avaliação de desempenho, para que não dificultem ou interfiram no desenvolvimento dos funcionários recém-admitidos. Outro aspecto mencionado foi o desenvolvimento de roteiro para guiar o avaliador na educação em serviço do iniciante. Ter um instrumento norteador para orientações e anotações do desempenho do avaliado auxilia avaliações mais objetivas, possibilitando um certo equilíbrio quanto aos aspectos subjetivos inerentes ao processo avaliativo.

Identificamos outras atividades com enfoque avaliativo mencionadas pelas entrevistadas, mas que não possuem uma sistematização como a avaliação admissional. São avaliações consideradas informais ocorrendo em função da demanda de problemas com pessoal, conforme verificado em:

E3 “ No dia a dia você vai dando *feedback* para as pessoas. Você tem o processo de avaliação formal e o processo de avaliação contínuo, o *feedback* que você dá diariamente ”.

E5 “ Existem outras avaliações. Eu poderia até colocar, informal, porque eu não tenho metodologia, né? E também não é para todos é para casos que a gente vai identificar.[...] Quando você observa um funcionário que está meio desviado do que a gente determina, como deveria ser, a gente chama este funcionário para conversar e automaticamente a gente faz uma avaliação. E aí a gente já coloca e pontua tudo sobre o comportamento dele”.

As atividades mencionadas dizem respeito à supervisão cotidiana das atividades práticas proporcionando avaliações espontâneas de desempenho, pela observação da ação técnica ou do relacionamento do funcionário no trabalho. Neste sentido, CHIAVENATO (1985, p.192) observa que “os empregados são avaliados, seja formal ou informalmente, com certa continuidade, nas organizações”.

MARQUIS e HUSTON (1999, p. 424) destacam que as avaliações informais, que acontecem à livre demanda dos acontecimentos, podem ser positivas e motivadoras, pois “o líder astuto está atento ao fato de que o *feedback* diário relativo ao desempenho constitui um dos melhores métodos para o aperfeiçoamento do desempenho profissional e para o desenvolvimento da abordagem em equipe”.

O supervisor ou o enfermeiro ao observar um desempenho inadequado de um profissional deve orientá-lo no ato, pois além de encorajá-lo à melhorar seu desempenho, pode estreitar a relação interpessoal. O funcionário passa a acreditar no interesse do supervisor no seu treinamento, reduzindo a ansiedade, principalmente dos recém-admitidos, dando-lhes maior segurança, credibilidade e conseqüentemente melhor desempenho.

A desvantagem do processo de avaliação assistemático é a falta de registro do que foi realizado ou orientado, o que levaria à dificuldade para prosseguir com ações de educação continuada visando à capacitação, ao aprimoramento e aproveitamento do potencial dos recursos humanos. Entretanto, a avaliação informal não dispensa registro (anotações em impresso próprio ou livro destinado para este fim) dos procedimentos realizados em relação ao funcionário.

Os *feedbacks* contínuos combinados com a orientação sistematizada podem modificar positivamente o comportamento e, conseqüentemente, o desempenho funcional (MARQUIS e HUSTON, 1999). Neste sentido, os depoimentos sinalizam que as gerentes

de enfermagem entrevistadas não consideram a avaliação feita no dia a dia como estratégia de desenvolvimento do pessoal de enfermagem.

A outra etapa do processo de avaliação é a escolha dos avaliadores. Geralmente as instituições atribuem a responsabilidade pela realização da avaliação funcional ao superior imediato seguindo a hierarquia da estrutural formal, reforçando as relações de poder e de subserviência que, muitas vezes, refletem no processo de avaliação (CHIAVENATO, 1985; 1998).

Percebemos nos depoimentos das gerentes de enfermagem que o desenvolvimento da avaliação mantém a hierarquia da estrutura organizacional dos hospitais estudados, conforme exemplo de:

E4 "...a diretora avalia os supervisores, os supervisores os enfermeiros e os enfermeiros os técnicos e auxiliares de enfermagem ...".

O depoimento confirma a relação da hierarquia verticalizada descendente para a realização da avaliação individual, isto é o superior imediato é o responsável pela avaliação da sua equipe de trabalho. Essa ordenação tem a vantagem da chefia imediata reconhecer adequadamente os pontos fortes e fracos dos seus subordinados, direcionar da melhor forma suas capacidades e planejar o aprendizado de suas necessidades.

A escolha de métodos, técnicas e instrumentos empregados na avaliação de desempenho é uma etapa que deve estar em consonância com os objetivos e com a política de recursos humanos estabelecida na instituição.

Os métodos tradicionais de avaliação funcional são os mais utilizados e geralmente comparam o desempenho do avaliado a padrões de competências pré-estabelecidos. São exemplos desses métodos: escala gráfica, escolha forçada, lista de verificação com indicadores de desempenho. A vantagem é a retroinformação do desempenho do avaliado para melhoria futura. As desvantagens são as distorções, os erros na avaliação por falta de informações e a tendência à centralização de uma característica positiva ou negativa do funcionário interferindo em todos itens avaliados (CHIAVENATO, 1998).

Os métodos modernos de avaliação funcional são direcionados ao estabelecimento de metas futuras, além de apreciar o desempenho do período anterior do funcionário. Entre

os métodos mais citados estão: avaliações por objetivos, avaliação por equipe de trabalho e a auto-avaliação (CHIAVENATO, 1998).

Constatamos que as gerentes do hospital universitário privado utilizam métodos tradicionais. Por meio de padrões de desempenho construídos comparam o desempenho do funcionário e tomam a decisão da sua permanência ou dispensa.

As gerentes do hospital universitário público empregam método misto (tradicional e moderno) para as avaliações realizadas (admissionais e as periódicas anuais). A possibilidade de compor com esses dois métodos é vantajosa, pois, além de avaliar o desempenho anterior do funcionário, permite estabelecer metas a serem cumpridas ao longo do próximo período.

Identificamos nos depoimentos das gerentes do hospital público que havia um processo de avaliação de desempenho funcional periódico anual para todos os funcionários e este não está sendo realizado. Inferimos que um dos motivos para a sua descontinuidade pode estar ligado a falta de identificação do grupo de enfermagem com o processo, uma vez que, não participaram do planejamento de suas etapas, nem da escolha do método e do instrumento de avaliação. O processo e o instrumento foram desenvolvidos pelo setor de recursos humanos para atender os padrões de desempenho gerais, mas não às necessidades de desempenho dos profissionais de enfermagem.

A falta de participação na elaboração do instrumento gera descompromisso do grupo para com o processo de avaliação dando a idéia de ser mais uma tarefa imposta pela administração superior e que deve ser cumprida.

Verificamos essa percepção em:

E4 “ ... veio do RH ²⁸ com uns critérios muito subjetivos, que a gente fez no serviço foi: Pega aquela folhinha aqueles critérios definidos, os tópicos e tal, bem: O que significa ter criatividade? Criatividade durante o trabalho, mas tem que existir os princípios éticos e técnicos. O que é ter organização no trabalho? Então a gente tenta trazer para algo mais concreto. Na verdade, nós tínhamos 45 pessoas pra avaliar e se você não tiver alguma coisa mais objetiva para pessoa falar: Não esse é o meu

²⁸ RH: setor de Recursos Humanos que elaborou e enviou os instrumentos de avaliação funcional.

ponto de corte, você jogar tudo no subjetivo, aí cada um tem um critério. A gente, senta antes de fazer a avaliação e tenta ver que objetivo pode ser colocado em cada item. Não desconsideramos absolutamente nada do que vem do RH. Passamos para os enfermeiros e os supervisores tentam acompanhar os enfermeiros, para tentar diminuir esse viés na avaliação. Então, às vezes, o enfermeiro tem uma coisa mais pessoal com alguém, naquele item ele dá uma puxada para menos, se o supervisor estiver ali ele consegue dar uma ponderada maior naquela avaliação, mas é um instrumento que não é construído aqui, vem prontinho”.

