

Plano de trabalho do Enfermeiro:

**Subsídios para a realização do Diagnóstico Situacional
do Serviço de Enfermagem e Proposição de Plano de
Ação Estratégico**



**Belo Horizonte - MG
2020**



Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

Plano de trabalho do Enfermeiro: subsídios para a realização do Diagnóstico Situacional do Serviço de Enfermagem e proposição de plano de ação estratégico

**Belo Horizonte - MG
2020**



2020, Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

PLANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO: SUBSÍDIOS PARA A REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM E PROPOSIÇÃO DE PLANO DE AÇÃO ESTRATÉGICO.

Qualquer parte desta publicação poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte.

SEDE:

Rua da Bahia, 916 · 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 9º,
10º, 11º, 12º e 13º andares · Centro
Belo Horizonte | MG CEP: 30160-011
Telefone: (31) 3238 · 7500
www.corenmg.gov.br

SUBSEÇÕES:

GOVERNADOR VALADARES

Av. Sete de Setembro, 2716 · 1º andar Edifício
Medical Center · Centro Governador Valadares
MG · CEP: 35.010-172
Telefone: (33) 3279-5076

JUIZ DE FORA

R. Batista de Oliveira, 470 · Sala 701
Centro · Juiz de Fora | MG
CEP: 36.010-120
Telefone: (32) 3213-3302

MONTES CLAROS

R. Correia Machado, 1025
Edifício Premier Center Salas 103, 104 e 105
Centro · Montes Claros | MG · CEP: 39.400-090
Telefone: (38) 3215 · 9992 | (38) 3216 · 9100

PASSOS

R. Dr. Manoel Patti, 170 A · Salas 2 e 4 Centro ·
Passos | MG · CEP: 37.900-040 Telefone: (35)
3526 · 5821

POUSO ALEGRE

R. Bernardino de Campos, 39 · Sala 2
Centro · Pouso Alegre | MG · CEP: 37.550-000
Telefone: (35) 3422 · 1961

TEÓFILO OTONI

R. Dr. Manoel Esteves, 323 · Salas 105 e 107
Centro · Teófilo Otoni | MG ·
CEP: 39.800-090 Telefone: (33) 3522 · 1661

UBERABA

Av. Leopoldino de Oliveira, 3490 · Sala 601
Centro · Uberaba | MG · CEP: 38.010-000
Telefone: (34) 3338 · 3708

UBERLÂNDIA

Av. Getúlio Vargas, 275 · Sala 605
Centro · Uberlândia | MG · CEP: 38400-299
Telefone: (34) 3210 · 0842

VARGINHA

Praça Champagnat, 29 · 2º andar · Sala 200
Edifício Sílvio Massa · Centro
Varginha | MG · CEP: 37.002-150 Telefone:
(35) 3222 · 3108 / (35) 3222 · 3197

UAI Divinópolis

Rua Goiás, 206 · Centro
Telefone: (37) 3214-2212 / 3213-6473

UAI Patos de Minas

Avenida José de Santana, 1307 · Centro
Telefone: (34) 3821 · 3445 / 3823-9723/
7419/ 7519/ 9750





PLENÁRIO DO COREN-MG (2018-2020)

PLENÁRIO DO COREN-MG (2018-2020)

DIRETORIA DO COREN-MG:

Presidente: Enfermeira Carla Prado Silva

Vice-Presidente: Enfermeira Lisandra Caixeta de Aquino **Primeiro-Secretário:** Enfermeiro Érico Barbosa **Pereira**

Segundo-Secretário: Enfermeiro Gustavo Adolfo Arantes

Primeira-Tesoureira: Auxiliar de Enfermagem Vânia da Conceição Castro G. Ferreira

Segunda-Tesoureira: Auxiliar de Enfermagem Vanda Lúcia Martins

MEMBROS EFETIVOS DO PLENÁRIO:

Christiane Mendes Viana · Enfermeira

Elânia dos Santos Pereira · Auxiliar de Enfermagem

Ernandes Rodrigues Moraes · Técnico de Enfermagem

Fernanda Fagundes Azevedo Sindeaux · Enfermeira

Iranice dos Santos · Técnica de Enfermagem

Jarbas Vieira de Oliveira · Enfermeiro

Karina Porfírio Coelho · Enfermeira

Lucielena Maria de Sousa Garcia Soares · Enfermeira

Maria Eudes Vieira · Auxiliar de Enfermagem

SUPLENTE:

Alan Almeida Rocha · Enfermeiro

Claudio Luis de Souza Santos · Enfermeiro

Enoch Dias Pereira · Técnico de Enfermagem

Elônio Stefaneli Gomes · Técnico de Enfermagem

Gilberto Gonçalves de Lima · Enfermeiro

Gilson Donizetti dos Santos · Enfermeiro

Jaime Bernardes Bueno Junior · Enfermeiro

Kássia Juvencio · Enfermeira

Lívia Cozer Montenegro · Enfermeira

Linda de Souza Leite Miranda Lima · Técnica de Enfermagem

Maria Magaly Aguiar Cândido · Técnica de Enfermagem

Mateus Oliveira Marcelino · Enfermeiro

Simone Cruz de Melo · Enfermeira

Valdecir Aparecido Luiz · Técnico de Enfermagem

Valéria Aparecida dos Santos Rodrigues · Técnica de Enfermagem

COMITÊ PERMANENTE DE CONTROLE INTERNO

Elânia dos Santos Pereira · Auxiliar de Enfermagem

Iranice dos Santos · Técnica de Enfermagem

Jarbas Vieira de Oliveira · Enfermeiro

DELEGADOS REGIONAIS:

Efetiva: Enfermeira Carla Prado Silva

Suplente: Enfermeira Lisandra Caixeta de Aquino



AUTORES

Alexandre da Silveira Sete - Membro da Câmara Técnica do Coren-MG

Andréia Oliveira de Paula Murta - Coordenadora Adjunta da Câmara Técnica do Coren-MG

Angela de Souza Floriano - Membro da Câmara Técnica do Coren-MG

Meiriele Tavares Araujo - Membro da Câmara Técnica do Coren-MG

COLABORADORES

Thais Zielke Dias Cardoso - Acadêmica de Enfermagem da Câmara Técnica do Coren-MG



SIGA O **COREN-MG**
NAS REDES SOCIAIS



www.corenmg.gov.br

Rua da Bahia 916, Centro | Belo Horizonte-MG
Telefone Geral: (31) 3238-7500



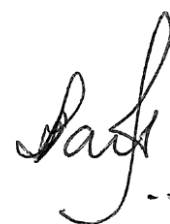
SUMÁRIO

Apresentação	09
Introdução	10
Diagnóstico Situacional	12
Reconhecimento da estrutura organizacional do serviço	13
Avaliação dos Recursos Físicos e infra-estrutura	14
Avaliação dos Recursos Humanos	17
Avaliação dos Recursos Materiais	19
Instrumentos Gerenciais	21
Identificação e definição de Indicadores assistenciais em enfermagem	25
Análise situacional para definição de ações prioritárias	27
Reconhecimento e análise do cenário (Brainstoming/Brainwritting ou matriz SWOT)	27
Priorização dos problemas (Matriz de GUT)	29
Análise das causas raiz (Método dos 5 porquês, Diagrama de Ishikawa ou Árvore de problemas)	31
Definição de plano de ação (5W3H ou PDCA)	34
Fluxograma	42
Referências Bibliográficas	42
Anexos	
Anexo 1 - Modelo de registro de brainstorming	46
Anexo 2 - Modelo de matriz FOFA	47
Anexo 3 - Modelo de Espinha de Peixe	48
Anexo 4 - Modelo de matriz GUT	49
Anexo 5 - Modelo de 5W2H/5W3H ou 5W2H1S	50
Anexo 6- Modelo de anuência do gestor/responsável legal	51

APRESENTAÇÃO

O presente documento intitulado “Plano de trabalho do Enfermeiro Referência Técnica: subsídios para a realização do Diagnóstico Situacional do Serviço de Enfermagem e proposição de plano de ação estratégica” visa embasar o Enfermeiro - principalmente o Enfermeiro responsável técnico - para elaboração do diagnóstico situacional do serviço sob sua responsabilidade, elaboração de plano de ação estratégico, monitoramento e avaliação das ações propostas.

Trata-se de uma revisão do documento DIAGNÓSTICO ADMINISTRATIVO/ SITUACIONAL DE ENFERMAGEM/SAÚDE1: Subsídios para elaboração. 1 Texto original elaborado pela Enfermeira Fiscal do COREN-MG Clarice Henriques Santos, em 1997. Revisado e atualizado pela Câmara Técnica Gerencial e Assistencial (CTGA) do COREN-MG em 2009, pelos membros: Enfª. Dra. Maria Édila Abreu Freitas, Enfª. Claudia Maria de Melo Franco Silva e Enfª. Danielle Brandão Silva.



Enfermeira Carla Prado
Presidente



INTRODUÇÃO

O Enfermeiro, profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, tem como privativas no contexto da gestão, as atividades de “direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; e planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1987, sp).

No contexto das práticas de saúde, papel do Enfermeiro é executar procedimentos e cuidados diretos/indiretos ao cliente, exercer liderança da equipe assim como assumir e desenvolver ações de gestão do serviço e do cuidado. A formação do Enfermeiro para um bom gerente, demandam várias características, dentre elas: agilidade, flexibilidade, coordenação, direcionamento, avaliação e planejamento. Seu trabalho na gerência torna necessário a elaboração do diagnóstico administrativo de enfermagem, visto que, esse contribui na organização do serviço e na detecção de problema (RIBEIRO *et al.* 2008; BAULI; MATSUDA, 2009).

O Enfermeiro, no desenvolvimento de suas várias funções para além da prática do cuidado direta ao paciente nos serviços de saúde, possui as atividades gerenciais ou administrativas como inerentes e essenciais. Diante disso, o Enfermeiro como gestor deve guiar motivadamente sua equipe e instigar a primazia no atendimento aos seus clientes. O conhecimento teórico, habilidades e atitudes do Enfermeiro são as ferramentas capazes de facilitar o alcance de resultados almejados na assistência de enfermagem (SANTOS *et al.* 2011).

Entretanto, a autonomia deste profissional depende tanto do seu conhecimento quanto do posicionamento político-ideológico da instituição, cabendo-lhe autocrítica sobre quais ações devem ser propostas a fim de garantir resultados e melhorias nos processos de trabalho. Essa autonomia deve ser embasada em sua capacidade de proposição, acompanhamento e enfrentamento para as ações a serem propostas após o diagnóstico, também entendido como grau de governabilidade das ações. Os resultados de um diagnóstico despertam várias incertezas quanto às possibilidades de ação, uma vez que nem todas estarão no espaço de governabilidade do Enfermeiro diagnosticador. Essa análise da capacidade de governabilidade passa pelo entendimento da viabilidade das ações pensadas em termos econômicos, políticos e institucionais/ organizacionais (GENTILINI, 2014).

O trabalho do Enfermeiro responsável técnico de um determinado serviço possui como premissa básica o gerenciamento da assistência de enfermagem, objetivando o planejamento dos recursos necessários para a garantia da qualidade do serviço e do cuidado prestado (ANTUNES; TREVIZAN, 2000). Esse gerenciamento da assistência possui como etapas importantes o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar as ações desempenhadas a fim de alcançar os objetivos propostos. Entretanto, uma das estratégias que deve ser observada, discutida e compartilhada por todos os envolvidos antes de se propor o gerenciamento é a realização do diagnóstico da situação vigente (ANTUNES; TREVIZAN, 2000; SÃO PAULO, 2012), também conhecido como diagnóstico situacional estratégico, que deve ter qualidade nas informações e representar a realidade vivenciada.

O Enfermeiro é o profissional que possui competência técnico-científica, ética e legal para gerir o



serviço de enfermagem, conforme ditam a Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87. Todo Enfermeiro pode e deve realizar um diagnóstico situacional do serviço de enfermagem pelo qual é responsável, a fim de se apropriar da realidade apresentada e propor plano de trabalho em um ciclo melhorias contínuas. Ademais, se torna obrigatório que todo serviço de enfermagem possua Enfermeiro Responsável Técnico, nos termos da Resolução Cofen nº 509 de 2016 (COFEN, 2016).

Esse profissional por receber a anotação de responsabilidade técnica (ART), torna-se então o responsável Técnico (RT) de enfermagem ao qual estão atribuídas a responsabilidade pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, segundo Art. 2º da Resolução Cofen nº 509/2016. Sendo a posteriori, emitida a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), documento pelo qual se materializa o ato administrativo de concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem (COFEN, 2016).

A responsabilidade técnica dos serviços de enfermagem é uma atribuição específica e inerente ao profissional Enfermeiro, que deve estar habilitado na forma da legislação vigente e que responde tecnicamente pela assistência de enfermagem e qualidade dos serviços prestados sob sua responsabilidade. Assegurar a presença de um RT pressupõe uma garantia de que a assistência e o cuidado de enfermagem estão sendo executados sob supervisão de um profissional habilitado, devendo este ser presente e atuante no serviço. Adverte-se que, somente assinar como RT, é previsto no Código de Ética da Enfermagem, na Resolução Cofen nº 564/2017, como proibição que o nome do profissional RT conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação. (COFEN, 2017).

