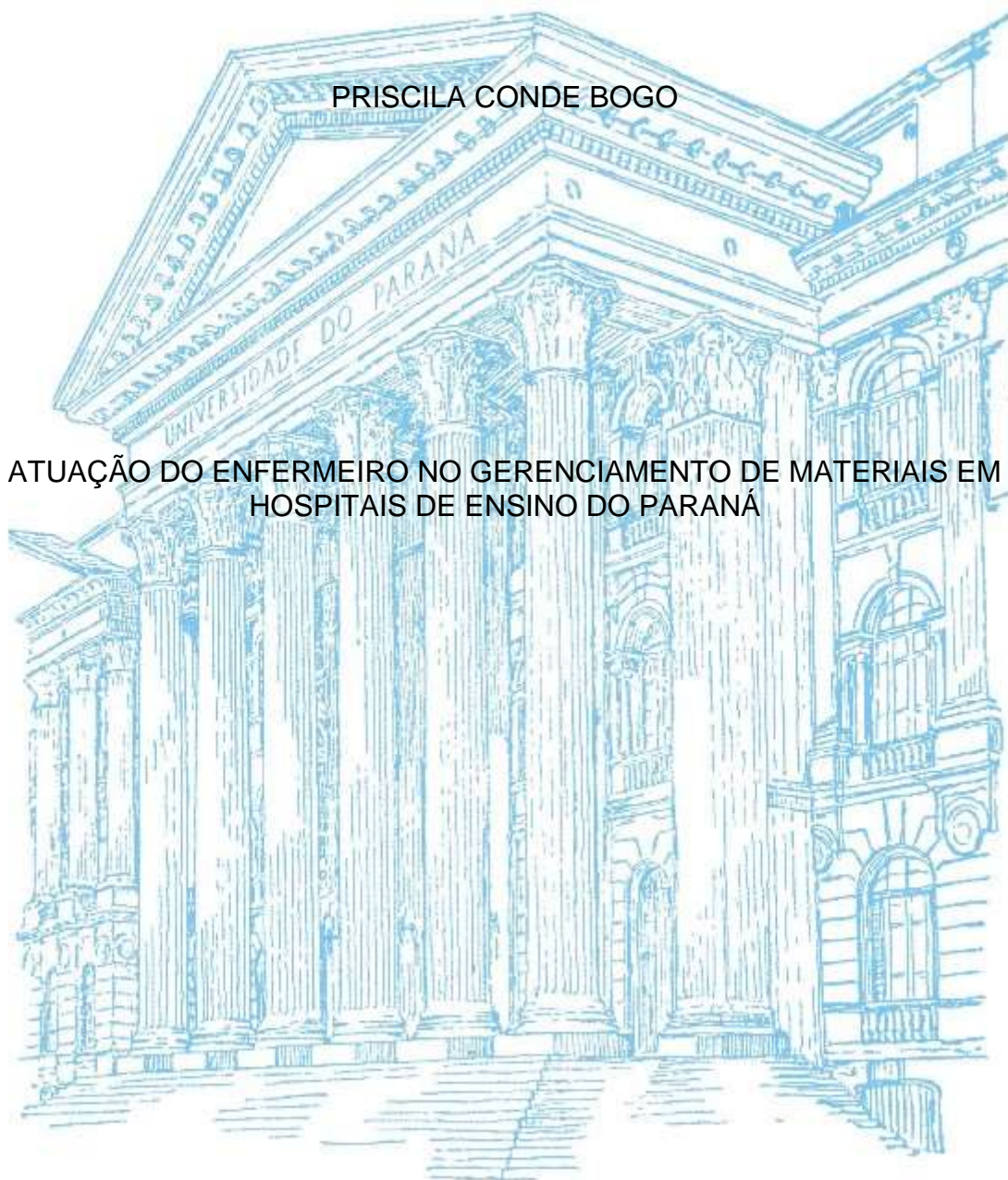


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PRISCILA CONDE BOGO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS EM
HOSPITAIS DE ENSINO DO PARANÁ