No depoimento fica claro o descontentamento do grupo ao receber o instrumento pronto, além da falta de compreensão dos seus indicadores de desempenho. Neste sentido, o processo de avaliação pode restringir-se a cumprir as normas da legislação trabalhista, passando a ser um processo de julgamento superficial e unilateral em que a supervisora relata a sua visão do funcionário e este passivamente considera como verdadeiro o que lhe foi dito.

Essa forma de desenvolver o processo de avaliação não leva a mudanças qualitativas no desempenho funcional, nas relações interpessoais entre avaliados e avaliadores e, conseqüentemente, não traz benefícios à instituição, aos avaliadores, aos avaliados e nem à assistência prestada aos pacientes.

Para se obter sucesso no processo de avaliação funcional é fundamental que todos participem, se envolvam na elaboração das etapas, sejam responsáveis por seu desenvolvimento, acreditem na sua importância e sejam preparados para realizá-lo (BERGAMINI, 1981).

Preparar os avaliadores para realizar o ato de avaliar a equipe é uma das etapas mais importantes do processo. O avaliador deve ser orientado sobre todas as suas etapas, preparado com técnicas de entrevista para que aborde adequadamente o avaliado, saber o que deve ser avaliado em cada indicador de desempenho do instrumento de avaliação e ter a visão educativa para encaminhar os resultados obtidos com a avaliação.

O despreparo dos enfermeiros para abordar as pessoas que irá avaliar é destacado pelas gerentes de enfermagem, nos trechos a seguir, como uma das dificuldades para o desenvolvimento do processo de avaliação de desempenho:

E1 “Quando há três anos atrás nos criamos um instrumento para fazer avaliação de todos os funcionários, avaliando: pontualidade, assiduidade, ética, todos esses itens. Fizemos avaliação e suspendemos esta avaliação. [...] Porque o próprio enfermeiro que avaliava, ele não tinha nenhum preparo, ele tinha muita dificuldade de fazer aquela avaliação”.

E2 “O que eu sinto é assim: um pouco de resistência em relação aos funcionários porque eles não estão acostumados a ouvir, a serem pontuados, olha você precisa melhorar! E ficam sempre na defensiva. Esse é uns dos problemas do processo avaliativo. Uma outra coisa é o enfermeiro, [...] ele tem uma dificuldade muito grande em ficar próximo do funcionário. [...] Ele não consegue sentar, orientar, ele se sente inibido”.

E3 “...os profissionais não estão preparados para avaliar. [...] Então a gente, foi no dia a dia, ensinando a nossa enfermeira, a nossa chefia como ela deve se reportar ao funcionário. Para que ela não crie conflito, para que ela não chegue e as portas fiquem fechadas. Chegue de uma maneira agressiva com o funcionário.”

Os depoimentos sinalizam a falta de preparo do avaliador para abordar o avaliado, o que pode desencadear conflitos interpessoais e desestimular a continuidade da avaliação.

Ressaltamos que a avaliação é uma atividade complexa que envolve sentimentos de apreciação e valores pessoais tanto do avaliado como do avaliador. Segundo FERNANDES e VAZ (1999), são permeados de subjetividade podendo haver distorções de fatos, falta de diálogo aberto e franco sobre as limitações do avaliado sob a perspectiva do desempenho técnico, como também da sua aparência e comportamento. Essa análise foi percebida em:

E3- “... eu acho que a gente não foge muito de avaliar o todo da pessoa, porque quando você pensa em avaliação, você trabalha focado em desenvolver alguém, você vai ter que, às vezes, falar do seu comportamento, da roupa que ela usa, da postura, como ela se reporta,

você vai falar da maquiagem que usa. E isto também eu vejo que é uma situação que precisa ser trabalhada com a gente...”.

Por ser a avaliação de desempenho funcional uma atividade que envolve vários fatores objetivos e subjetivos, ao finalizar o processo é importante que se avalie como foram realizadas as etapas planejadas, isto é, que seja feita a “avaliação da avaliação”.

Essa avaliação final tem como objetivos: verificar se as metas iniciais foram atingidas, os resultados alcançados e corrigir eventuais distorções.

O serviço de educação continuada tem a função de promover o desenvolvimento do pessoal de enfermagem articulando-se com os processos de seleção, capacitação admissional, capacitação contínua e avaliação de desempenho. Portanto, é de sua responsabilidade planejar, coordenar e avaliar o processo de avaliação de desempenho funcional em conjunto com as gerentes de enfermagem (SILVA et al., 1989).

Os serviços de enfermagem estudados contam com o apoio da educação continuada para a capacitação dos avaliadores, desenvolvimento do instrumento de avaliação (no hospital privado) e capacitação dos funcionários aplicando estratégias educativas, conforme verificado em:

E1- “[...] nós fizemos um levantamento e vimos que tínhamos que treinar todos os enfermeiros primeiro, através da educação continuada para usar aquele instrumento [...].Era pegar o próprio funcionário, ele fazia todo um estudo daquela técnica ou do procedimento que ele fez errado e ele daria uma aula para equipe dele, então com o acompanhamento da Educação Continuada que dava os instrumentos. Porque a gente achou assim, muito complicada é.. quando ele errar e já tomar uma atitude de dar uma advertência...”

Nos depoimentos das entrevistadas não há menção de avaliar o processo de avaliação admissional que realizam. No entanto, no relato de E6, a seguir, identificamos uma estratégia utilizada para avaliar capacitações realizadas pela educação continuada para atender às necessidades específicas dos serviços de enfermagem:

E6 “A gente aplica, através de um questionário, o conhecimento das pessoas antes e após o programa e avalia o aproveitamento. [...] Então, a gente já mediu colocando um indicador antes de aplicar. Foi feito toda a avaliação do perfil psicológico também, após o treinamento. [...] Vamos avaliar isso como um indicador para ver o que teve de resultado positivo”.

As avaliações realizadas após os programas de capacitação dimensionam o aprendizado dos participantes e dão parâmetros para a educação continuada aprimorar o planejamento e as estratégias educativas empregadas no desenvolvimento do pessoal de enfermagem.

Nesta terceira estrutura relevante (da unidade temática II) destacamos os pontos:

As avaliações relacionadas ao desempenho da equipe de enfermagem, em ambos os hospitais, está limitada ao desenvolvimento de atividades à apreciação do desempenho inicial do funcionário recém-admitido, não alcançando o nível de um processo planejado e sistematizado. A avaliação do desempenho admissional é realizada para atender à demanda solicitada pelo setor de recursos humanos ao finalizar o contrato do período de experiência. Deste modo, a preocupação em organizar a avaliação tem sentido na cobrança desse setor e na necessidade de as gerentes terem dados que lhes assegurem uma decisão fundamentada.

Apesar das gerentes de enfermagem verbalizarem preocupação com o desenvolvimento de pessoal, não constatamos uma articulação planejada da avaliação de desempenho visando à capacitação da equipe de enfermagem.

Contrapondo a necessidade de avaliação formal apontada pelos teóricos da avaliação de programas e serviços sociais, as avaliações informais ou *feedbacks* diários de desempenho funcional são ressaltadas como importantes para o desenvolvimento de pessoal. Nesta direção, nos serviços estudados, existem os *feedbacks*, mas não são considerados como estratégia planejada para a qualificação da equipe de enfermagem.