A Resolução Cofen nº 509 de 2016 elenca vinte e três atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, em seu artigo 10, sendo que determina como atribuição no item XXII:

Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que de- verão ser apresentados à empresa/instituição e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT (COFEN, 2016, p. 8).

As principais atividades cabíveis ao RT são organizar e gerir o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros; realização do diagnóstico situacional do serviço; estabelecimento de plano de ações e acompanhamento dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem (COFEN, 2016).



2. Diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional (DS) é uma ferramenta de gestão importante que permite identificar a realidade do serviço em que ele está inserido, as fragilidades e potencialidades do local, bem como o perfil da clientela assistida (KURCGANT, 2016). Possui fundamental importância para o levantamento de problemas, que embasam o planejamento estratégico situacional possibilitando o desenvolvimento de ações mais efetivas e qualificadas em relação aos problemas encontrados a fim de garantir uma assistência humanizada e resolutive. O principal objetivo do DS é demonstrar a realidade da instituição para todos, possibilitando que o controle, coordenação e planejamento sejam realizados de forma efetiva (SILVA, KOOPMANS, DAHER, 2016; RIBEIRO, 2008; HESKETH, 2009).

O planejamento e direcionamento das ações de saúde demandam conhecimento da realidade, da dinâmica e dos riscos em que se está inserido, bem como a forma como estão organizados os serviços, as rotinas e os processos de trabalhos dos profissionais e os fluxos dos usuários (SILVA, KOOPMANS, DAHER, 2016). Nesse contexto, deve-se considerar cuidadosamente os dados e fatos levantados sobre realidade vivenciada para que o diagnóstico represente de maneira adequada a realidade e favoreça a identificação das melhores estratégias a serem adotadas (RIBEIRO, 2015).

Para elaboração do DS pode-se considerar a tríade de Donabedian que se baseia em três itens: estrutura, processo e resultado. A estrutura engloba os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para assistência à saúde. O processo consiste nas atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, baseadas em padrões reconhecidos de qualidade, sendo sua análise realizada sob o ponto de vista técnico e/ ou administrativo. E por fim, o resultado consiste no produto final da assistência prestada (FONSECA C.; FREITAS; FONSECA S., 2016). Esse modelo conceitual fornece um dos enquadramentos possíveis para examinar os serviços de saúde e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, contribuindo assim para a realização do DS.

No serviço de saúde, o DS demonstra ser um instrumento eficaz para conhecer a realidade local, com base em suas fragilidades e potencialidades, bem como o perfil da clientela, permitindo avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processo e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários do serviço de saúde na busca da resolutividade e qualidade (COREN, 2010; KURCGANT, 2016). Nessa perspectiva, destaca-se o DS de enfermagem como essencial para que o planejamento do serviço de enfermagem possa ser efetivo, com os recursos necessários previstos e providos, e culmine no cuidado de qualidade centrado no paciente.

Para a elaboração de um DS recomenda-se seguir as seguintes etapas apresentadas a seguir:

- 2.1 Reconhecimento da estrutura organizacional do serviço;
- 2.2 Avaliação dos Recursos Físicos e infra-estrutura;
- 2.3 Avaliação dos Recursos Humanos;
- 2.4 Avaliação dos Recursos Materiais;
- 2.5 Instrumentos Gerenciais ;
- 2.6 Identificação e definição de Indicadores assistenciais;
- 2.7 Análise situacional para definição de ações prioritárias.



2.1 Reconhecimento da estrutura organizacional do serviço

A estrutura organizacional e gerencial de um serviço de saúde constitui-se de estrutura formal, pautada em modelo de gestão adotado, organogramas com posições hierárquicas, de comando e de comunicação bem definidas, bem como pela sua estrutura informal composta pelas relações sociais e cotidianas. O reconhecimento dessa estrutura organizacional e gerencial permite a identificação e aprofundamento da análise das contingências que interferem direta ou indiretamente no planejamento, execução, controle e avaliação das atividades de enfermagem. Assim como contribuem para o fluxo comunicacional no planejamento e no desenvolvimento de ações mais flexíveis e satisfatórias para o processo de trabalho (JERICO; PERES; KURCGANT, 2008).

A formatação da estrutura organizacional implica na divisão do trabalho, responsabilidades, níveis de autoridade e tipo de concepção de gestão a ser adotada (LORINZETTI *et al.* 2014). Nesse sentido, esta impacta na capacidade do Enfermeiro de gerenciar o serviço de enfermagem ali inserido, assim como na análise de viabilidade das ações a serem propostas baseadas no grau de governabilidade desse gestor de enfermagem. As estruturas organizacionais que possuem descentralização administrativa permitem um maior envolvimento dos profissionais com a organização, bem como maior motivação destes para o trabalho, favorecendo assim os resultados dessas organizações. Entretanto, as estruturas tradicionais, centralizadoras e hierarquizadas, pouco adaptáveis às situações contingenciais favorecem os modelos e estratégias tradicionais de gerência baseadas no autoritarismo, na centralização das decisões e na impessoalidade nas relações (EDUARDO, 2016).

Outro ponto importante nessa etapa de reconhecimento da estrutura organizacional e gerencial do serviço de saúde é a identificação e compreensão da identidade organizacional com base em seus elementos - missão, visão e valores - que devem ser compartilhados por todos os níveis gerenciais. Esses elementos são criados por meio de observações da organização e de reuniões estratégicas para delimitar onde e como se pretende chegar e quais os recursos que serão utilizados para tal finalidade (SCORSOLINI-COMIN, 2012).

Nesse sentido, pode-se definir a missão como a razão de ser de uma organização, representa o papel que a organização desempenha em seu negócio e torna palpável a definição do negócio à medida que procura explicitar o que a organização é e/ou faz, como desempenha seu papel e para quem. A visão consiste na definição do que espera ser/realizar em um determinado tempo, orientando os profissionais para o futuro, com um prazo a ser cumprido, por isso em sua maioria devem conter uma data para reavaliação da proposta. E por fim, os valores são os princípios convicções a respeito do que se considera importante para a realização de objetivos, missão e visão traçados para todos os indivíduos que fazem parte de uma organização. Por fornecerem um senso de direção comum, cada setor dentro da organização deve contemplá-los em suas ações. Essa tríade deve ser clara para o coletivo para contribuir para a coesão grupal assim como devem estar presentes no contexto cotidiano, fazendo parte das normas, desenhos que delineiam suas estruturas, manuais de técnicas e procedimentos, bem como os comportamentos (SCORSOLINI-COMIN, 2012; FERREIRA, 2016).



2.2 Avaliação dos Recursos Físicos e infraestrutura

A avaliação dos recursos físicos e infraestrutura situa-se no componente “estrutura” da tríade de Donabedian correspondendo àquilo que possui relativa estabilidade dentro de um sistema (FONSECA C.; FREITAS; FONSECA S., 2016). Presume-se que uma estrutura adequada permita o desenvolvimento de um bom processo e este, por sua vez, produza um resultado de qualidade. Entretanto, pondera-se que a sequência de ações e relações que liga a estrutura aos resultados é um longo caminho, que pode apresentar contingências não previstas. Nesse sentido, mesmo as melhores infraestruturas se mal utilizadas ou reconhecidas podem originar resultados não satisfatórios (MOURA *et al.* 2010), enquanto a excelência profissional, seja gerencial e/ou assistencial, pode resultar em efeitos benéficos, mesmo em condições adversas.

Os recursos físicos compreendem as áreas internas e externas que compõem um estabelecimento assistencial de saúde (EAS), caracterizados por dimensões e instalações que atendam a população e compõem atividades de cuidados em saúde (TAKAHASHI, GONÇALVES, 2005). O Enfermeiro, por reconhecer as necessidades assistenciais e as atividades que serão desenvolvidas pela equipe de saúde, pode contribuir para o planejamento da área física, bem como avaliar sua funcionalidade a fim de garantir a qualidade da assistência prestada bem como da segurança do paciente. Para construção e ambientação dos EAS, é indispensável atender aos requisitos estabelecidos pelas leis municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos governamentais, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (TAKAHASHI e GONÇALVES, 2005).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da ANVISA, nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, é uma das principais diretrizes, que dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos dos EAS (ANVISA, 2002). As instituições de saúde construídas antes da RDC nº 50/2002 devem ser avaliadas pelo Enfermeiro quanto aos seus impactos no processo de trabalho e na segurança do paciente, sinalizando-as ao setor competente para as devidas adequações. Embora o Enfermeiro não tenha autonomia para realizar ou autorizar reformas, ele deve apontar quais as adequações de estrutura física devem ser providenciadas para que os processos de enfermagem sejam realizados com segurança e qualidade, tornando não conivente com situações inseguras aos cuidados de saúde para seus usuários e profissionais (LOBO, 2014).

Todos os projetos de EAS, após 2002, deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma, assim como devem ainda atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos (ANVISA, 2002; LOBO, 2014). Destaca-se que EAS como unidades de pronto atendimento (UPA), unidades básicas de saúde (UBS), serviços de hemodiálise, serviços de quimioterapia, serviços de imagiologia dentre outros possuem normatização complementar a RDC nº 50/2002 que devem ser consideradas em suas últimas edições ou substitutivas das utilizadas.

Em 2013, o Ministério da Saúde no âmbito do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento criou o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS) (<http://somasus.saude.gov.br>). O SomaSUS contribui para consultas relacionadas a estrutura física dos EAS fornecendo conhecimento técnico das normas e legislações para os gestores e profissionais na área da saúde. Essa ferramenta auxilia a elaboração de projetos de



investimentos de infraestrutura física e tecnológica em saúde e permite a classificação dos EAS por ambientes e serviços, objetivando a criação de projetos mais condizentes com as atividades desenvolvidas (BRASIL, 2013).

Entretanto, pouca atenção dos gestores, incluindo os Enfermeiros, é direcionada a importância da estrutura física para a qualidade e segurança assistencial. Lobo (2014), alerta que arcabouço legal da ANVISA ainda não considera, no seu âmbito de Resoluções Sanitárias referentes à infraestrutura física, aspectos específicos concernentes à iniciativa “Hospitais Seguros Frente aos Desastres”, adotada pela Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), assim como aspectos de redução da vulnerabilidade não estrutural referente aos elementos arquitetônicos, recomendando a inclusão de um capítulo específico no Processo de Revisão da RDC nº 50/2002, sobre a redução da vulnerabilidade das edificações de saúde. Para descrição e avaliação no DS dos recursos físicos sugere-se desenvolver um checklist para os espaços ou setores existentes, de acordo com a RDC nº 50/2002 e outras legislações pertinentes para identificação dos requisitos para cada espaço em conformidade com as Normas Reguladoras, bem como os manuais de programação arquitetônica por tipo de unidades funcionais disponíveis no SomaSUS. Exemplo de um modelo de checklist para uma unidade de internação no Quadro 1, abaixo:

Quadro 1: Requisitos da estrutura física de Unidade de Internação Geral

Unidade/ambiente	Dimensionamento		S	N	N/A	Observações
	Quantificação (min)	Dimensão (min)				
Posto de Enfermagem/ prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m ²				
Sala de Serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m ²				
Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos)	7,5 m ²				
Quarto de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento	10,0m ² = quarto de 1 leito, ou 14,0m ² com dimensão mínima de 3,0m 7,0m ² por leito = quarto de 2 leitos				
Enfermaria de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento	6,0m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m				



Outro ponto a se destacar na análise e avaliação da infraestrutura para o DS é a ambiência da instituição. Ambiência é criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas, de acordo com a Política Nacional de Humanização (BESTETTI, 2014). A ambiência deve ser feita através da discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço, assim como atentando para os aspectos referentes à acessibilidade.



2.3. Avaliação dos Recursos Humanos

A avaliação dos recursos humanos de enfermagem baseia-se na avaliação do perfil da instituição, serviços que são ofertados, perfil do paciente, procedimentos/ cuidados que devem ser realizados pela equipe de enfermagem e total de horas despendidas para realizar esses procedimentos ou cuidados (COFEN, 2017).

Para avaliar os recursos humanos deve-se levar em consideração as diferentes categorias profissionais da enfermagem e que Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem possuem competências diferentes, conforme a Lei nº 7498/86 e o Decreto nº 94.406/87. Ao Enfermeiro compete a realização de certas atividades que lhe são privativas; ao Técnico de Enfermagem compete realizar todas as atividades de enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro; e ao auxiliar de enfermagem compete realizar atividades de menor complexidade, mais simples, de rotina e caráter repetitivo. Importante salientar ainda, que os profissionais de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), não podem atuar sem a supervisão de Enfermeiro, conforme a Lei Federal.