CURITIBA
2013

PRISCILA CONDE BOGO

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS EM
HOSPITAIS DE ENSINO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Elizabeth Bernardino

CURITIBA
2013

Bogo, Priscila Conde

A atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná / Priscila Conde Bogo – Curitiba, 2013. 137 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Recursos materiais em saúde. 2. Administração de materiais no hospital. 3. Hospitais de ensino. 4. Enfermagem. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.173068

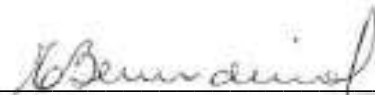
TERMO DE APROVAÇÃO

PRISCILA CONDE BOGO

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS EM HOSPITAIS DE ENSINO DO PARANÁ

Dissertação aprovada como requisito parcial a obtenção do título de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora.

Orientador:



Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino
Departamento de Enfermagem, UFPR



Prof.^a Dr.^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Departamento de Enfermagem, UFPR



Prof.^a Dr.^a Valéria Castilho
Escola de Enfermagem, USP

Curitiba, 03 de dezembro de 2013.

*Aos meus irmãos, **Ana Paula e Maurilio**, por
entenderem a minha ausência.
Aos meus pais, **Dirce e Osmar**, razões do meu ser, por
terem dedicado suas vidas a nossa formação, pelos
valores ensinados e amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e proteção nesta caminhada.

*À família **Conde**, minhas tias-mães **Izabel e Conceição**, meus primos-irmãos **Leticia, Cristiano, Zilda, Zeli, Bruno e Juliana**, e os “agregados” **Luis Paulo e Fábio**, pelo carinho, torcida e aconchego a cada retorno. Amo vocês!*

*À professora **Dr.^a Elizabeth Bernardino** pela oportunidade de desenvolvimento pessoal, pelos ensinamentos, dedicação, silêncio e acolhida, mas sobretudo, pelo respeito nos momentos mais delicados. Minha gratidão e admiração à pessoa que és!*

*Às professoras **Dr.^a Aida Maris Peres e Dra.^a Lillian Daisy Gonçalves Wolff** pela atenção, palavras de apoio e incentivo nos corredores da Universidade.*

*Às professoras **Dr.^a Valéria Castilho e Dr.^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz**, por aceitarem compor minha banca e pelas valiosas contribuições.*

*À amiga **Gisele Knop Aued**, pessoa fantástica com quem pude compartilhar a experiência do mestrado, pelas incansáveis jornadas de estudo, pela amizade, carinho e acolhida, e por me lembrar sempre que venceríamos esta jornada.*

*À amiga, irmã, conselheira e incentivadora, **Elionésia Marta dos Santos** pelo colo, puxões de orelha, e arrimo para que eu não esmorecesse.*

*À amiga **Juliana Chrun** pelo afeto, amparo e orações neste período.*

*Às enfermeiras **Luciana Aparecida Fabriz** pelo incentivo a realização do mestrado; **Maria Aparecida Andriolo Richetti e Denise Galetto** pela compressão, apoio e auxílio no cotidiano de trabalho.*

*À equipe de licitação, **Karine, Letícia, Carlos, Marcos, Elizabeth**, e à farmacêutica **Elaine**, por permitirem que eu integrasse esta equipe, por entenderem meus horários malucos, pela troca de conhecimento sobre compras públicas, pelo apoio, incentivo e cafezinhos que amenizaram os dias mais estressantes.*

*Às residentes de enfermagem **Ana, Thaís, Lara, Halana e Débora**, por me acompanharem neste último ano, pela experiência da docência e tutoria, pela oportunidade de ensinar, mas também de aprender com vocês.*

*À equipe do **Centro Cirúrgico** pela convivência, aprendizagem, cuidado e apoio que recebo sempre que estou junto de vocês.*

*Aos enfermeiros do **Hospital Universitário do Oeste do Paraná** pelo incentivo à realização do mestrado, e apoio nas atividades do gerenciamento de materiais.*