As dificuldades para o desenvolvimento de avaliação de desempenho foram apontadas pela falta de preparo do enfermeiro para avaliar outra pessoa. Entretanto, os serviços de enfermagem não realizando processos de avaliação de desempenho contínuo de sua equipe, não identificam as deficiências dos enfermeiros neste sentido e, portanto, não

desenvolvem capacitação para suprir esta necessidade. Deste modo, os serviços de enfermagem cobram de seus profissionais um desempenho que, por sua vez, também não lhes é oferecida a oportunidade para desenvolver.

4.3. Unidade Temática III - A formação do enfermeiro e avaliação

Nesta unidade temática identificamos a participação das escolas de enfermagem, que têm vínculo com os hospitais universitários, nas atividades de avaliação desenvolvidas nos serviços de enfermagem.

A análise do material empírico permitiu destacar dois aspectos. O primeiro diz respeito ao sentimento que permeia a relação ensino e prática marcada pela influência da divisão de trabalho entre o intelectual e o manual, ou seja, a cisão entre o trabalho manual e o intelectual.

O segundo está relacionado à formação do enfermeiro na graduação por não estar compatível com as expectativas do mercado empregador, isto é, um olhar diferente: o que é ensinado e o que a prática necessita.

4.3.1. A cisão entre o trabalho manual e o intelectual

A divisão do trabalho intelectual e manual, fundamentada na diferenciação de classes sociais (rico/pobre) como construção histórica da sociedade capitalista, é também reproduzida na relação do ensino (saberes) com a prática que, de certa forma mantém a divisão de classes sociais no trabalho. Deste modo, o ensino (representado pelos docentes da escola de enfermagem) são os intelectuais, detentores do saber e da produção de conhecimentos, enquanto que a prática (atividades dos enfermeiros assistenciais dos hospitais) é vista como a responsabilidade do fazer, do trabalho manual, operacional e menos qualificado (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Nos depoimentos abaixo percebemos a existência desta separação e de sentimentos nesta direção:

E1 “Eu vou te contar um pouquinho de história para a gente chegar. Como eu sou nova aqui, o que eu senti quando eu cheguei. A escola vinha sempre com uma demanda de que o serviço não estava bom, que os estudantes reclamavam muito da nossa atuação, não era modelo para o atendimento, então eu comecei a chamar os professores e alunos: bom, mas como vocês podem contribuir para que nós possamos fazer este modelo que vocês precisam? Então, o *feedback* que eu tinha com os estudantes era mais de reclamar.”

E3 “Elas²⁹ estão sempre prontas. O hospital sempre procurou estar trabalhando esta questão da integração. Porque não havia esta integração, mesmo. A visão no meu entendimento não era de ser parceiro e assim de... ‘Nós somos melhores do que vocês’. Então, tem muita coisa que a gente está fazendo... sozinhas. Por exemplo: O hospital amigo da criança, a faculdade está inserida. Que é outro projeto que a gente está em andamento. Ah, qual o outro? A SAE, por exemplo, não está. Porquê? Nós definimos, um grupo de trabalho definiu uma teoria, a faculdade quer outra.”

E6 “Olha a gente é... tem trabalhado com a escola, do ano passa do pra cá, numa proposta diferente das anteriores. A faculdade no meu ver ela sempre existiu como um lado acadêmico, científico. E nós aqui com um lado técnico, operacional e a prática mesmo. Então, eu sempre vi como dois mundos: a prática de um lado e a teoria do outro. Isso é uma coisa que é sempre colocada. A gente não consegue mudar a história de um dia para o outro.”

A separação destes dois mundos, referida por E6, é uma das contradições que vive a construção do saber e do fazer em enfermagem, já que é por intermédio da prática cotidiana e das vivências dos problemas no desempenho profissional que surgem questões para serem respondidas pelo desenvolvimento de pesquisas. Por sua vez, é com os resultados delas que

²⁹ “Elas” está se referindo às docentes da Escola de Enfermagem.

se alcança a clareza necessária e o conhecimento fundamentado para a resolução dos problemas e modificação da prática (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, esta relação deveria ser mais próxima, por meio do entendimento de que a teoria e a prática tem um objetivo comum: o bem estar do paciente. Entretanto, a produção intelectual da enfermagem não produz impacto relevante no cotidiano dos serviços de enfermagem, se considerarmos o acesso às pesquisas e as modificações que podem causar na prática do trabalho.

Outro fator dificultador da aproximação ensino/prática são as diferentes atribuições decorrentes do papel das docentes e das enfermeiras da prática hospitalar. As enfermeiras docentes têm que cumprir suas determinações acadêmicas baseadas no ensino e na produção científica; já as responsabilidades das enfermeiras são diferentes e inerentes à prática hospitalar. Isto foi constatado nos depoimentos de:

E4 “Eu acho que tem algumas coisas às vezes que é o tempo do estágio, que é deste tamanho (*gesto*), que mal o aluno chegou, ele foi embora, então isso dificulta, [...] mas, é uma busca da faculdade da parceria da área mesmo. De estar mais presente, de estar pensando junto [...] , mas ainda é um processo que tem que estar mais dentro. A faculdade talvez tenha muito mais a nos ajudar do que hoje, faz. Porque e aí deve ter, do que eu conheço, ‘N’ fatores que dificulta isto... A própria necessidade de produção científica, a carga horária de graduação e pós-graduação, o número de professores que a gente [...] de ter que dar conta daqueles alunos...”

E3 “Quer dizer o enfermeiro, no meu entendimento, se ele é o gerente ali ou supervisor, seja lá o que for, ele começou este projeto, ele tem que ter um acompanhamento, para saber o que faz certo ou errado, aonde ele tem que mudar. Então, a gente deixou assim. O que a gente colocou para a faculdade foi: Se você quer vir e fazer, você vai fazer, mas a nossa equipe não está preparada para assumir a sistematização. O funcionário não está treinado para isso. Porque a faculdade vem e passa três meses e vai embora e depois não tem continuidade. Então, se quer fazer para os alunos

treinarem, eles fazem, mas para que o nosso funcionário cheque aquilo, não dá continuidade, entendeu?”

Pelos depoimentos inferimos que a dificuldade da integração vem de ambas, enfermagem intelectual e enfermagem assistencial, cada uma envolvida com os seus afazeres. Um meio para aproximação seria o desenvolvimento de projetos em comum, visando integrar o conhecimento científico às necessidades de resolução de problemas específicos da prática.

As docentes da escola desenvolvem suas atividades no hospital para cumprir os programas das disciplinas e as enfermeiras continuam sua rotina na prática convivendo com seus problemas, muitas vezes, sem pensar na possibilidade da parceria. Quando ocorrem parcerias, geralmente são resultados de questões operacionais a fim de atender demandas do exercício profissional (por exemplo, a SAE), para receber alunos no campo da prática ou colaborar com pesquisas e não para desenvolver projetos comuns. Percebemos essas questões em:

E2 “ Vocês estão desenvolvendo um projeto e a escola não participa ?

Não, não está participando...não.

Mas, porque?

É, não pensamos nisso. Eu acho que até foi uma falha nossa, mas é porque nós não solicitamos mesmo. [...] Aproveitando a presença dessas meninas do quarto ano³⁰ para estar nos ajudando nesse sentido, mas a gente realmente não pensou...”