A avaliação dos recursos humanos da enfermagem deve ser realizada por Enfermeiro, pois a ele compete

Art. 8º – Ao Enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem” (BRASIL, 1987).

Cabe pontuar, então, que o Enfermeiro deve avaliar a assistência de enfermagem e planejar os recursos humanos necessários para realização das atividades de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência. Sendo que a Resolução Cofen nº 509/2016 traz como atribuição do Enfermeiro responsável técnico, em seu artigo 10, item III:

Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem (COFEN, 2016).

A fim de padronizar parâmetros comuns para o cálculo de pessoal de enfermagem pelos Enfermeiros, o Conselho Federal de Enfermagem, desde 1996, vem publicando normativas de dimensionamento de pessoal, baseados na literatura sobre o assunto: Resolução Cofen nº 189/1996; Resolução Cofen nº 293/2004; Resolução Cofen nº 527/2016 e, por fim, a Resolução Cofen nº 543/2017 (COFEN, 1996; 2004; 2016;2017).

O dimensionamento de pessoal proposto pela Resolução Cofen nº 543/2017 **(ou a que sobrevir)** estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem,



assim como pela lei do exercício profissional que assegura a presença do Enfermeiro nos espaços de cuidados de enfermagem e de trabalho dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que lhe são subordinados (COFEN, 2017; BRASIL, 1987). A construção e organização do quadro de pessoal de enfermagem depende da atuação do Enfermeiro que deve verificar e analisar a seu quadro, qualitativamente e quantitativamente, de equipe de enfermagem com vistas a execução de uma assistência de enfermagem de qualidade (SOUZA; SILVA L.; SILVA E., 2018).

A Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG), publicou em 2018, o “Caderno Técnico para Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem” e disponibilizou planilhas que facilitam o cálculo, conforme as orientações e premissas da Resolução Cofen nº 543/2017 (COREN-MG, 2018). O material encontra-se disponível no link: (HYPERLINK “https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/1313524/caderno_tecnico_dimensionamento_2018_versao_previa.pdf/8f65a23b677275a8b06010ff761cb6ec”

Entretanto, adverte-se que os parâmetros da Resolução do Cofen nº 543/2017 representam normas técnicas mínimas, constituindo-se um referência e instrumento para orientar os Enfermeiros dos serviços de saúde no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para execução das ações de enfermagem, bem como contribuir para o ratio profissional de enfermagem/paciente (COFEN, 2017). O dimensionamento de outras categorias profissionais não são atribuições do Enfermeiro.

Após realizar o cálculo de pessoal baseado nos parâmetros da Resolução do Cofen, o Enfermeiro deve analisar os resultados, realizar as correções pertinentes (por exemplo nos locais em que o quantitativo encontrado, porventura, não tenha sido suficiente para cobrir a sua escala), analisar o quadro existente e o quadro necessário e apresentar os dados ao gestor e ao Coren-MG.

Embora não possua autonomia para a contratação de pessoal, o Enfermeiro responsável técnico possui o dever de informar ao gestor o quantitativo necessário para a realização das atividades de enfermagem e se responsabilizar por tal cálculo. Por este motivo, orienta-se os Enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem a não cederem às pressões administrativas e políticas dos gestores, pois a segurança do paciente depende de adequado dimensionamento e eventuais falhas que ocorram poderão ser encaminhadas ao Conselho Regional onde respondem apenas profissionais de enfermagem.

As escalas dos profissionais de enfermagem, tanto de trabalho mensal e diária quanto de férias, devem ser elaboradas privativamente pelo Enfermeiro, de forma a assegurar o quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem para prestar assistência, articulando e integrando o processo de dimensionamento e distribuição de pessoal de enfermagem. A elaboração desse documento requer para além dos conhecimentos teóricos e técnicos a habilidade de gestão de conflitos e de liderança para atuar nas situações cotidianas desafiantes como os remanejamentos entre unidades, mudanças de períodos férias, negativas de folgas, entre outras (SOUZA; SILVA L.; SILVA E., 2018).

A confecção da escala diária de profissionais de enfermagem deve considerar a classificação de complexidade dos pacientes nas unidades em que ocorre observação e internação. Por este motivo, recomenda-se que seja implantado um Sistema de Classificação de Paciente (SCP) diário nessas instituições, e que seja apropriado ao perfil da clientela.

Recomenda-se que a escala de enfermagem seja afixada em local visível, não contenha rasuras,



esteja assinada e carimbada pelo RT, contenha as seguintes informações: identificação do serviço de enfermagem por setor e por categoria profissional constando nome da instituição, local de atuação, turno, nome completo dos profissionais de enfermagem, número da inscrição do Coren e sua respectiva categoria, legenda das siglas utilizadas, de acordo com as recomendações da Resolução do Cofen nº 518/2016 (COFEN, 2016) descritas em seu anexo.

Especial atenção deve ser dada às atividades administrativas realizadas pela enfermagem e aos sítios funcionais. É preciso que tais atividades estejam contempladas na avaliação do quantitativo de recursos humanos de enfermagem, a fim de que a assistência não seja prejudicada frente aos procedimentos administrativos que são de menor complexidade técnica e que podem, muitas vezes, serem realizados por outros profissionais.



2.4. Avaliação de Recursos Materiais

O papel do Gerenciamento de Recursos Materiais em instituições de saúde consiste em ter os recursos necessários ao trabalho com qualidade e em quantidades adequadas, a um menor custo e em tempo certo (CASTILHO; GONÇALVES, 2016). Assim, a gestão de materiais é uma área importante para a dimensão organizativa de uma instituição, uma vez que seu funcionamento adequado influencia diretamente no desempenho geral da organização e, especificamente nos serviços de saúde, impactam diretamente na promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas (LORENZETTI *et al.* 2014).

Portanto, para que não ocorra falta de material que possa vir a prejudicar a assistência à saúde, e tão pouco para que não ocorram excessos que elevem os custos, os materiais devem ter as suas quantidades e qualidades planejadas e controladas. Souza *et al.* (2018), destaca que em seu estudo os Enfermeiros se mostraram indiferentes quanto ao conhecimento dos custos gerados pelo cuidado para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, desconhecendo o reflexo dos custos desnecessários gerados pelo dimensionamento incorreto. Entretanto, os custos gerados com materiais utilizados na assistência prestada diretamente são de conhecimento dos Enfermeiros, pois essa associação torna sua gestão um desafio por demandar conhecimento técnico em saúde, mas também de mercado, de economia e legislativo (CASTILHO; GONÇALVES, 2016).

O maior usuário dos recursos materiais na assistência à saúde é a equipe de enfermagem, o que demanda do Enfermeiro contribuir para a contenção de gastos por meio de medidas como liderança não autoritária, processo de comunicação eficaz, promoção de ações que promovam satisfação no trabalho, educação permanente, adequação do espaço físico e dos aspectos quantitativo dos recursos materiais e do dimensionamento de pessoal atualizado e apropriado (ZULIAN *et al.* 2012; LORENZETTI *et al.* 2014).

Cotidianamente, os Enfermeiros desenvolvem a função de provisão de recursos materiais para o atendimento das necessidades da clientela, sendo as necessidades identificadas com base em conhecimento técnico-científico, ou não, fazendo solicitações e justificativas para materiais além do previsto ou não disponibilizados. Os limites da participação dos Enfermeiros na gestão de recursos institucionais não são bem definidos e variam de acordo com a política e filosofia do estabelecimento onde trabalham (VENTURA, 2010).

Entretanto, sua função na gestão dos recursos materiais é muito maior que a ação pontual de provisão, sendo indicadas como:

(...)previsão, provisão, organização e controle através da determinação e especificação dos materiais e equipamentos; estabelecimento da quantidade de material e equipamento; análise da qualidade dos materiais e equipamentos; determinação dos produtos a serem adquiridos; estabelecimento de um sistema de controle e avaliação; acompanhamento do esquema de manutenção adotado pela instituição; adoção de um programa de orientação da equipe de enfermagem, sobre o manuseio e conservação de materiais e equipamentos e atualização de conhecimentos sobre os produtos utilizados na assistência à saúde e lançados no mercado. (FONSECA, 1995, sp).

As áreas que possuem legislações vigentes sobre recursos materiais devem ser adequadas conforme suas diretrizes (VENTURA, 2010). A exemplo da Unidade de Terapia Intensiva e a Resolução nº



07/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A previsão de materiais consiste no levantamento das necessidades da unidade de enfermagem, identificando a quantidade e a especificidade desses. Deve-se considerar para isto a especificidade da unidade, as características da clientela, a frequência no uso dos materiais, o número de leitos na unidade; o local de guarda; a durabilidade do material e, a periodicidade da reposição do material. Para essa análise sugere-se o uso do mapa de consumo de material que deverá apontar o tipo de material, a cota recebida (diária, semanal ou mensal), o gasto desse material antes de sua reposição e o tempo de reposição (CASTILHO; GONÇALVES, 2016). Com base nas informações do mapa de consumo é possível estimar o quantitativo de material necessário e criar dados sobre seu consumo, falta e excesso de forma a otimizar e atualizar a cota recebida para a unidade antecipadamente.

A Provisão de materiais seria a ação de reposição de materiais em seu quantitativo ideal e planejado. Essa função deve levar em consideração a rotina institucional de requisição de materiais, sem deixar de estabelecer rotinas para a reposição em situações de urgência e anormais, bem como ter consenso com a forma de controle estoque desses materiais. A reposição deve ser feita de forma manter o serviço com sua cota atualizada, podendo ser considerado um quantitativo por período de reposição, ou um ponto de ressuprimento, que seria uma quantidade mínima que definiria a reposição, ou por demanda por meio de requisição (CASTILHO, GONÇALVES, 2016).

Considerando a organização do material no setor e sua guarda ou estocagem é importante atentar para: a facilidade de visualização do tipo e quantitativo de material para o pessoal de enfermagem, evitar riscos de contaminação (poeira, umidade, luz entre outros), garantir a facilidade de realização de inventários, reposição e controle (por exemplo, através do uso de fichas por n.º e espécie); proporcionar rigoroso controle, possibilitar à equipe de enfermagem o acesso aos materiais e evitar o estoque clandestino e a guarda descentralizada, o que pode dificultar o controle e favorecer o desvio, bem como proporcionar um falso resultado da cota mensal necessária para a previsão (CASTILHO, GONÇALVES, 2016; CASTILHO, FUGULIN, GAIDZINSKI, 2016).

Por fim, mas não menos importante, há que se destacar na gestão de materiais e equipamentos, o controle de manutenção realizada. Ela deve ser realizada periodicamente, de forma preventiva e de acordo rotina da unidade, com objetivo de detectar e evitar que o equipamento venha a apresentar defeitos ou mau funcionamento. Assim como deve ser claro e disponível a rotina e fluxo para a manutenção corretiva a ser realizada após o aparelho ter apresentado algum problema, com objetivo de restaurar, corrigindo o defeito apresentado pelo mesmo. Assegurando que esse retorne a unidade ou seja reposto de forma a garantir o arsenal necessário, por meio de controle do quantitativo, entradas e saídas desse na unidade.

A participação do Enfermeiro ainda pode e é recomendada no processo de seleção e compras de materiais assistenciais por meio de sua atuação na padronização dos materiais, na especificação técnica dos materiais; no teste de qualidade do material com emissão de parecer técnico e na promoção das estratégias de orientação e capacitação quanto ao uso racional de materiais a fim de minimizar desperdícios (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2016).

Considera-se que uma má gestão dos recursos materiais pode acarretar em falta de materiais para assistência que possui reflexos como competitividade desnecessária entre setores por materiais, síndrome de burnout nos profissionais devido constantes conflitos, iatrogenias, falta de qualidade



assistencial, assim como, aumento dos custos das internações (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2016).



2.5. Instrumentos Gerenciais

Os instrumentos gerenciais de enfermagem são o conjunto de instrumentos que visam subsidiar adequadamente a organização e os registros do serviço de enfermagem, mas que são pouco reconhecidos pelos Enfermeiros gestores (OLIVEIRA *et al.* 2017; FREITAS; SILVA C.; SILVA D., 2009). Possuem um papel importante como fonte de pesquisas e de identificação de necessidade de atuação da educação permanente e em serviço para a enfermagem e para as instituições. Destaca-se ainda que muitos desses ainda se encontram apenas em formato impresso, o que pode representar um empecilho para seu amplo conhecimento e atualização.

Essa série de ferramentas e instrumentos são embasadas nas teorias/modelos administrativos adotados, no processo de trabalho, na ética, nos saberes sobre a cultura e poder organizacional, na qualidade de vida e saúde do trabalhador, nas leis trabalhistas vigentes, no gerenciamento de pessoas e dimensionamento de pessoal, no gerenciamento de recursos materiais e custos, nos recursos físicos disponíveis e necessários, nos sistemas de informação utilizados, bem como nos processos decisórios estabelecidos (OLIVEIRA *et al.* 2017; MARQUIS; HUSTON, 2015). Nesse sentido, esses podem apresentar variações de forma e disponibilidade de acordo o serviço, existindo a premissa de alguns como obrigatórios e que serão abordados aqui, alguns estudiosos defendem o planejamento estratégico como um instrumento de gestão, entretanto, outros o consideram um processo dentro do contexto da gestão (LORINZETTI *et al.* 2014; OLIVEIRA *et al.* 2017), não sendo aqui abordado como instrumento.

Para atender a uma atribuição do Enfermeiro RT e a realização do DS é necessário verificar, conhecer e descrever os instrumentos disponíveis, no e para o trabalho da enfermagem (COFEN, 2016). Sugere-se atentar para os seguintes instrumentos formais: manual do serviço de enfermagem, regimento interno da enfermagem, os relatórios de enfermagem, as evoluções de enfermagem, os instrumentos utilizados no gerenciamento do cuidado e dos riscos, as escalas de trabalho de enfermagem, os mapas e check-lists disponíveis na unidade.

O manual do serviço de enfermagem é um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais (BORBA, 1985; MARQUIS, HUSTON, 2015). Esse deve estar visível e disponível, impresso ou online, permitir a consulta com facilidade e ser do conhecimento do coletivo, e legitimado pelas instâncias responsáveis. A atualização deste manual deve ser periódica e seu conteúdo deve refletir clareza e objetividade. As informações reunidas neste de forma sistematizada sobre as práticas/ações do serviço/estabelecimento, facilita o treinamento de novos profissionais, a tomada de decisão baseada em informações criteriosamente organizadas, assim como esclarece dúvidas sobre os processos de trabalhos, proporcionando maior segurança no desenvolvimento das atividades (GAMA, 2013; MARQUIS E HUSTON, 2015; MATSUDA *et al.* 2010).

O conteúdo desse manual de enfermagem varia de acordo com a necessidade de informação da unidade/ serviço/instituição a que pertence, podendo ser único e contendo: regulamento do estabelecimento de saúde; regimento do serviço de enfermagem; a identidade organizacional do serviço de enfermagem (missão, visão, valores); a estrutura organizacional desse serviço e da instituição; a planta física da unidade; a descrição das funções de cada elemento da equipe da enfermagem; descrição dos cuidados de enfermagem desenvolvidos; normas, rotinas e procedimentos; roteiros; descrição e funcionamento de equipamentos padronizados; quadro de



peçoal da unidade; direitos e deveres dos elementos da equipe, indicadores acompanhados e outros (GAMA, 2013). Esse ainda pode ser dividido em duas partes de acordo o seu conteúdo, em manual de instruções e procedimentos administrativos e Manual de instruções técnicas.

Devido a diversidade de nomenclaturas existentes para os instrumentos gerenciais, apresenta-se, de forma sumária, a finalidade/conceitos dos diversos recursos que podem compor um manual, de acordo com GAMA (2013):

Estatuto: É um instrumento que constitui um conjunto de normas e princípios para presidir a organização e o funcionamento de uma empresa, devendo ser elaborado preferencialmente pela entidade mantenedora (em equipe).

Regulamento: É o ato normativo de caráter estável, baixado pela administração superior, para regular e ampliar o estatuto, as leis e direitos para caracterizar a organização.

Regimento: É o ato normativo de caráter flexível, aprovado pela direção executiva, dispõe sobre os objetivos, a organização, a política de funcionamento, as estruturas e as atribuições gerais, o pessoal, os impressos, rotinas, roteiros e relatórios, para conduzir e orientar o serviço; é mais minucioso e específico e rege o serviço.

Norma: São atos normativos que orientam uma conduta / os executantes no cumprimento de uma atividade.

Atividade: É um conjunto de meios e processos que materializam uma função.

Procedimento: É a descrição detalhada, simplificada e objetiva de como desenvolver uma ação.

Rotina: É um componente da organização de um serviço e descreve sistematicamente todos os passos a serem dados para a realização das tarefas que compõem uma atividade.

Roteiro: É a descrição sistemática das atribuições de cada um na sequência lógica de sua realização (geralmente já vem inserida na rotina).

Procedimento operacional padrão (POP): É a descrição sistematizada, clara e objetiva de um determinado procedimento para o serviço.

Relatório: Deve exprimir a qualidade e os aspectos quantitativos de um serviço em determinado período; deve conter: introdução (identificação do SE e objetivos propostos), desenvolvimento (descrição objetiva das atividades realizadas), conclusão (objetivos alcançados, facilidades e dificuldades), sugestões e recomendações.

Protocolo: Se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional. Um protocolo institucional deve representar o consenso legal, ético, científico e técnico da equipe de saúde da instituição, e não somente o pensamento individual. Por 'protocolo' define-se o conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Em outras palavras, protocolo é uma proposta de padronização de procedimentos feitos pela equipe de enfermagem ou equipe multiprofissional.

Ainda no sentido de explicar conceitualmente os instrumentos, que devem ser averiguados, temos os checklists, os mapas de controle da realização de atividades, os formulários, os livros de registros, o prontuário do paciente e a evolução de enfermagem.

O check-list e mapas de controle fazem parte de impressos de controles que desempenham um



importante função na gestão de risco e segurança do paciente e dos profissionais, no fornecimento de dados de forma rápida para que seja possível mitigar os riscos e trabalhar de forma preventiva na ação do cuidado e em situações inesperadas dentro do ambiente de saúde (mapa de temperatura da geladeira, checklist de controle do carrinho de parada cardiorespiratória e de funcionamento do laringo e desfibrilador, check list de equipamentos, checklist de cirurgia segura, entre outros). O checklist, especificamente, tem sido amplamente utilizado como um instrumento facilitador para identificação e resolução de “inconformidades ou não-conformidades” em vários processos de trabalho da enfermagem e em diferentes unidades, este permite uma avaliação dos processos equivocados ou perdidos, podendo ser realizado periodicamente conforme critérios determinados e demandas apresentadas (CORRÊA *et al.* 2011). Recomenda-se ser adotado para controle de processos críticos, que impactam e agregam valor ao serviço, pois a sua utilização indiscriminada, acaba por enrijecer o processo de trabalho e/ou gerar atividades administrativas burocráticas desnecessárias.

Os formulários são documentos padronizados para receber, transmitir e preservar informes, assim como podem servir de instrumentos para coleta de dados de funcionamento da unidade. Para Marques e Oda (2012), o formulário é um instrumento de comunicação que serve de base para auxiliar a execução dos processos organizacionais, através da transmissão e armazenamento de informações. E por esse motivo é importância para a organização ao poder contribuir para a transmissão e registros das informações, principalmente se baseada em dados quantitativos, transportando informações de uma pessoa para outra, máquina para máquina e de organização para organização (ROLDAN, 2010).

Os livros de registros de enfermagem e de passagem de plantão são um meio para registro formal de todos acontecimentos levando em consideração ocorrências que permeiam pelos processos, pessoas e estrutura de forma que a equipe de supervisão tenha continuidade das ações com a monitoria da coordenação. Há que se atentar para os impressos de passagem de plantão da unidade de forma que eles não constituam-se apenas em mais um papel a ser preenchido e descartado, e até mesmo descartado de forma pouco atenta, uma vez que ali contém informações de pacientes, profissionais e atividades realizadas.

As anotações de enfermagem são consideradas um documento legal se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras (COFEN, 2016). Nesse sentido, o passômetro, quando devidamente identificado e organizado, com páginas numeradas e datadas para comprovação de sua cronologia, e devidamente assinado pelos profissionais responsáveis por esse, possui valor legal. Recomenda-se ainda a não a utilização do livro da unidade para registros sobre os pacientes, pois quando solicitados os registros da assistência de enfermagem para fins judiciais poderá ser difícil identificá-los rápida e concisamente, podendo a informação ser perdida e não ser devidamente utilizada, assim como suscitar questionamentos quanto ao sigilo e veracidade das informações dos pacientes ali registradas.

As escalas de enfermagem são documentos comprobatórios sobre o dimensionamento planejado e realizado cotidianamente em todos os tipos de serviço, assim como a quantidade de horas de enfermagem disponibilizadas para os pacientes aos quais o cuidado será prestado. Essas possuem poder legal e representam prova formal para muitos processos éticos e administrativos sobre a assistência de enfermagem. Associada aos instrumentos que mensuram a complexidade de cuidados dos pacientes ou a carga de trabalho demanda por esses pacientes torna-se uma



ferramenta essencial para as discussões de gestão de pessoas em enfermagem bem como segurança do paciente e qualidade da assistência prestada. Cabe ressaltar que A escala precisa ter identificação da instituição, mês, ano, nome completo dos profissionais, número do registro, categoria profissional, legenda, e assinatura do responsável pela confecção, conforme Resolução Cofen nº 518/16 (COFEN, 2016).

O prontuário do paciente e a evolução de enfermagem são considerados instrumentos gerenciais assim como documentos legais de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal (COFEN, 2016). Dentre as variáveis que trazem valor legal ao prontuário estão a cronologia dos registros, a legibilidade e a correta identificação do profissional que realizou o registro.

Importante avaliar a Resolução Cofen nº 429/2012, que trata da obrigatoriedade da certificação digital no caso de uso dos prontuários eletrônicos em que caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito (COFEN, 2012).

O prontuário é um conjunto de documentos do paciente, organizados em forma de dossiê, que tem como finalidade registrar informações referentes a todo o processo de assistência à saúde do paciente nas instituições de saúde, sendo considerado, também, importante registro para a pesquisa científica e avanços e inovação tecnológicas (COFEN, 2016). Serve como elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e entre os diferentes atores envolvidos, sendo o repositório de um conjunto rico de informações, capazes de gerar conhecimento, não somente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento prescrito nas enfermidades de cada paciente, como também importante fonte de informações sobre diversas patologias, seu histórico, desenvolvimento, prescrições, cura ou medidas paliativas em prol da continuidade do cuidado centrado no paciente.

A evolução e a anotação de enfermagem são elementos distintos que devem ser observados e avaliadas pelo Enfermeiro gestor, suas diferenças básicas podem ser vistas na imagem abaixo, elaborada por COFEN (2016). É comum serem encontrados formulários de evolução de Enfermagem em que os profissionais de nível médio realizam suas anotações. Esse ponto poderá ser avaliado no diagnóstico situacional do Enfermeiro, por exemplo, indicando a necessidade de revisão e adequada utilização dos termos técnicos nos impressos institucionais. Dessa forma, o Enfermeiro deve diagnosticar: se possui todos os formulários necessários para organizar o serviço de enfermagem; se todos os impressos que possui são realmente necessários e agregam valor; e se os impressos utilizados estão em conformidade com as legislações e normas. A seguir, na imagem 01, apresenta de forma breve as diferenças entre Anotação de Enfermagem e a Evolução de Enfermagem.



Imagem 01. As diferenças entre a Anotação de Enfermagem e a Evolução de Enfermagem, 2016.

Anotação de Enfermagem	Evolução da Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda a equipe de enfermagem	Privativo do Enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24 horas
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra processados e contextualizados

Fonte: Guia de Recomendações para Registros (COFEN, 2016, p. 17)

Entretanto, ambos precisam ser precedidos de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren e carimbo pelos profissionais da Enfermagem, assim como possuir algumas características essenciais para a qualidade e ética dos registros como: precisão, concisão, eficácia, atualização, organização e confidencialidade (COFEN, 2016). Considerando que a qualidade das anotações realizadas pelos profissionais de enfermagem são utilizadas para demonstrar seu grau de preparo para o cuidar assim como a qualidade desse cuidado prestado, quando os registros são imprecisos ou de má qualidade, estes podem ser interpretados como deficiência na qualidade da assistência sem que isto seja verdadeiro (CAIDEIRA *et al.* 2019).

2.6. Identificação e definição de Indicadores assistenciais em Enfermagem

O acompanhamento, controle e avaliação dos resultados dos processos de trabalho assistenciais podem ser mensurados através de indicadores que permitam diagnosticar, por meio de sua avaliação, se os resultados alcançados foram aqueles planejados, gerando ciclos de melhoria dos processos avaliados (TRONCHIN *et al.* 2009). Desta feita, o monitoramento dos processos de cuidados assistenciais deve-se basear numa análise comparativa dos resultados dos indicadores para nortear ações no plano de gestão das unidades de saúde (PINTO; FERREIRA, 2017).

Os indicadores permitem uma medida quantitativa para monitorar e avaliar a qualidade de cuidados prestados e as atividades realizadas, apontando dados da realidade e refletindo mudanças ocorridas, entretanto, não podem descrever a realidade isoladamente e nem unitariamente (TRONCHIN *et al.* 2009; PINTO; FERREIRA, 2017). Recomenda-se a análise de um conjunto de indicadores para cada situação a ser medida, necessitando estes de uma revisão periódica quanto a sua validade e qualidade seja qualitativamente e quantitativamente. Sugere-se ainda que nesse conjunto possua indicadores para cada componente da tríade de Donabedian - estrutura, processo e resultado - para contemplar a realidade de forma tridimensional. Esses devem ser ainda de fácil análise e interpretação, assim como compreensíveis para todos que irão ser usuários dessa informação (TRONCHIN *et al.* 2009; PINTO; FERREIRA, 2017).