Também constatamos um movimento de aproximação da prática com a teoria pelo número de enfermeiros da área hospitalar que estão se qualificando com cursos de pós-graduação (no hospital público há um enfermeiro com título de doutor e 19 com mestrado; no privado há um enfermeiro cursando mestrado), de aprimoramento, de especialização (no hospital público há 135 enfermeiros com especialização e no privado 49 enfermeiros) e

³⁰ “Meninas do quarto ano” se refere às alunas de graduação de Enfermagem da disciplina de Administração.

mais recentemente com os cursos de *MBA (Master Business Administration)* para a área de gerenciamento. Portanto, os enfermeiros assistenciais estão buscando respostas às dificuldades vivenciadas na sua prática. A diferença já é sentida no cotidiano assistencial pela implementação dos conhecimentos advindos desta complementação, como refere:

E5 “Ah... uma enfermeira daqui fez mestrado, ela também trouxe para a gente situações novas sobre a nutrição. Ela mudou a nossa consciência em relação a nutrição. Antes todo mundo desprezava a idéia de fazer resíduo. Hoje nós estamos fazendo resíduo para poder introduzir a outra dieta. Conseguiu mudar a nossa idéia sobre alimentação do paciente. A gente vê aquele frasquinho que tem que ficar pendurado gotejando, tem hora que não goteja, precisa chacoalhar, tirou a nossa idéia. A gente vê outra coisa ali pendurada. Então, é extremamente importante que a escola esteja unida conosco...”

As gerentes entrevistadas admitem que procuram assessoria de docentes da escola para desenvolverem seus projetos com embasamento teórico. Entretanto, essa parceria fica na dependência da disponibilidade (de tempo, de interesses, de relacionamentos) para serem (ou não) atendidas. Relatada em:

E4 “ A gente está numa fase de construção... eu ainda vejo que tenho, que temos que caminhar. A (*docente da escola de enfermagem*), por exemplo é uma pessoa extremamente disponível, né? [...]. A (*outra docente*) a mesma coisa, então o que a gente percebe é, nós estamos construindo esse laço, esta parceria. A (*docente*) nos ajudou no projeto do modelo de organização do cuidado, com toda a parte teórica, na oficina ela estava junto, estava participando com a gente. Na avaliação, a primeira avaliação do modelo, ela inclusive chegou a construir o próprio instrumento de avaliação, colocou os alunos para coletar os dados. As alunas tabularam os dados que era uma dificuldade nossa né? Então eu vejo assim..que a gente tem um grande caminho pela frente, mas eu acho que a faculdade ela tem buscado se aproximar. A faculdade hoje está participando do projeto das enfermarias. Também para dar, principalmente a ferramenta

teórica, que muitas vezes a pessoa mais da prática, o tempo dela de procurar alguma coisa mais específica, não é tanto o foco do trabalho dela, então isso....a gente tem uma facilidade, que aí eu não sei se são pelas pessoas envolvidas, mas assim a gente tem essa facilidade de relacionamento”.

E5 “Quer dizer, eu acionei alguém da escola, para nos ajudar a fazer o levantamento de uma unidade, e ela nos forneceu um instrumento, está nos respaldando, nos direcionando para tal objetivo. E isto é riquíssimo, riquíssimo. De repente aparece aqui, por exemplo, eu quero ter um instrumento para avaliar assistência no pós-operatório, começar por partes, eu vou atrás de um docente e se este abraça a minha causa, me ajuda com material, nos direciona, né? Vamos unir saberes, eu tenho uma prática enorme, você está cheia de teoria, dá pra fazer este casamento? Acho isto riquíssimo. [...] Eu precisei da docente de enfermagem e isto aconteceu. Quando eu montei o meu instrumento da auditoria, já não fui muito feliz. Eu procurei outro caminho e não fui muito feliz...”

E6 “Nós temos a presença da faculdade trabalhando junto com os manuais, que eu acho super interessante quando você quer fazer uma avaliação, você ter pelo menos é... como a gente pode dizer? Atualizado aquilo que a gente faz. Nós temos a questão do modelo (*gerencial*) que está sendo trabalhado com a faculdade, e essa questão do modelo é uma questão super interessante que os docentes estão aí trabalhando juntos. Outra questão que a gente tem tido um apoio muito grande é da (*docente da escola de enfermagem*) com relação ao nosso planejamento, nesse novo enfoque de como atender num Hospital SUS, referenciado. Eu acho que nisso a gente tem uma boa parceria também”.

O envolvimento em pesquisa seja como executor ou colaborador, mantém o profissional enfermeiro atualizado e vinculado a novos conhecimentos (FÁVERO, 1996).

Deste modo, a aproximação da escola com o serviço de enfermagem, por meio da pesquisa, possibilitaria a existência de grupos de estudo formados por enfermeiros

docentes, assistenciais, alunos da graduação e da pós-graduação permitindo compartilhar os problemas da prática e buscar as soluções em conjunto.

4.3.2. Um olhar diferente: o que é ensinado e o que a prática necessita

A formação do enfermeiro na graduação lhe permite ter uma visão geral dos aspectos assistenciais, gerenciais, educacionais e de investigação. Porém, o ensino de graduação em enfermagem tem se direcionado mais para os aspectos assistenciais, reproduzindo a imagem do enfermeiro que possui as competências e habilidades para prestar o cuidado individualizado, integral e humanizado com qualidade e embasado em conhecimentos científicos (LUNARDI FILHO e LUNARDI, 1996).

Entretanto, na prática o desempenho maior do enfermeiro tem sido relacionado com as práticas de gerência das unidades ou dos serviços de enfermagem, predominando a função de controle e organização dos processos de trabalho, dos recursos humanos e materiais (KURCGANT, 1991a; FÁVERO, 1996).

Deste modo, as expectativas do mercado empregador quanto às competências esperadas do enfermeiro são diferentes da escola que o preparou.

Os hospitais esperam que o enfermeiro atue em prol das necessidades institucionais, atualmente provocadas pelo contexto externo competitivo, recursos financeiros reduzidos e custos crescentes. Deste modo, algumas habilidades como flexibilidade, negociação, poder decisório, delegação de poder e novos conhecimentos sobre estratégias gerenciais para orientar e modificar os processos de trabalho são impositivos para a gerência de enfermagem (MARQUIS e HUSTON, 1999; LEITÃO e ARRUDA, 2004).

Assim, “as escolas, distantes do mundo do trabalho e orientadas por projetos políticos diferenciados, algumas vezes, continuam desenvolvendo sua proposta curricular desarticulada das questões que atravessam um mundo globalizado” (DE SORDI et al., 1996, p. 90).

As mudanças são necessárias e se a escola não aderir às exigências dessa “nova roupagem” imposta pelo modelo da qualidade corre o risco de ter egressos despreparados para o mercado de trabalho e para fazer parte da equipe de saúde nessa nova concepção. Entretanto, DE SORDI et al. (1996, p.91) alertam que a enfermagem ao aderir ao discurso

da qualidade total empregado à lógica empresarial não pode ser ingênua e nem destituída de crítica. Há necessidade de fazer conexões com a realidade externa e avaliar o uso de instrumentos empresariais, mas a sua adoção deve ser criteriosa para que estes métodos auxiliem e favoreçam a prestação do cuidado ao paciente preservando o seu direito à saúde com justiça e equidade.

Nesta terceira unidade temática destacamos como pontos relevantes:

As escolas de enfermagem, vinculadas aos hospitais universitários, não estão integradas às práticas avaliativas desenvolvidas nos serviços de enfermagem. Não existe um projeto de ação conjunta entre ensino/ prática das escolas e os serviços de enfermagem o que dificulta a aproximação e integração. Essa desarticulação desfavorece também o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a resolução de problemas da prática.

Entretanto, constatamos um movimento de romper a cisão teoria/prática provocada pelos enfermeiros assistenciais que por intermédio dos cursos de aprimoramentos, de mestrado e de doutorado e parcerias com alguns docentes da escola buscam soluções para as questões que envolvem o seu cotidiano de trabalho, bem como alternativas para responder às tendências gerenciais atuais.

“Nessa busca sem fim, nesse processo inacabado, cheio de contradições e solidário, nesse terreno que não tem donos e nem limites, o SIGNIFICADO e a INTENCIONALIDADE são os mesmos da primeira à última linha: O Desafio do Conhecimento!”.