Deve-se verificar nas legislações e literaturas científicas existentes, assim como nas determinações



das agências acreditadoras de qualidade, a determinação de indicadores de acordo com o tipo de serviço prestado e a necessidade de mensurá-los. É importante que os indicadores sejam analisados criticamente baseados em valores guias, obtidos seja na literatura e/ou na legislação, para que haja implementação de ações tratativas e estratégias sobre resultados não condizentes com esses parâmetros ou fontes. Eles também podem ser implantados pelos gestores como “uma estratégia para aferir a qualidade assistencial, gerenciar resultados, fortalecer a confiança com os usuários, e subsidiar a avaliação dos serviços e a tomada de decisão por parte dos gestores” (PINTO; FERREIRA, 2017; BRASIL, 2015).

Sabe-se que a formação do Enfermeiro possui lacunas quanto à identificação e aplicação dos indicadores na prática profissional, de modo que o treinamento para utilização de indicadores, tanto do ponto de vista técnico quanto conceitual, torna-se imprescindível para a concretização de utilização dos indicadores como ferramentas gerenciais (TRONCHIN *et al.* 2009; PINTO; FERREIRA, 2017).

Quanto aos indicadores a serem analisados, os Enfermeiros do estudo de Pinto e Ferreira (2017) indicaram como prioritários para aferir a qualidade assistencial: incidência de lesão por pressão, incidência de queda e incidência de flebite. Esses pesquisadores citaram ainda como indicadores gerenciais relativos à avaliação da qualidade da assistência de enfermagem a distribuição Enfermeiros/leito, a distribuição Técnicos e Auxiliares de Enfermagem/leito e taxa de absenteísmo de enfermagem (PINTO FERREIRA, 2017).

O manual de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH) apresenta aporte teórico para identificação e acompanhamento de indicadores pela enfermagem, classificando-os em indicadores assistenciais e indicadores de gestão de pessoas. São considerados indicadores assistenciais: incidência de queda de Paciente; Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal; Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional, Incidência de Úlcera por Pressão, Incidência de Lesão de Pele; Incidência de Erro de Medicação; Incidência de Quase Falha Relacionada ao Processo de Administração de Medicação; Incidência de Flebite; Incidência de Extravasamento de Contraste; Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica; Incidência de Perda de Cateter Central de Inserção Periférica; Incidência de Perda de Cateter Venoso Central e Incidência de Instrumentais Cirúrgicos com Sujidade. Enquanto os indicadores de gestão de pessoas são: Horas de Assistência de Enfermagem; Horas de Enfermeiro; Horas de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem; Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem; Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem; Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (Turn Over); e Taxa de Acidente de Trabalho de Profissionais de Enfermagem (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2012).

No contexto da Atenção Básica, pode-se também destacar ainda, alguns indicadores de monitoramento para a enfermagem. Relacionados ao acesso e continuidade do cuidado, dentre muitos outros: 1) média de atendimentos de Enfermeiros por habitante; 2) percentual de atendimentos de consulta de enfermagem por demanda espontânea; 3) percentual de atendimentos de enfermagem por demanda programada/agendada; e 4) índice de atendimentos por condição de saúde avaliada. Relacionados à coordenação do cuidado, dentre outros: 1) percentual de recém-nascidos atendidos pelo Enfermeiro na primeira semana de vida; 2) percentual de pacientes portadores de condições crônicas com avaliação da capacidade para



autocuidado; e 3) percentual de pacientes atendidos em serviços de saúde mental de forma articulada com a Atenção Básica. Quanto aos indicadores relacionados à resolutividade, dentre outros, pode-se destacar: 1) percentual de encaminhamentos de enfermagem para atendimento médico e de outros profissionais; e 2) incidência de úlcera em Pé Diabético.

2.7. Análise situacional para definição de ações prioritárias

Após o levantamento de todos os dados necessários para o diagnóstico situacional, conforme sugeridos nos itens anteriores, pode-se utilizar de diferentes ferramentas para a análise e determinação da situação diagnóstica, bem como suas tratativas prioritárias. É importante ressaltar que o Enfermeiro não é o único responsável por participar do diagnóstico situacional, sendo necessário envolver todo o pessoal de enfermagem da instituição. A elaboração desse diagnóstico visa aproximar o gestor das ferramentas, conceitos e análises para a elaboração do planejamento estratégico. Deve-se avançar na percepção sobre o conceito de diagnóstico incorporando a ideia mais apurada de análise de situações como intrínseco a esse. Essa etapa da análise situacional do diagnóstico visa apresentar explicações assimétricas sobre a realidade ou sobre os problemas, baseadas em diferentes valores e chaves de interpretação possíveis. Passo inicial e essencial para a determinação da cultura do planejamento estratégico que pode ser atrelado a essa etapa conforme sugerido aqui.

A utilização de ferramentas de gestão deve partir do princípio de adequação com a realidade, disponibilidade e acesso às informações e conhecimento sobre esses instrumentos. Existem várias ferramentas que podem auxiliar na elaboração do diagnóstico situacional, não existindo uma fórmula ou regra única, neste manual sugere-se a aplicação das ferramentas na seguinte sequência: para reconhecimento e análise do cenário (Brainstorming/Brainwritting ou matriz SWOT), para priorização dos problemas (Matriz de GUT), para análise das causas raiz (Método dos 5 pq, Diagrama de Ishikawa ou Árvore de problemas), e para definição de plano de ação (5W3H ou PDCA), que poderá ser o início ou o próprio planejamento estratégico do serviço. Essas ferramentas fazem parte de vários processos gerenciais e se entremeiam, não tendo muitas vezes a separação estática e didática aqui proposta.

A seguir são apresentadas de forma resumida essas ferramentas, sendo necessário ao utilizador dessas um aprofundamento em outras fontes para que se tenha domínio durante sua utilização e a escolha a melhor ferramenta para sua realidade.

2.7.1. Para reconhecimento e análise do cenário:

Existem duas ferramentas que permitem conhecer o cenário por meio do levantamento de dados, o registro das potencialidades e fragilidades da instituição: o Brainstorming/brainwritting e a matriz SWOT.

a) Brainstorming/Brainwritting.

Essa ferramenta é baseada em uma técnica de dinâmica de grupo que consiste em explorar a potencialidade criativa dos indivíduos envolvidos na situação. Tipicamente uma seção de Brainstorming é estruturada de tal forma que a ideia de cada participante é gravada/escrita para

uma análise futura. Sua meta é obter uma lista abrangente de opiniões que podem ser utilizadas mais tarde no processo de análise e identificação de nós-críticos (LITCANU *et al.* 2015).

Sob a liderança de um facilitador, as pessoas geram ideias sobre o assunto em pauta e todos são encorajados a contribuir sendo vital que os participantes da equipe do projeto reconheçam que todas as ideias têm valor. Neste momento não são permitidas críticas às ideias lançadas, devendo todas serem registradas. O posicionamento do líder e a escolha das pessoas-chaves são pontos de sucesso dessa ferramenta. As pessoas-chaves, geralmente são aquelas que fazem parte da liderança formal e também aqueles da informal, que possuem reconhecido conhecimento da realidade do serviço (LITCANU *et al.* 2015).

Recomenda-se que o grupo não seja grande, geralmente em torno de 6 a 15 pessoas, para que todos possam ter tempo para se colocar e que o encontro ou os encontros não ultrapassem 90 minutos. Cada um terá um tempo estipulado para apontar as potencialidades e fragilidades da situação/serviço seja por escrito ou de forma oral. Ao final, os itens apontados em cada área devem ser agrupados em áreas afins ou correlatas para auxiliar no processo de análise e identificação de nós críticos. Essa ferramenta pode-se tornar uma prática usual em reuniões de equipe no setor. Por exemplo: se foram citadas como fragilidades: atrasos dos profissionais, faltas injustificadas, falta de interesse dentre outros, esses podem ser agrupados em fragilidades na gestão de pessoas e esse item poderá ser avaliado no seu todo de forma a propor ações que “ataquem” mais uma das fragilidades apontadas. Pode ser realizado brainstorming tanto para levantamento de problemas quanto aos recursos (físicos, administrativos, humanos) do diagnóstico, quanto para o levantamento de soluções (LITCANU *et al.* 2015; MORAES, 2010).

Material necessário: Local privado com mesa e cadeira, quadro branco e pincéis, papel, caneta. Alguns utilizam post-it outros sugerem utilizar o próprio PowerPoint (LITCANU *et al.* 2015; MORAES, 2010).

Situação a ser abordada: Ex.: Serviço de Enfermagem.	
Potencialidade	Fragilidade

b) Matriz SWOT

A matriz SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análises do Cenário ou dos ambientes, internos e externos, da unidade. Possui largo uso na gestão e no planejamento estratégico. O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, que significa um anagrama de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats) (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010).

Strengths – Pontos Fortes: vantagens internas da organização em relação às empresas concorrentes. Weaknesses – Pontos Fracos: desvantagens internas da organização em relação às organizações concorrentes.



Opportunities – Oportunidades: aspectos positivos da envolvente com o potencial de fazer crescer a vantagem competitiva da organização.

Threats – Ameaças: aspectos negativos da envolvente com o potencial de comprometer a vantagem competitiva da organização (DAYCHOUM, 2012, p. 13).

Esses elementos se divide em Ambiente Interno (Forças e Fraquezas) e Ambiente Externo (Oportunidades e Ameaças). As forças e fraquezas são determinadas pela posição atual da unidade e se relacionam, quase sempre, a fatores internos. Já as oportunidades e ameaças são antecipações do futuro e estão relaciona- das a fatores externos (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010).

A análise SWOT é uma ideia já utilizada antes de Cristo por Sun Tzu (general, estrategista e filósofo chinês) ao escrever sua obra “A Arte da Guerra” recomenda como estratégia concentrar-se nos seus Pontos Fortes, reconhecer as suas Fraquezas, agarrar as Oportunidades e proteger-se das Ameaças. Nesse sentido, os dados colocados na matriz devem ser pensados para a análise do cenário atual (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010).

Os gestores da unidade, devem controlar o ambiente interno pode que resultante das estratégias de atuação definidas por esses. Os pontos fortes devem ser ressaltados ao máximo, enquanto os pontos fraco merecem ações estratégicas para serem controlados e ter seus efeitos minimizados. Uma que o ambiente externo está fora do controle da unidade, é importante conhecê-lo, monitorá-lo e acompanhar as oportunidades para evitar as ameaças (DAYCHOUM, 2012).

Imagem 2: Esquema de Análise da Matriz Swot

Swot	Ajuda (No alcance dos objetivos traçados)	Atrapalha (O alcance dos objetivos traçados)
Ambiente interno (Atributos da unidade/serviço - alocar recursos nas forças que trazem diferencial competitivo)	Forças (Devem ser ressaltadas)	Fraquezas (Corrigidas, controlados e minimizar seus efeitos)
Ambiente externo (Atributos do ambiente onde a unidade/serviço está inserido - buscar competências para adaptar-se as mudanças)	Oportunidades (Conhecidas e monitoradas)	Ameaças (Conhecidas e evitadas - avaliação dos riscos - transformadas em oportunidades)

Adaptado de DAYCHOUM, 2012, p.13

Existem quatro tipos de situações possíveis no cruzamento entre o Ambiente Externo (Oportunidades e Ameaças) e o Ambiente Interno (Pontos Fortes e Pontos Fracos): Oportunidade X Ponto Forte = Alavanca (Quando uma oportunidade encontra um conjunto de pontos fortes para proveitos); Oportunidade X Ponto Fraco = Restrição (Quando a oportunidade não pode ser aproveitada pela empresa devido a seus pontos fracos); Ameaça X Ponto Forte = Defesa (Quando existe uma ameaça, mas a empresa possui pontos fortes para amenizá-la) e Ameaça X Ponto Fraco = Problema (Quando a ameaça do ambiente torna a empresa mais vulnerável devido a seus pontos fracos) (DAYCHOUM,2012).



O entendimento dessas situações permite a elaboração do diagnóstico estratégico por meio da matriz SWOT, que deve ter como produto a formulação de objetivos estratégicos para a entidade. Uma vez que após a realização de uma análise SWOT, pode-se: estabelecer metas de melhoria dos itens que tenham sido considerados prioritários e de baixo desempenho; estabelecer metas relacionadas à forma de atuação no que diz respeito ao aproveitamento de oportunidades e estabelecer quais ações serão importantes para evitar os efeitos de eventuais ameaças (DAYCHOUM, 2012).

2.7.2. Ferramenta para priorização das ações

A matriz de GUT corresponde à ferramenta de análise de três aspectos para ação: a gravidade, a urgência e a tendência. Essa ferramenta é utilizada na priorização das tomadas de decisões, na solução de problemas e fragilidades das organizações (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010).

O primeiro passo para montar a Matriz GUT é listar todas as fragilidades/problema levantadas no diagnóstico situacional montando uma matriz simples, contemplando os aspectos GUT e os problemas a serem analisados. Em seguida atribuir uma nota para cada problema listado, dentro dos três aspectos analisados: Gravidade, Urgência e Tendência (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010). Considerando que em cada um deles:

G - Gravidade: Representa o impacto do problema analisado caso ele venha a acontecer. É analisado sobre alguns aspectos, como: tarefas, pessoas, resultados, processos, organizações etc. Analisando sempre seus efeitos a médio e longo prazo, caso o problema em questão não seja resolvido;

U - Urgência: Representa o prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema analisado. Quanto maior a urgência, menor será o tempo disponível para resolver esse problema. É recomendado que seja feita a seguinte pergunta: "A resolução deste problema pode esperar ou deve ser realizada imediatamente?";

T - Tendência: Representa o potencial de crescimento do problema, a probabilidade do problema se tornar maior com o passar do tempo. É a avaliação da tendência de crescimento, redução ou desaparecimento do problema. Recomenda-se fazer a seguinte pergunta: "Se eu não resolver esse problema agora, ele vai piorar pouco a pouco ou vai piorar bruscamente?". (DAYCHOUM, 2012, p. 89 - 90)

Cada item a ser avaliado nesses três aspectos receberá uma nota seguindo a escala crescente: nota 5 para os maiores valores e 1 para os menores valores. Ou seja, um problema extremamente grave, urgentíssimo e com altíssima tendência a piorar com o tempo receberia uma pontuação da seguinte maneira: Gravidade = 5 | Urgência = 5 | Tendência = 5, sendo sua pontuação total final resultado de GXUT (5x5x5 =125), ou seja, o fator de prioridade deste problema, segundo a Matriz GUT será 125. Aqueles que apresentarem um valor maior de prioridade serão os que você deverá enfrentar primeiro, uma vez que serão os mais graves, urgentes e com maior tendência a se tornarem piores (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010).

Abaixo, na imagem 2, podemos ver um exemplo simples de elaboração de uma Matriz GUT pronta.

Imagem32: Exemplo de Matriz de GUT

MATRIZ DE GUT					
Processo: Definição de Prioridades de Ação					
Atividades	G	U	T	GxUxT	Prioridade
Telefonar para Gerente A, perguntando se pode ceder um equipamento para Colaborador A terminar a atividade	5	5	4	100	2
Entrar em contato com o cliente, para avisar que o trabalho está atrasado	5	5	5	125	1
Verificar lista de pessoal em “stand by”, para saber quem poderá assumir a tarefa, em duas semanas, de Colaborador B que está com uma forte gripe	3	3	1	9	4
Colaborador C está com a tarefa atrasada. Tomar providência para resolver o problema	5	3	5	75	3
Colaborador C está com a tarefa atrasada. Tomar providência para resolver o problema	4	3	3	24	5

Fonte: (DAYCHOUM, 2012, p.91)

Na Matriz GUT mostrada acima, os problemas foram classificados pelas notas de 1 a 5, depois obteve-se o grau crítico, obtido pela multiplicação GxUxT e, posteriormente, foi estabelecida a sequência de atividades, elencando aquelas que são mais graves, urgentes e com maior tendência de piorar. Assim, a ordem de ataque aos problemas pode ser concebida sem maiores problemas, dando subsídios para a tomada de decisão dos gestores. Alguns autores, apresentam o resultado da Matriz de GUT em critérios de pontuação de 1 a 4, assim como apresentam a orientação de G+T+U, o que não modifica a lógica de priorização da ferramenta (DAYCHOUM, 2012; MORAES, 2010).

2.7.3. Ferramentas para análise da causa raiz do problema/fragilidade

A análise da causa raiz é um método desenvolvido para auxiliar a identificar não apenas como um evento ocorreu, mas também por que ele ocorreu. É um processo reativo, implementado após a ocorrência do incidente que permite a identificação e correção dos principais fatores que ocasionaram o problema. Este método visa descobrir os defeitos originais (causa raiz), as quais geraram o problema, ao invés de buscar soluções imediatas para a resolução de um defeito (SILVA; GOMES, 2014). A análise é feita por meio de questionamento detalhado do que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu, até o momento em que todos os pontos críticos tenham sido identificados e analisados, ou seja, pode ser feita de forma livre por brainstorming ou por meio de utilização de outras ferramentas (PERCAPRIO; WATTS, 2013).



Recomenda-se a utilização da ferramenta diagrama de Ishikawa conhecido como diagrama de causa e efeito/espinha de peixe, que permite estruturar hierarquicamente as causas de determinado problema ou oportunidade de melhoria, o método dos 5 por quês, uma abordagem científica, utilizada no sistema Toyota de Produção, para se chegar à verdadeira causa raiz do problema, que geralmente está escondida através de sintomas óbvios (OHNO, 1997), ou a árvore de problemas (MORAES, 2010).

a) Diagrama de Ishikawa

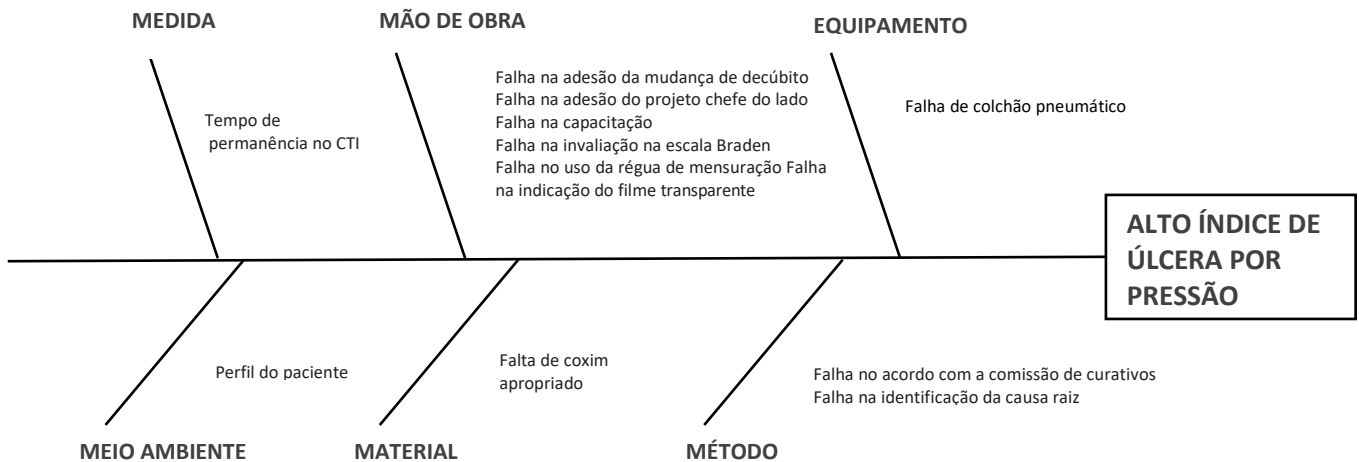
O diagrama de Ishikawa também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha de Peixe – devido ao formato do diagrama ser parecido com uma espinha de peixe, é um método efetivo para se encontrar as causas raízes do problema (CAMPOS, 1992; SLACK, 2002).

O diagrama inicia-se considerando o efeito que pode ser um problema relacionado à qualidade, uma situação desejada, ou qualquer condição descrita claramente. As causas, desse efeito podem ser classificadas como matérias-primas, máquinas, medidas, meio ambiente, mão-de-obra e método – os chamados 6Ms. Assim, o desenho do diagrama de Ishikawa pode ser entendido como uma representação de processos ou sub-processos; o efeito do processo ou sub-processo é provocado pelas causas, e a busca pela causa é orientada dentro dos 6Ms, levantadas em reuniões do tipo “brainstorming, sendo que as causas mais prováveis podem ser discutidas e pesquisadas com maior profundidade (DAYCHOUM, 2012).

Slack *et al.* (2002) descrevem um procedimento para desenhar um diagrama de Ishikawa: colocar o problema na caixa de “efeito”; identificar as principais categorias para as causas possíveis do problema; caso se utilize os 6Ms, essa etapa pode ser pulada, porque as categorias já estarão definidas; buscar sistematicamente fatos, dados e discussão em grupos para gerar possíveis causas a serem alocadas dentro das categorias estabelecidas no passo anterior, ou de acordo com os 6Ms. Qualquer coisa que possa resultar no efeito que está sendo estudado deveria ser incorporada como causa potencial; e registrar todas as causas potenciais no diagrama sob cada categoria. As causas podem ser combinadas e esclarecidas nesse momento. Desta maneira, após preenchido com as causas listadas sob cada categoria, o diagrama apresenta setas em cada ramo que representam as causas que foram listadas, em que um exemplo é mostrado na figura abaixo:



Imagem 4: Exemplo de Diagrama de Ishikawa



b) O método dos 5 por quês

O método consiste em perguntar o por quê de um problema sucessivas vezes, para se encontrar a sua causa raiz. Turner (2008) defende que os 5 por quês é um método importante, pois permite que através de múltiplos questionamentos se separe a causa do efeito, contribuindo para a construção de hipóteses plausíveis para a causa raiz do problema.

O método dos 5 Por quês prevê que a primeira pergunta, ou seja, o primeiro dos por quês deve ser construído utilizando o próprio problema, e deve se responder por quê o problema está ocorrendo. O segundo por quê deve ser construído utilizando a resposta do primeiro por quê. E assim sucessivamente até que se tenha alcançado a causa raiz do problema. Weiss (2011) descreve de forma simplificada os 5 passos que devem ser dados para aplicar o método:

- 1 – Inicie a análise com a afirmação da situação que se deseja entender – ou seja, deve-se iniciar com o problema;
- 2 – Pergunte por que a afirmação anterior é verdadeira.
- 3 – Para a razão descrita que explica por quê a afirmação anterior é verdadeira, pergunte por quê novamente;
- 4 – Continue perguntando por quê até que não se possa mais perguntar mais por quês;
- 5 – Ao cessar as respostas dos por quês significa que a causa raiz foi identificada.

De acordo ainda com Weiss (2011), para análise dos 5 por quês, embora seja denominada assim, pode-se utilizar menos por quês (3 por exemplo), ou mais por quês, de acordo com a necessidade para que se encontre a causa raiz. Este método, de aparência fácil, pode ser difícil de ser praticado, porque requer disciplina lógica do moderador e da equipe para que as relações de causa e efeito sejam respeitadas na construção da análise. Caso essas relações se percam, a análise pode ficar sem sentido.

Abaixo está um exemplo da abordagem dos 5 porquês aplicado a um problema com relação à ocorrência de lesão por pressão.



1. Por que ocorreu lesão por pressão no paciente?
R: Porque ocorreu no processo de prevenção de lesão por pressão
2. Por que ocorreu falha no processo de prevenção de lesão por pressão?
R: Porque as medidas de prevenção não foram implementadas.
3. Por que as medidas de prevenção não foram implementadas?
R: Porque não há adesão às medidas prevenção de lesão por pressão implementadas.
4. Por que não há adesão às medidas prevenção de lesão por pressão implementadas?
R: Porque o Protocolo de lesão por pressão está desatualizado.
5. Por que o Protocolo de lesão por pressão está desatualizado?
R: Porque a Comissão de curativo não revisou o protocolo.
6. Por que a Comissão de Curativo não revisou o protocolo?
R: Porque não houve cobrança da atualização desse protocolo pelo serviço.
7. Por que não houve cobrança da atualização desse protocolo pelo serviço?
R: Porque não há uma efetiva utilização do protocolo para o desenvolvimento das atividades diárias no serviço.
8. Por que não há uma efetiva utilização do protocolo para o desenvolvimento das atividades diárias no serviço?
R: Porque ele está sempre desatualizado!!!

Através da abordagem dos cinco por quês é possível investigar mais a fundo o problema para que ao encontrar a sua raiz este possa ser corrigido. Nesse exemplo, caso não tivesse sido realizada a análise, apenas um causa para a lesão por pressão poderia ter sido eleita como a causa do problema, como por exemplo a mudança de decúbito e aparentemente o problema seria corrigido se essa causa fosse real, mas ela é apenas um efeito da causa raiz. Com isso, corria-se o risco do problema reaparecer novamente em poucos tempo ou em outros pacientes, uma vez que não existia o suporte de um protocolo ativo e atualizado no contexto de trabalho. Para cada causa associada ao por quê respondido, deve ser evidenciada qual causa é real e não apenas uma hipótese ou suposição dos investigadores ou mesmo um efeito. Por exemplo, na resposta “a Comissão de Curativo não revisou o protocolo”, para existir essa resposta na análise, deve ser checado se realmente a comissão no revisou o protocolo, assim como, se a comissão estava ou esteve atuante no período.

Segundo Ohno (1997), na operação de produção de uma fábrica, os fatos são considerados muito importantes; ao surgir um problema, a busca pela causa deve ser completa (dados e fatos), caso contrário as ações corretivas podem ficar desfocadas. Em outras palavras, para cada causa descrita em cada um dos por quês, evidências que provem que a resposta é verdadeira devem ser coletadas.