(MINAYO, 2000, p.254)

5. Considerações Finais

Apesar da recomendação do último item de um trabalho científico ser a conclusão, as reflexões aqui apresentadas não são finais, pois, a partir delas novos questionamentos surgiram e nos motivam a continuar buscando respostas.

Consideramos na construção desse item os pontos relevantes destacados nas Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes analisando as relações entre elas de acordo com os propósitos deste estudo.

A investigação feita em diferentes realidades, isto é, de um hospital universitário público e outro privado, permitiu ampliar a compreensão e a diferença da prática da avaliação no cotidiano gerencial dos serviços de enfermagem. Destacamos que as gerentes do hospital privado estão mais envolvidas, que as do hospital público, com atividades financeiras utilizando estratégias para o controle do custo de procedimentos e arrecadação financeira das internações para avaliar as melhores condições para o hospital.

Pelas análises dos depoimentos das Estruturas Relevantes da Unidade Temática II constatamos que as atividades de avaliação são realizadas, tanto no processo de trabalho assistencial quanto no gerencial, porém, não seguem um processo planejado, sistematizado e nem sempre utilizam metodologia científica. Este resultado vem confirmar o pressuposto inicial de que encontraríamos atividades avaliativas realizadas de maneira informal.

Apesar disso, as gerentes de enfermagem demonstraram nos seus depoimentos a preocupação em desenvolver atividades avaliativas de maneira mais acadêmica e formal.

A dificuldade para desenvolver um processo avaliativo sistematizado destaca-se nos depoimentos das entrevistadas, tanto do hospital público como do privado, sobretudo pela deficiência de conhecimentos dos enfermeiros a respeito deste tema. Esta constatação também consolida a nossa intuição inicial de que as práticas avaliativas na enfermagem são freqüentemente desenvolvidas de forma empírica. Esta colocação nos pareceu coerente, uma vez que a realização de uma prática planejada e sistematizada requer conhecimentos sobre teorias, técnicas e métodos científicos.

Entretanto, ao olhar para as considerações da Unidade Temática I, a respeito do conhecimento que as gerentes de enfermagem possuem sobre o conceito de avaliação, emerge uma contradição em relação aos resultados da Unidade Temática II, ou seja, as gerentes apresentam noções sobre os elementos conceituais norteadores de um processo avaliativo, mas não os aplicam nas práticas avaliativas cotidianas.

Esta visão descolada entre teoria e prática retoma velhos discursos, mas sempre presentes nos conflitos entre enfermeiros que atuam na prática e na docência.

Nossa reflexão nos direcionou a dois pontos que julgamos serem pertinentes à explicação desta situação. O primeiro deles diz respeito à formação do enfermeiro pelos cursos de graduação. Apesar do currículo da graduação da enfermagem estar voltado para uma formação abrangente, isto é, para as áreas assistenciais, gerenciais, educacionais e de pesquisa no âmbito individual e coletivo, o seu desenvolvimento está mais direcionado para os aspectos assistenciais capacitando o aluno à prestação do cuidado individualizado.

No entanto, a expectativa das instituições hospitalares ao empregar o enfermeiro é outra, ou seja, esperam que ele assuma a liderança da equipe de enfermagem, organize o processo de trabalho assistencial e controle a execução das ordens médicas e das rotinas hospitalares estabelecidas. Este desacordo entre a formação profissional que prepara para uma atuação reflexiva e crítica e o que é esperado no desempenho da prática provoca um desajuste do profissional causando-lhe insatisfação e desmotivação para desenvolver-se profissionalmente.

O ensino de administração da graduação de enfermagem, por sua vez, seguindo o enfoque generalista não se aprofunda em metodologias e estratégias gerenciais. Assim, o enfermeiro, principalmente aquele que assume cargo de chefia, terá que buscar posteriormente conhecimentos específicos da área por intermédio dos cursos de especialização ou de pós-graduação para a sua capacitação.

Constatamos esta situação no presente estudo, uma vez que o desenvolvimento de atividades de avaliação sistematizada com emprego de métodos científicos foi realizada por gerentes de enfermagem que tinham cursado pós-graduação *Stricto Sensu*.

Na Unidade Temática III apontamos que a capacitação das gerentes de enfermagem por meio de cursos da pós-graduação, especialização ou *MBA* tem contribuído para a atualização e introdução de novos instrumentos no seu processo de trabalho gerencial o que também, vem a corroborar com este raciocínio.

Verificamos na Estrutura Relevante II relacionada às atividades gerenciais (da Unidade Temática II), o emprego de métodos gerenciais utilizados pela área empresarial como o Kanban, PDCA, indicadores de desempenho, principalmente no hospital universitário privado, como elementos inovadores para a área hospitalar.

Acreditamos que seja interessante a utilização de tecnologias empresariais na área hospitalar, mas devem ser adaptadas e introduzidas com cautela nos serviços de saúde. Para isto, a integração e parceria das escolas com os serviços de enfermagem são fundamentais para a análise crítica dessas tecnologias, não somente em seus aspectos técnicos, mas também considerando valores éticos e o compromisso da enfermagem de atuar em prol da qualidade visando primordialmente ao paciente e à assistência humanizada. A tecnologia quando vista somente como instrumento de produção e lucro pode mecanizar e desumanizar as ações dos profissionais, diminuindo a visão ampliada de um atendimento integral e aumentando a alienação no trabalho.

Neste sentido percebemos que as escolas, por meio dos cursos de graduação, mantêm a lógica pedagógica tecnicista e fragmentada reduzindo a visão da integralidade do indivíduo, das equipes e dos serviços. As disciplinas são desarticuladas no próprio currículo e também das necessidades sociais e históricas.

Embora, admitimos que as questões externas que influenciam as mudanças institucionais, nem sempre solicitam o ético, o fundamental e o necessário para a natureza humana, pois estão moldadas pela lógica do capital e condicionadas pelas leis de mercado, geralmente desfocadas do bem estar da população em geral.

O segundo ponto de nossa reflexão diz respeito ao ensino da prática de enfermagem.

O aluno, após o desenvolvimento de várias disciplinas vai para o campo da prática com o objetivo de relacionar e aplicar o arsenal teórico apreendido em pelo menos dois anos de estudos no curso de graduação. Sua expectativa é verificar como se dá a atuação do enfermeiro na assistência (o cuidado individualizado que aprendeu), mas a maior parte do tempo, o aluno, observa este profissional resolvendo problemas de diversas naturezas implicadas ou não no cuidado (respondendo às necessidades institucionais). Desta forma, o aluno não encontra o modelo de atuação esperado.

É neste contexto de cisão entre a teoria e a prática que acrescentamos a reflexão sobre as dificuldades de o enfermeiro desenvolver um processo avaliativo formal.

O enfermeiro recém-formado terá noções da teoria sobre avaliação ensinada em disciplinas da graduação relacionadas ao planejamento da assistência ou até mesmo às etapas do processo administrativo, mas raramente tem tido a oportunidade de vivenciá-las no campo de ensino da prática, realidade que poderá ser alterada com a operacionalização

dos estágios supervisionados, nos quais o educando poderá vivenciar à prática profissional de modo mais intenso e efetivo no último ano da graduação.

A Unidade Temática III é reveladora da falta de modelo de atuação na prática, pois as gerentes de enfermagem, que se preocupam com embasamento teórico metodológico, buscam nas escolas assessoria de docentes para fundamentar seus projetos, porém estas atividades são realizadas sem vínculo com as atividades didáticas e, portanto, os alunos não têm a oportunidade de participar e aprender com elas.