Imagem 5: Template para os 5 porquês

O PROBLEMA	1º PORQUÊ	2º PORQUÊ	3º PORQUÊ
4º PORQUÊ	5º PORQUÊ	A CAUSA RAIZ	CONTRAMEDIDA

Fonte: <https://www.storyboardthat.com/pt/storyboards/anna-warfield/5-whys-template2>

c) Árvore de problemas

A árvore de problemas é uma técnica que permite identificar todas as causas e os efeitos de uma falha ou defeito, através da promoção de uma visão geral para que se possa compreender o contexto do projeto. A análise dessa árvore auxilia no planejamento do projeto; proporciona um roteiro para solucionar um problema ao identificar as suas múltiplas causas; permite identificar linhas de ação e outros fatores que você pode precisar para abordar problemas futuros ou complementares; ajuda na esquematização de seu projeto, desmembrando-o em diferentes atividades para que possa ser realizado (CORAL *et al.* 2013; SOUZA, 2010).

A indicação de uso da Árvore de problema é para solução de problemas, por meio da identificação de suas causas e desvelando possíveis ações para solucioná-la. Isto porque permite encontrar as diversas causas e efeitos que levam ao problema central (SOUZA, 2010). Para se criar a árvore de problemas é desejável que, além da equipe com o problema, também participem da sessão os líderes do projeto e outros possíveis stakeholders (integrantes de equipes parceiras, interessados ou afetados pelo projeto, fornecedores, clientes, usuários, órgãos reguladores, etc.). As reuniões



podem ser extensas, mas devem abordar três pontos diferentes: o problema central (tronco da árvore); as causas (raízes da árvore) e os efeitos (ramos da árvore) (CORAL *et al.* 2013; SOUZA, 2010; MORAES, 2010).

Etapas da Árvore de problema:

Definir o problema: identificar e definir o problema que deseja superar.

Para tanto, os responsáveis diretos devem descrevê-lo de diferentes formas, proporcionando documentações que ajudem a compreendê-lo. Lembre: uma árvore de problemas para cada problema. Depois de definir a questão da forma mais concisa possível (assim, você encontrará a solução mais realista possível), coloque o problema no centro do documento ou no lugar onde realizará a árvore (um quadro negro é uma boa opção). Tenha em mente que um problema mal definido, vago ou amplo levantará muitas causas e, portanto, as soluções resultantes do exercício não terão um plano de ação claro. Defina bem o problema, evite que seja impreciso ou excessivamente amplo, caso contrário você encontrará muitas causas possíveis, o que dificulta o processo de propor soluções adequadas.

2.7.4 Desenvolvimento de ações estratégicas por meio de plano de ação

a) 5W2H ou 5W3H/5W2H1S:

O 5W2H é uma ferramenta simples, prática e de fácil utilização que foi criada para auxiliar no planejamento da implementação das ações. Funciona como um checklist para o desenvolvimento de atividades que precisam ser executadas de forma clara. Para usá-la basta responder a sete questões básicas: quem, o que, por que, quando, onde, como e quanto. O resultado será um formulário para execução e controle de tarefas que atribui responsabilidades e determina as circunstâncias na qual o trabalho deverá ser realizado.

Esta ferramenta recebe variações de acordo com as suas aplicações. Tem sido estimulado o uso da 5W3H para situações em que se possui indicadores, metas ou outros índices para mensurar a efetividade e alcance da ação, o que é considerado uma forma de medir o resultado. Da mesma forma que pode ser encontrado como a variação dos 3H como How many e How much para divisão de custo de itens contáveis e não contáveis (SILVA *et al.* 2018; MAIA, 2018). Também é encontrada a versão 5W2H1S, sendo que o S seria de show, no sentido de mostrar o resultado da ação realizada, por meio da mensuração de indicadores. Desta forma, no 5W3H e no 5W2H1S, o terceiro H e o S teriam o mesmo sentido, variando apenas a forma de representar como será medido/demonstrada a eficácia ou o impacto da ação planejada.

O nome se deve às iniciais das palavras utilizadas na língua inglesa: what (o que), who (quem), when (quando), where (onde), why (por que), how (como) e how much (quanto custa) e os possíveis entendimentos para o terceiro h que pode ser o how many (quanto custa para coisas contáveis) ou how measure (como medir).

O QUE (WHAT) – representa qual ação vai ser desenvolvida; QUANDO (WHEN) – o momento em que a ação será realizada;
POR QUE (WHY) – o motivo que definiu esta solução (resultado esperado); ONDE (WHERE) – a abrangência na qual a ação será desenvolvida;
COMO (HOW) – os passos para a implantação da ação; QUEM (WHO) – O responsável pela



sua implantação; QUANTO (HOW MUCH) – o quanto será gasto;
COMO MEDIR (SHOW/ HOW MEASURE) - como será medida a eficácia.

Dicas para a utilização do 5W3H: verifique se as ações a serem implementadas são sobre as causas do problema, e não sobre seus efeitos; certifique-se de que as ações não causarão efeitos colaterais, se acontecer, medidas devem ser adotadas para eliminá-los; e proponha diferentes soluções para os problemas analisados, averiguando os custos aplicados e a real eficácia de tais soluções.

Assim, o 5W3H, poderá ser utilizado com o terceiro H relacionado ao HOW MEASURE, ligando ao plano de ação uma forma de mensurar sua efetividade e/ou performance. Esse poderá ser usado em associação ao PDCA, no momento do P (planejamento) (SILVA *et al.* 2018; MAIA, 2018).

b) PDCA

O PDCA é uma ferramenta da gestão da qualidade utilizada no controle de processos, que tem como foco a solução de problemas. Essa ferramenta interativa de gestão, de quatro passos é amplamente utilizado para planejar, controlar e melhorar processos/produtos nas organizações. É também conhecido como o círculo, ciclo, roda de Deming ou de Shewhart. Os quatro passos são: P (Plan) – Planejar o sistema, estabelecer missão, visão, objetivos, procedimentos e processos necessários para atingir os resultados; D (Do) – Executar o que foi planejado; C (Check) – monitorar e avaliar periodicamente os processos e resultados, confrontando-os com o planejado, objetivos e especificações; e A (Act) – Tomar ações para corrigir, prevenir e melhorar o que for necessário e/ou determinar e confeccionar novos planos de ação, de forma a melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia, aprimorando a execução e corrigindo eventuais falhas.

Imagem 6: Esquema do Ciclo PDCA



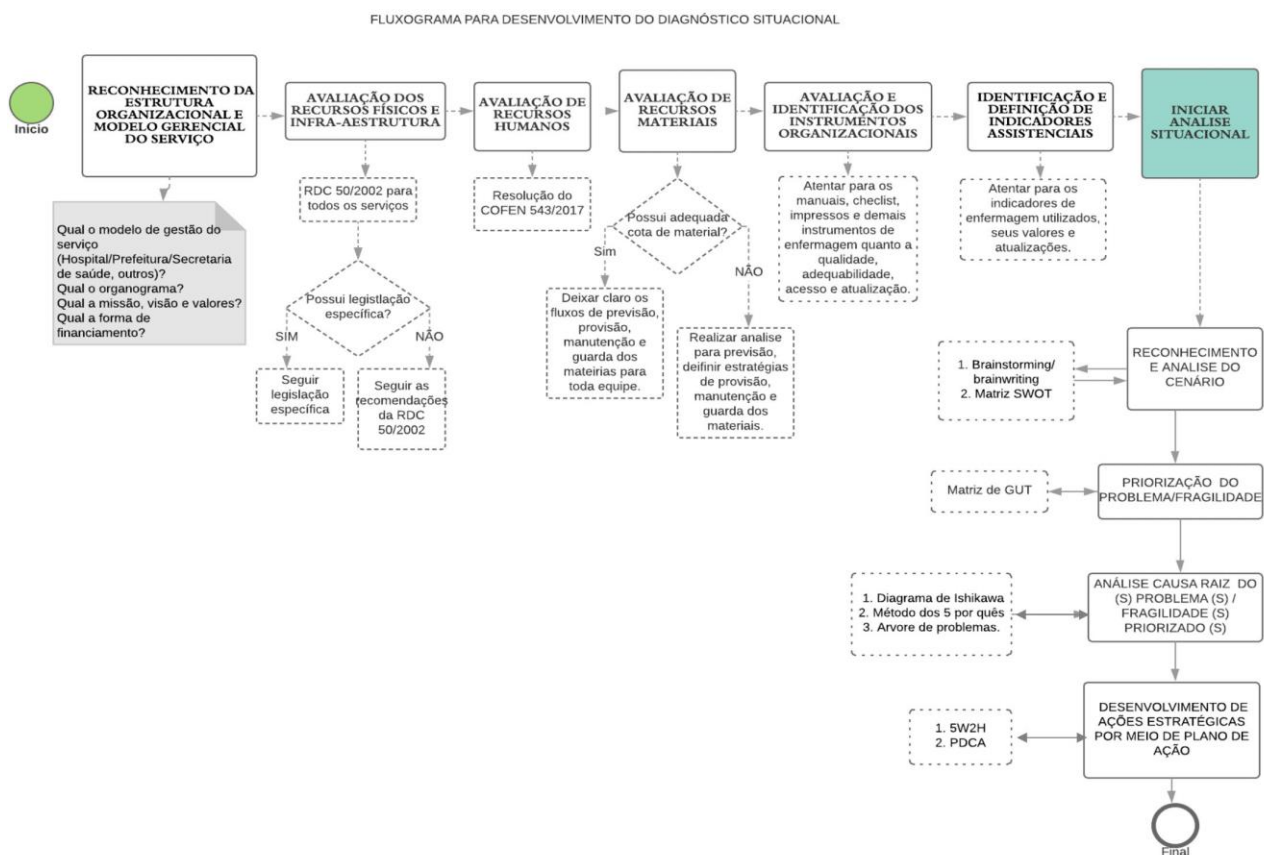
Fonte: <http://ilgc.com.br/wp-content/uploads/2016/06/ilgc-pdca-conceito.jpg>



O autor Daychoum (2012), sugere o seguinte um roteiro prático para aplicação do ciclo PDCA:

1. Plan (Planejamento): Estudar o processo atual; Coletar dados para identificar problemas; Analisar os dados; Desenvolver um plano de melhorias; e Especificar as métricas para analisar os planos.
2. Do (Execução): Implementar o plano; Documentar as mudanças; e Coletar sistematicamente os dados para avaliação.
3. Check (Verificação): Avaliar as coletas de dados; e Conferir os resultados efetivos com as metas estabelecidas no planejamento.
4. Act (Ação): Se os resultados forem bem-sucedidos: Padronizá-los; Comunicar as mudanças efetivas; e Treinar as pessoas envolvidas no novo processo. Se os resultados forem malsucedidos: Revisar o plano original, e Repetir o processo PDCA.

7. FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 9 abr. 2019.
- ANTUNES, Arthur Velloso; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, jan. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12432.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2019.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. **Compromisso com a Qualidade Hospitalar: manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. 2. ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125. Acesso em 18 jun. 2019.
- BAULI, Janaina Daiane; MATSUDA, Laura Misue. Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio. **Revista Administração em Saúde**, v. 11, n. 43, p. 55-62, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-62322>. Acesso em: 8 abr. 2019.
- BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2019.
- BRASIL. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (Soma-SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 3, 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/06/SOMASUS-sistema-apoio-elaboracao-vol3.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2019.
- CALDEIRA, Mariana Menezes *et al.* Anotações da equipe de enfermagem: a (des)valorização do cuidado pelas informações fornecidas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 135- 141, jan. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-968524>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- CASTILHO, V.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. P. Gerenciamento de Custos nos serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, P. (org.)

Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CAXITO, Fabiano de Andrade. **Produção: fundamentos e processos.** Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.

CLARO, Maria Alice P. Moura; NICKEL, Daniele Cristine. Gestão de Pessoas. In: FACULDADE BOM JESUS. **Gestão do capital humano.** Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 514**, de 05 de maio de 2016. Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html Acesso em: 9 abr. 2019.

_____. **Resolução nº 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 9 abr. 2019.

_____. **Resolução nº 518**, 15 de julho de 2016. Alterar o Item XII – “SITUAÇÕES PREVISÍVEIS E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS” do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, anexo da Resolução Cofen nº 374/2011, que passará a ser denominado “Quadro de Irregularidades e Ilegalidades”. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05182016_42566.html. Acesso em: 9 abr. 2019.

_____. **Resolução nº 543**, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 9 abr. 2019.

CORRÊA, Carina Suzana Pereira *et al.* AUDITORIA EM SAÚDE: Utilização do Check List Para Monitoramento dos Registros e da Qualidade Assistencial. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 723-726, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1632>. Acesso em: 9 abr. 2019.

DAYCHOUW, Merhi. **40 ferramentas e técnicas de gerenciamento.** 3. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

EDUARDO, Elizabete Araujo. **A estrutura organizacional de serviços de enfermagem em hospitais de ensino.** 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/43400?show=full>. Acesso em: 9 abr. 2019.

FERREIRA, Ana Vitória Sandoval. Elementos de articulação: missão, visão, valores e a identidade organizacional. **Revista Eduicep**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/eduicep/article/view/129>. Acesso em: 9 abr. 2019.

FONSECA, M das G. **Administração de materiais em enfermagem**. (Apostila do Curso de Enfermagem) Juiz de Fora/EEUFGF/Depto EBA, 1995.

FONSECA, Carlos Eduardo Prates; FREITAS, Érika Felício; FONSECA, Suely Prates. Diagnóstico situacional em uma unidade prisional de minas gerais: Um olhar sob a tríade estrutura, processos e resultados. **Humanidades**, v. 5, n. 2, jul. 2016, p. 98-117. Disponível em: http://revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a109.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.

FREITAS, Maria Édila Abreu; SILVA, Claudia Maria de Melo Frano; SILVA, Danielle Brandão. **Diagnóstico Administrativo e Situacional de Enfermagem**. Belo Horizonte: COREN–MG, 2009.

GAMA, Bernadete Marinho Bara de Martin. Organização em Enfermagem. Material Instrucional. **Disciplina de Administração em Enfermagem I**. Faculdade de Enfermagem-UFJF. Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2019/02/Aula-13-Organiza%C3%A7%C3%A3o-em-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2019.

GENTILINI, João Augusto. Atores, cenários e planos: o planejamento estratégico situacional e a educação. **Caderno de Pesquisa**, v. 44, n. 153, p. 580-601, set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742014000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 fev. 2019.

JERICO, Marli de Carvalho; PERES, Aida Maris; KURCGANT, Paulina. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 569-577, set. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 abr. 2019.

KURCGANT, Paulina *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016.

LITCANU, Marcela *et al.* Brain-writing vs. Brainstorming case study for power engineering education. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 191, p. 387-390, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/82303739.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2019.

LOBO, Osvaldo Telmo Melgares. **Elementos Arquitetônicos como variáveis de avaliação da segurança em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18073/1/2014_OsvaldoTelmoMelgaresLobo.pdf. Acesso em: 28 maio 2019.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, out./dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.

MAIA, Paula Barreto de Azevedo. **Gestão de Materiais do Instituto Federal de Educação, Ciência e**

Tecnologia da Paraíba - Campus Picui: uma proposta de intervenção. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Gestão Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25020/1/PaulaBarretoMaiaNunes_DISSERT.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

MATSUDA, Laura Misue *et al.* Instrumentos administrativos: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 117-23, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17182>. Acesso em: 9 abr. 2019.

MOURA, Bárbara Laisa Alves *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 69-81, nov. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000500007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 abr. 2019.

OLIVEIRA, Samuel Andrade de *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PERCARPIO, Katherine B.; WATTS, Vince B. A Cross-Sectional Study on the Relationship Between Utilization of Root Cause Analysis and Patient Safety at 139 Department of Veterans Affairs Medical Centers. **Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, v. 1, n. 39, p. 32-37, jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23367650/>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PINTO, Vitoria Regina Souza; FERREIRA, Simone Cruz Machado. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5481/html_2. Acesso em: 9 abr. 2019.

RIBEIRO, Grasielle Camisão. **Diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade básica de saúde de Campinas-SP.** 2015. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-10052017-092656/publico/Ribeiro_GC_dissertacao_fim.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos *et al.* O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 3, dez. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13044>. Acesso em: 8 jan. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Pesquisa de clima organizacional: manual 2012.** Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-708364>. Acesso em: 9 abr. 2019.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Missão, Visão e Valores como Marcas do Discurso nas Organizações de

Trabalho. **Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, 2012. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/8055/8233>.
Acesso em: 20 jan. 2020.

SILVA, Carine Silvestrini Sena Lima da; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; DAHER, Vago Daher. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró UniverSUS**. v. 7, n. 2, p. 30-33, jan./jun. 2016. Disponível em:
<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345/526>. Acesso em: 9 abr. 2019.

SILVA, Amanda Tavares *et al.* Uso da ferramenta gerencial 5w3h como instrumento para análise situacional do setor de nefrologia do hospital universitário getúlio vargas. In: 13º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA v. 4, 2018. Manuas. **Anais [...]**. Disponível em:
<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/download/V.%204%2C%20Suplemento%202%20-%20Anais%20do%2013%C2%BA%20Congresso%20Internacional%20da%20Rede%20Unida/50>
Acesso em: 5 fev. 2020.

SILVA, Cristiane Corrêa da; GOMES, Marcelo Carboni. Ação Corretiva: análise de causa raiz dos defeitos e proposta de um plano de ação. **Tecnologias Em Projeção**, v. 5, n. 1, 2014. Disponível em:
<http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao4/article/view/379>. Acesso em: 9 abr. 2019.

SOUZA, Manuela Santos de *et al.* Dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem: competências dos enfermeiros. **Revista Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 9, n. 2, nov. 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1072/445>. Acesso em: 9 abr. 2019.

SOUZA, Bruno Carvalho Castro. Gestão da mudança e da inovação: árvore de problemas como ferramenta para avaliação do impacto da mudança. **Revista de Ciências Gerenciais**. São Paulo, v. 14, n. 19, p. 1-18, 2010 Disponível em:
<https://revista.pgsskroton.com/index.php/rcger/article/view/2583>. Acesso em: 28 maio 2019.

TAKAHASHI, R.T; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recuso Físicos e Ambientais. In: KURCGANT, P. (org.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto *et al.* Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 542-6, set. 2009. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10412>. Acesso em: 10 jan. 2020.

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz. **Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-8GSJKX/1/palloma_fernades_estanislau_vaz_ventura.pdf. Acesso em: 9 abr. 2019.



WERKEMA, Cristina. **Ferramentas estatísticas básicas do lean seis sigma integradas ao PDCA e DMAIC**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

ZULIANI, Larissa Lenotti *et al.* Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 969-976, dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600013. Acesso em: 3 fev. 2019.



Anexo 1 - Modelo de registro de brainstorming/brainwriting

Regras do Brainstorming/Brainwriting:

1. Não critique;
2. Abuse da Criatividade;
3. Quantidade é necessária;
4. Aperfeiçoamento e combinação de ideias são essenciais.

Observação: No brainstorming as ideias são faladas pelos participantes e escritas pelo moderador no local visível, para ampla discussão após esse momento de coleta dessas ideias. No brainwriting, os participan-tes escreveram suas ideias entregaram o papel para o moderador que deverá reescrevê-las no local visível, para a ampla discussão de consolidação e agrupamento das ideias.

Data:	Objetivo:
Pergunta base:	
Participantes:	Área responsável ou função:
Ideias apresentadas sobre a pergunta base:	
Consolidado ou agrupamento por critérios sobre os pontos apresentados:	



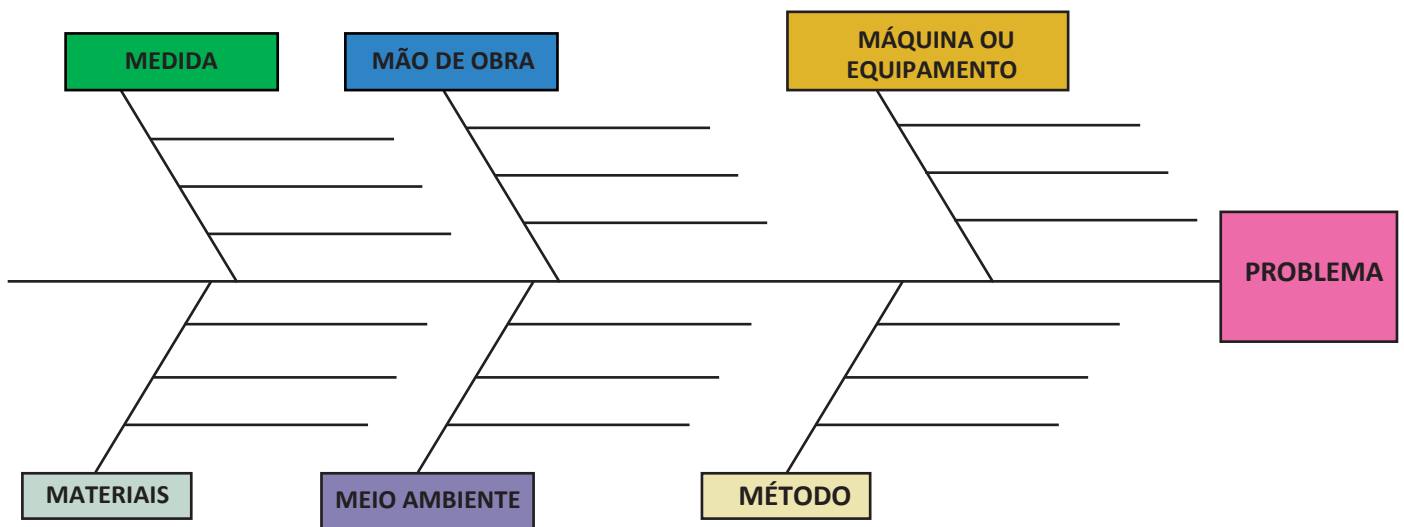
Anexo 2 - Modelo de matriz SWOT ou FOFA

Data:	Objetivo:
Pergunta base:	
Participantes:	Área responsável ou função:

FAVORÁVEL		DESFAVORÁVEL
FATORES INTERNOS	FORÇA (STRENGTH)	FRAQUEZA (WEAKNESS)
OPORTUNIDADE (OPPORTUNITY)		AMEAÇA (THREAT)
FATORES EXTERNOS	FORÇA (STRENGTH)	FRAQUEZA (WEAKNESS)



ANEXO 3 - Modelo Espinha de Peixe



Descrever o problema no campo “problema” e elencar as possíveis causas que levaram a ocorrência do mesmo baseando nos 6M’s

Observação: não necessariamente vamos encontrar todos os 6 M’s como causa, mas é importante avaliar e questionar todos na busca da causa raiz do problema.

6M’s:

Método: forma de execução do trabalho, de processos incorretos ou aplicados indevidamente; Quanto a forma de trabalho influenciou o problema?

Material: toda causa proveniente do material usado, na matéria-prima; O material utilizado pode ter influenciado o trabalho? Tinha boa qualidade? Estava disponível?

Máquina: causa que envolva a máquina, como ajustes incorretos ou defeitos mecânicos e elétricos; Houve problemas com máquinas e equipamentos em geral?

Meio Ambiente: além dos fatores climáticos, agrega o ambiente físico; Houve alguma influência do meio ambiente na ocorrência do problema?

Medição: avaliações feitas de forma incorreta e levantamento de dados impreciso; As métricas que usamos para medir o trabalho estão adequadas?

Mão de obra: toda causa que envolva a ação de pessoas. Houve dificuldades por parte das pessoas (mão-de-obra)? Falta treinamento? A atitude está adequada?

ANEXO 4 - Modelo Matriz de GUT

Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	G x U x T	Classificação

Problema: identificação do problema ou tarefa a analisar (pode ser mais de um).

Gravidade: impacto que o problema analisado irá gerar nas pessoas, nos processos e/ou resultados da instituição.

Urgência: representa o tempo disponível para a resolução de um determinado problema.
Tendência: é analisada pelo padrão ou previsão de evolução do problema com o passar do tempo.

Nota G x U x T: obtida pela multiplicação da G x U x T.

Classificação: identificar qual problema deve ser solucionado primeiro de acordo com a maior pontuação.

Nota	Gravidade	Urgência	Tendência
5	Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Írá piorar rapidamente
4	Muito grave	É urgente	Írá piorar em pouco tempo
3	Grave	O mais rápido possível	Írá piorar
2	Pouco grave	Pouco urgente	Írá piorar em longo prazo
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não írá mudar



Anexo 5 - Modelo de 5W2H/5W3H ou 5W2H1S

Data de criação:	Objetivo:
Data da revisão:	
Pergunta base:	
Participantes:	Área responsável ou função:

5W3H ou 5W2H1S								
5W2H								
O QUE	COMO	QUEM	INÍCIO	FIM	ONDE	POR QUE	QUANTO CUSTA	COMO MENSURAR

Observação: Pode-se utilizar a ferramenta 5W2H, ou a 5W3H que demanda especificação de indicador a ser acompanhado para “medir” a ação proposta.



ANEXO 6 - Modelo de anuência do gestor/Responsável legal

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que recebemos o Diagnóstico Situacional do Serviço de
Enfermagem, sob a coordenação e a responsabilidade do (a) Enfermeiro (a)

_____ do Departamento _____
da instituição _____.

_____, ____ de _____ de 20xx.

Nome do gestor – cargo/função
(carimbar)

O termo assinatura digital refere-se a uma tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo (COFEN, 2012).



SIGA O COREN-MG
NAS REDES SOCIAIS



www.corenmg.gov.br

Rua da Bahia, 916 | Centro
Belo Horizonte-MG | CEP 30160-011
Telefone Geral: (31) 3238-7500