Nesta direção, exemplificamos com a dificuldade de manutenção da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) apontada pelas gerentes entrevistadas, na Estrutura Relevante I (da Unidade Temática II), em decorrência da falta de preparo dos enfermeiros para essa atividade.

Na teoria, a SAE é ensinada como um processo sistematizado que deve ser desenvolvido em seis etapas, sendo que a última é destinada a avaliação da eficácia da resolução dos problemas identificados inicialmente. No entanto, verificamos que na prática a SAE é realizada em apenas três etapas (história, prescrição e evolução de enfermagem) sendo suprimida a avaliação, deste modo o aluno somente irá aprender a avaliação do processo da assistência individualizada na teoria não tendo oportunidade de aplicá-lo na prática.

O profissional enfermeiro, não tendo realizado ou observado as ações de avaliação na prática de enfermagem como aluno, terá maior dificuldade de implementá-las ou incorporá-las no seu cotidiano de trabalho.

A reflexão destes dois pontos entre a cisão da teoria e a prática nos pareceu coerente com as dificuldades relatadas pelas gerentes entrevistadas, com a nossa vivência na prática e na participação da formação de enfermeiros na graduação para explicar a falta de preparo dos enfermeiros para desenvolver um processo de avaliação sistematizado.

Entretanto, ainda gostaríamos de considerar os motivos que estariam influenciando a falta de priorização da atividade de avaliação por parte das gerentes de enfermagem.

Acreditamos que um dos motivos esteja relacionado ao modelo gerencial tradicional burocrático (taylorista), no qual o enfermeiro construiu e tem desenvolvido a sua prática.

Voltamos o olhar para a construção histórica da enfermagem institucionalizada, sob o modo de produção capitalista convivendo com a divisão parcelar do trabalho e com as relações hierárquicas de comando e subordinação, no qual foi construído o papel gerencial

do enfermeiro com uma atuação condicionada às práticas vigentes e a hegemonia do trabalho médico.

Assim, inferimos que o enfermeiro não realiza atividades avaliativas como suporte ao trabalho gerencial, uma vez que sabe o que tem que ser feito e reproduz a rotina estabelecida não sentindo necessidade de inovações ou mudanças que a prática da avaliação pode lhe proporcionar.

Outro motivo estaria relacionado aos serviços de enfermagem não terem estabelecido parâmetros assistenciais e gerenciais e, portanto, as gerentes de enfermagem não têm como comparar, mensurar e julgar o mérito ou o valor do objeto que está sendo avaliado. Deste modo, não priorizam as atividades de avaliação se empenhando em ações rotineiras ou na resolução de problemas inesperados e comuns do cotidiano.

A reflexão destes motivos, isto é, a atuação gerencial sob influência de um modelo tradicional de gestão e a falta de parâmetros para o serviço de enfermagem, associada ao desacordo teórico/prático mencionado na formação do enfermeiro são fatores que contribuem para não termos uma tradição de avaliação sistematizada e formal do processo de trabalho gerencial e assistencial da enfermagem.

Entretanto, percebemos alguns elementos inovadores na postura e na maneira de conduzir o processo gerencial das gerentes de enfermagem entrevistadas, como a abertura à participação da equipe de enfermagem no planejamento do serviço e decisões gerenciais; empenho em estabelecer parcerias com as escolas de enfermagem; participação de comissões para avaliação externas do hospital por meio da acreditação e adoção de métodos desenvolvidos no modelo da gestão da qualidade total. Estes elementos são indicativos de que estão ocorrendo mudanças no modelo gerencial tradicional se aproximando do modelo de gerenciamento flexível e participativo, respondendo às tendências atuais.

Nesta perspectiva o momento é promissor para transformar velhos conceitos em novas possibilidades de atuação, deste modo as gerentes de enfermagem necessitam se desvencilhar de atitudes acríticas, comportamentos de submissão, de saberes não fundamentados e para isso a prática da avaliação sistematizada, planejada e contínua poderá contribuir para uma atuação gerencial fundamentada aproximando a teoria da prática, dando visibilidade e mais qualidade ao trabalho da enfermagem.

6. Referências Bibliográficas

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Trad. de Jaime A. Clasen e Lúcia M. E. Orth. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALMEIDA JUNIOR, V. P. A avaliação da educação superior no contexto das políticas educacionais. In: DIAS SOBRINHO, J.; RISTOFF, D.I. **Avaliação demográfica: para uma universidade cidadã**. Florianópolis: Insular, 2002.

ALMEIDA, H. M. D. E. S. **Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde**. In: VII CONGRESSO INTERNACIONAL del CLAD sobre a la reforma Del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 2002. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0043721.pdf>>. Acesso em: 07/01/2004.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, 15-26.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde, **Rev Saúde Pública**, 25(1):64-71,1991.

BARROS, S. M. P. F. In: 45º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 5ª sessão plenária. Gerenciamento em saúde: implicações, tendências e perspectivas para a enfermagem. Recife. **Anais...Pernambuco: ABEn Nacional**, 1993.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L.C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

BERGAMINI, C. W. **Avaliação de desempenho humano na empresa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1981. p.26-33.

BIANCO, M. H. B. C. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano**: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Ribeirão Preto, 1999. (Tese-Doutorado-Universidade de São Paulo).

BORK, A. M.; MINATEL, V. F. (Org.). **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. GESTHOS. **Gestão Hospitalar**: Capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: Guia do Participante. Brasília: DF, 2002. 68 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX, 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BRITO, M. J. M. **O enfermeiro na função gerencial**: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea. Belo Horizonte, 1998. (Dissertação- Mestrado- Universidade Federal de Minas Gerais).

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências Sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1982.

CARVALHO, M. C. B. Avaliação participativa: uma escolha metodológica. In: RICO, E.M. (Org.) **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 2001, p.87-94.

CASTELLANOS, B. E. P.; RODRIGUES, A. M.; ALMEIDA, M. C. P.; ROSA, M. T.L.; MENDES, S. A. S. A. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41. **Anais...** Florianópolis: CBen, 1989. p.147-169.

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R. R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.207-14.

CERQUEIRA, L. T. **Auditoria em enfermagem**: contribuição para o desenvolvimento de um instrumento de mensuração da qualidade dos cuidados de enfermagem e pacientes hospitalizados. Rio de Janeiro, 1977.(Tese-Livre Docência-Universidade Federal do Rio de Janeiro).

CHAUÍ, M. Universidade operacional. **Revista Avaliação**, 4(3):03-8 (separata CIPEDES), 1999.

CHIAVENATO, I. Desempenho humano nas empresas. In: CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 1985. p. 191-211.

CHIAVENATO, I. **Desempenho humano nas empresas**: como desenhar cargos e avaliar o desempenho. São Paulo: Makron Books, 1998. p. 101-61.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000a.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 2. ed. Compactada. Rio de Janeiro: Campus, 2000b.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CIANCIARULLO, T. I. Instrumentos básicos: como usá-los na enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.01-4.

CIANCIARULLO, T. I. **C & Q: teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.

CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN-Resolução168/1993, Resoluções. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes.html>>. Acesso em: 01/12/2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 29-47.

DE SORDI, M. R. L.; MAGALHÃES, L. M. T.; SAMPAIO, S. F. Estabelecendo novos vínculos entre o ensino e a prática da administração de enfermagem. **Texto e Contexto**, 5(2):89-101, 1996.

DENSER, C. P. A. C. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade, In: BORK, A. M.; MINATEL, V. F. (Org.). **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, 91-100.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, 13 (1):80-91,1997.

DIAS SOBRINHO, J.; Campo e caminhos da avaliação: a avaliação da educação superior do Brasil, In: FREITAS, L.C. (Org.). **Avaliação: construindo o campo e a crítica**. Florianópolis: Insular, 2002, 13-62.

DONABEDIAN, A. Evaluating of medical care, Milbank Mem. Fund. Q.44-166, part 2, 1966.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado.** Ribeirão Preto, 1996. (Tese- Livre Docência-Universidade de São Paulo).

FERNANDES, G. F.; VAZ, M. R. C. Processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de enfermagem. **Texto e Contexto.** 8(1): 106-21, 1999.

FERNANDES, M. S.; SPAGNOL, C. A.; TREVISAN, M. A.; HAYASHIDA, M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev Latino-am Enfermagem.** 11(2):161-7, 2003.

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

FERREIRA, C. C.; MARRA, C. C. Avaliação de desempenho humano: importância na enfermagem. **Rev Paulista de Enfermagem,** 20 (2): 25-31, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUGITA, R. M .I.; FARAH, O. G. D. O planejamento como instrumento básico do enfermeiro. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996. p.99-109.

FURTADO, J. P. **A avaliação como dispositivo.** Campinas, 2001. (Tese- Doutorado- Universidade Estadual de Campinas).

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório.** São Paulo: Cortez, 2000.

GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L.; MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M.(Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.229-50.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Total quality management and hospital administration: exploring conceptual disjunctions. **Ciênc saúde coletiva**, 7 (2): 325-34, 2002.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2003, São Paulo. **Programa Final...** São Paulo, 2003. p.42.

HILLEGONDA, M. D. N. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, 34(5): 547-9, 2000.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KOPNIN, P. V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira , 1978.

KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991a, p. 03-13.

KURCGANT, P. A avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991b. p.133-145.

LEITÃO, I. M. T. A.; ARRUDA, R. B. Clima organizacional: novos rumos no perfil do enfermeiro e desafios a assistência de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, 28 (2):151-9, 2004.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHKE, E. A. ; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. **Texto e Contexto**, 5(2): 20-34, 1996.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad FUNDAP**, 19, 1996.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, série saúde e cidadania, vol.3, 2002.

MARCELINO, S.; SCHUMACHER, B.; SOUZA, L. N. A. Avaliação em uma perspectiva construtivista: aproximação com o desempenho profissional da enfermagem. **Texto e Contexto**, 8 (1): 93-105, 1999.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MATHEUS, M. C. C.; FUGITA, R. M. I ; SÁ, A. C. Observação em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I.(Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996, p.05-24.

MÉDICI, A. C. Autorização de Internação Hospitalar- A. I. H. Disponível em: <www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/aih/apresent.htm>
Acesso em: 19/07/2004.

MÉDICI, A. C.; SILVA, P. L B. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Rev Adm púb**, 27 (3): 26-36, 1993.

MELLEIRO, M. M.; FUGULIN, F. M. T.; ROGENSKI, N. M. B.; GONÇALVES, V. L. M.; TRONCHIN, D. M. R. A evolução do sistema de assistência de enfermagem no hospital universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.109-30.

MENEGHEL, S. M.; LAMAR, A. R. Avaliação como construção social: reflexões sobre as políticas de avaliação da educação no Brasil. **Revista Avaliação**, 6(4):17-25, 2001.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: J.C.Mezomo, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZNET, O.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTE, A. D. A. S. **Serviços de enfermagem hospitalar: caracterização e métodos avaliativos da assistência.** São Paulo, 1998. (Dissertação-Mestrado-Universidade Federal de São Paulo).

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, ABEN-CEPEEn, 1989.

NOGUEIRA, L. C. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text.** Thousand Oaks. 3.ed. California: Sage, 1997.

PEINADO, J. O papel do sistema de abastecimento Kanban na redução dos inventários. **Rev FAE**, Curitiba, 2 (2): 27-34, 1999.

PEREIRA, A. **Qualidade dos cuidados de enfermagem: avaliação nos hospitais universitários brasileiros.** Salvador, 1985. (Dissertação - Mestrado - Universidade Federal da Bahia).

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT, Annablume, 1998.

PITTA, A. M. F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. **Rev Adm pub**, 26(2): 44-61, 1992.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad Saúde pública**, 6(1): 50-61, 1990.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.41-62.

ROZENDO, C. A. **Liderança na enfermagem: refletindo sobre um mito**. Ribeirão Preto, 1995. (Dissertação- Mestrado- Universidade de São Paulo).

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SAUL, A. M. Avaliação participante: uma abordagem crítico transformadora. In: RICO, E.M.(Org.) **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2001, p.95-109.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, 10 (1):80-91, 1994.

SILVA, M. A .P. D. **As representações sociais e as dimensões éticas**. Taubaté: Cabral Ed. Universitária, 1998.

SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. A. Avaliação de desempenho, In: SILVA, M. J. P. (Org.). **Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem**. São Paulo: E.USP, 1989. p.98-113.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada.** Campinas, 1996. (Dissertação- Mestrado- Universidade Estadual de Campinas).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saúde Pub.** Rio de Janeiro, 18(6): 1561-69, 2002.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTK, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

ZANEI, S. S. V.; SILVA, C. G.; RICCIO, G. M. G.; PELLIZZETTI, N. Avaliação: um instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996, p.111-33.

7. Anexo

Anexo



CEP, 20/04/04
(Grupo III)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
www.fem.unicamp.br/pesquisa/etica/index.htm
cep@fem.unicamp.br

PARECER PROJETO: Nº 106/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "A PRÁTICA DA AVALIAÇÃO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Sílvia Teixeira Giacomasso Vergilio

INSTITUIÇÃO: HC/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/03/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 20/04/05

II - OBJETIVOS

Investigar a existência de atividades avaliativas, sistematizadas ou não, e como estão inseridas nas atividades gerenciais dos serviços de enfermagem de hospitais universitários, público e privado, de um município do interior do Estado de São Paulo.

III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa onde 6 enfermeiros de diferentes níveis hierárquicos de 2 hospitais universitários (um público e outro privado) serão convidados a participar das atividades do estudo, que compreenderão preenchimento de questionário e resposta a uma entrevista estruturada que será gravada. Os instrumentos utilizados (questionários, roteiro da entrevista) serão testados previamente em um outro hospital universitário, e receberão os ajustes necessários. Há um cronograma de atividades para este trabalho indicando a duração em 12 meses. Não está incluído orçamento no projeto.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto tem sua revisão bibliográfica, definição de objetivos e justificativa satisfatórias, conta com um protocolo de pesquisa adequado ao tipo de investigação pretendido. Há uma clara definição da amostragem que será utilizada, dos critérios de inclusão, dos planos de recrutamento, das hipóteses, da metodologia e do tratamento que será dado às informações coletadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e demais itens do protocolo de Pesquisa estão em conformidade com as exigências da Resolução CNS 196/96, exceto pela ausência de um orçamento das atividades.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

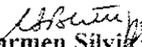
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de abril de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8. Apêndices

Apêndice 1

Caracterização das gerentes de enfermagem

		Diretora	2º nível hierárquico	3º nível hierárquico
Hospital Privado	Tempo de formada	13 anos	09 anos	07 anos
	Tempo de serviço na instituição	04 anos	05 anos	07 anos
	Tempo na função gerencial	04 anos	02 anos	02 anos
	Qualificação profissional	Especialista em planejamento em saúde	Especialista em Administração Hospitalar e Gestão estratégica de pessoal	Graduação
	Capacitação para função gerencial	Cursos oferecidos pela instituição	Cursos oferecidos pela instituição	Cursos oferecidos pela instituição e SOBRAgen*
Hospital Público	Tempo de formada	20 anos	16 anos	18 anos
	Tempo de serviço na instituição	18 anos	15 anos	18 anos
	Tempo na função gerencial	17 anos	03 anos	12 anos
	Qualificação profissional	Mestre em enfermagem Especialista em Adm. Hospitalar	Mestre em enfermagem	Especialista em UTI
	Capacitação para função gerencial	Cursos oferecidos pela instituição	Cursos oferecidos pela instituição e MBA*	Cursos oferecidos pela instituição

*SOBRAGEN: Associação Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo.

*MBA: *Master Business Administration*.

Está subordinado diretamente: _____

Números total de pessoal subordinado ao serviço de enfermagem: _____

Nº de enfermeiros assistenciais: _____

Nº de enfermeiros supervisores: _____

Nº de enfermeiros diretores: _____

Nº de técnicos de enfermagem: _____

Nº de auxiliares de enfermagem: _____

Outros : _____

Nº de enfermeiros com: aprimoramento: _____, especialização: _____,

mestrado: _____, doutorado: _____

Todos os serviços ou setores (em todos os turnos) são liderados por enfermeiros?

() Sim () Não, motivo? _____

O serviço de enfermagem possui:

Regimento próprio: () Sim () Não

Manual de normas e rotinas:

() Sim em todos os setores () Sim em alguns setores () Não

Sistematização da assistência de enfermagem:

() Sim em todos os setores () Sim em alguns setores

() Não, motivo _____

Protocolos assistenciais: () Sim () Não

Serviço de educação continuada: () Sim () Não, motivo _____

Planejamento: () Não () Sim, () anual () outro _____

Modelo gerencial adotado: _____

Dados relacionados ao diretor de enfermagem:

O diretor(a) do serviço de enfermagem:

() Enfermeiro do hospital () Professor da escola () Outro: _____

Possui: () mestrado () doutorado () especialização em _____

Tempo de formado: _____

Tempo de serviço na Instituição: _____

Tempo na função gerencial: _____

Fez alguma capacitação para a função gerencial: () Não Sim ()

() cursos, () especialização, () somente experiência profissional,

() Outros _____

Apêndice 3

Pesquisa: “A prática da avaliação no cotidiano dos serviços de enfermagem”

Roteiro para entrevista (diretoras de enfermagem)

Data: ___/___/___

Entrevista nº _____

O que você entende por avaliação ?

Quais as áreas em que são empregados métodos avaliativos (assistência, administração, educação continuada, recursos humanos)?

De que maneira são realizadas atividades de avaliação no serviço de enfermagem? (investigar RH, assistencial, gerencial, uso de indicadores)

O que referir, pedir para dizer sobre os objetivos, métodos, estratégias, técnicas que são empregadas para avaliar?

Quanto aos instrumentos utilizados para a prática avaliativa (quem os elaborou, houve a participação da equipe toda ou só chefias, é institucional)

No caso de utilizar a avaliação informal explique como é realizada? Quais áreas empregadas?

Qual a importância da atividade de avaliação para o serviço de enfermagem?

Qual a importância da atividade de avaliação para a Instituição?

Quais as suas dificuldades em realizá-las? (ou por que não são priorizadas?)

De que maneiras são usados os dados referentes ao processo avaliativo?

Qual a participação da equipe de enfermagem no processo avaliativo?

Qual a participação dos pacientes no processo avaliativo?

Qual a autonomia do serviço de enfermagem para realizar as atividades de avaliação?

Qual a participação do ensino (escola/estagiários) ou colaboração nas atividades avaliativas?

Impressões do entrevistador :

Roteiro para entrevista (enfermeiros de 2º e 3º níveis hierárquicos)

Data: ___/___/___

Entrevista nº _____

Identificação: _____

Função: _____

Possui: () mestrado () doutorado () especialização em _____

Tempo de formado: _____

Tempo de serviço na Instituição: _____

Tempo na função gerencial: _____

Fez alguma capacitação para a função gerencial: () Não Sim ()

O que você entende por avaliação?

No serviço de enfermagem que você é responsável como são realizadas atividades de avaliação?

De que maneira?

Se não for feita por que não é priorizada?

Quais as áreas que são empregados métodos avaliativos (assistência, administração, educação continuada, recursos humanos)?

Quais os objetivos, métodos, estratégias, técnicas que são empregadas para avaliar?

Quanto aos instrumentos utilizados para a prática avaliativa (quem os elaborou, houve a participação da equipe toda ou só chefias, é institucional)

Utiliza indicadores?

Qual a importância da atividade de avaliação para o serviço de enfermagem de sua responsabilidade?

Qual a importância da atividade de avaliação para a Divisão/ Departamento de enfermagem?

Qual a importância da atividade de avaliação para a instituição?

Quais as suas dificuldades em realizá-las?

De que maneiras são usados os dados referentes ao processo avaliativo?

Qual a participação da equipe de enfermagem no processo avaliativo?

Qual a participação dos pacientes no processo avaliativo?

Qual a sua autonomia para realizar as atividades de avaliação?

Qual a participação do ensino (escola/ estagiários) ou colaboração nas atividades avaliativas?

Impressões do entrevistador :

Apêndice 4

Dados referentes aos documentos utilizados para avaliação:

Tipo (formulário, livro, impresso, outros):

Procedência (quem fez ou é um impresso padrão de alguma instituição governamental):

Conteúdo:

Quem aplica:

Fluxo:

Periodicidade:

Acesso às informações:

Facilidade de preenchimento:

Arquivamento:

Outras informações:

Apêndice 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*)

Pesquisa: “A prática da avaliação no cotidiano dos serviços de enfermagem”

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a existência de atividades avaliativas, sistematizadas ou não, e como estão inseridas nas atividades gerenciais dos serviços de Enfermagem. O estudo terá como benefício a compreensão de como esta atividade, uma importante ferramenta gerencial, pode fornecer maior visibilidade e credibilidade na atuação dos gerentes de enfermagem. Para tanto, precisamos da sua colaboração participando dos três momentos (respondendo ao questionário, à entrevista e fornecendo documentos que são usados para os processos avaliativos do seu serviço) planejados para a coleta de dados. Esclarecemos que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita, manteremos sigilo da sua identificação e garantimos a liberdade da não participação em qualquer tempo da pesquisa sem qualquer tipo de constrangimento.

Eu, _____, declaro que estou ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas que terei garantido o sigilo de minha identificação pessoal.

Campinas, _____ de _____ 2004.

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: Maria Silvia Teixeira Giacomasso Vergílio

Telefone para contato: (19) 32563730, (19) 91117373

Orientador: Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, do Depto de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Comitê de Ética em Pesquisa FCM- UNICAMP = F: 3788-8936

* Destinado aos Diretores de enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*)

Pesquisa: “A prática da avaliação no cotidiano dos serviços de enfermagem”

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a existência de atividades avaliativas, sistematizadas ou não, e como estão inseridas nas atividades gerencias dos serviços de Enfermagem, para compreender e analisar como esta atividade, uma importante ferramenta gerencial, possa fornecer maior visibilidade e credibilidade na atuação dos gerentes de enfermagem. Para tanto, precisamos da sua colaboração participando de dois momentos (respondendo a entrevista e fornecendo documentos que são usados para os processos avaliativos do seu serviço) planejados para a coleta de dados. Esclarecemos que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita, manteremos sigilo da sua identificação e garantimos a liberdade da não participação em qualquer tempo da pesquisa sem qualquer tipo de constrangimento.

Eu, _____, declaro que estou ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas que terei garantido o sigilo de minha identificação pessoal.

Campinas, ____ de _____ 2004.

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: Maria Sílvia Teixeira Giacomasso Vergílio

Telefone para contato: (19) 32563730, (19) 91117373

Orientador: Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, do Depto de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Comitê de Ética em Pesquisa FCM- UNICAMP = F: F: 3788-8936

- Destinado aos Enfermeiros de segundo e terceiro níveis hierárquicos