*Aos enfermeiros do **gerenciamento de materiais** que participaram da pesquisa, pelo desprendimento com que compartilharam suas experiências e por contribuírem para a construção do conhecimento de enfermagem.*

*À **Universidade Estadual do Oeste do Paraná** e ao **Hospital Universitário do Oeste do Paraná**, pelo incentivo à qualificação profissional e à flexibilização da jornada de trabalho.*

*À **Universidade Federal do Paraná** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por oferecerem um programa de qualidade e com corpo docente tão distinto.*

*Ao **Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS**, pelo espaço de discussão, aprendizagem e pesquisa.*

EPÍGRAFE

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.” (Chico Xavier)

RESUMO

BOGO, P. C. Atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná. 137fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2013.

Este trabalho tem por objetivo apresentar o contexto de inserção do enfermeiro no gerenciamento de materiais nos hospitais de ensino do Paraná; descrever as atividades por ele desenvolvidas neste processo; identificar as competências requeridas para o gerenciamento de materiais e como elas são desenvolvidas. Foram entrevistados oito enfermeiros atuantes no gerenciamento de materiais de seis Hospitais de Ensino do Paraná. Para análise das falas dos participantes da pesquisa utilizou-se a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Durante a realização da pesquisa os aspectos éticos foram respeitados conforme os preceitos da Resolução 466/12. As categorias temáticas extraídas foram: Contexto de atuação do enfermeiro do GM; Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do GM; Competências requeridas do enfermeiro para atuação no GM e Desenvolvimento de competências para o GM. Entre os resultados verificou-se que a inserção do enfermeiro na atividade ocorre de maneira não programada, mas correlacionada ao conhecimento do profissional sobre os materiais e a experiências prévias no seu uso. Identificou-se a atuação do enfermeiro nas etapas de programação, compra, armazenamento, distribuição e controle; com destaque para as atividades de elaboração de projetos para a captação de recursos, que o possibilita integrar instâncias mais elevadas do planejamento; e a educação permanente da equipe, pelo atendimento a missão dos hospitais de ensino de formar e capacitar recursos humanos em saúde. Para o desempenho destas atividades observou-se o emprego das competências de Planejamento e Organização, Gestão de recursos e Trabalho em equipe. Estas foram desenvolvidas pelos profissionais por meio das experiências prévias na prática profissional e da experiência em atividades afins ao GM, motivadas pelo interesse pessoal e sob reforço da educação permanente e do contato com outros profissionais. Entende-se que o enfermeiro do GM abriu canais de comunicação para a construção de um gerenciamento de materiais mais participativo, o que reitera o papel da equipe técnica assistencial como sujeito das ações e aproxima-os de outras instâncias da administração dos hospitais de ensino. Além de imprimir ao processo organização e planejamento, a sistematização das ações avaliativas de produtos e de controle dos recursos durante o seu uso confere maior credibilidade ao trabalho junto aos profissionais que fazem uso dos materiais e dos fornecedores.

DESCRITORES: Recursos materiais em saúde. Administração de materiais no hospital. Hospitais de ensino. Enfermagem.

ABSTRACT

BOGO, P. C. Nurse performance on supplies management in Paraná state teaching hospitals. 137p. (Dissertation) Masters in Nursing. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2013.

This work aims: to present the context of nurses inclusion regarding supplies management in Paraná state teaching hospitals; to describe the activities they carry out in this process; to identify the skills required for the supplies management and how they are developed. Eight active management nurses who work in six Teaching Hospitals in Paraná state were interviewed. For analysis of the statements of the interviewed people we used the thematic content analysis proposed by Bardin. During the research the ethical aspects were maintained in accordance with provisions of Resolution 466/12. The themes were: GM Nurses performance context; Activities performed by GM; skills required of nurses to act in the GM alongside with skills development for the GM. Among the results, it was found that the insertion of the nurse in activity is not programmed, but correlated with professional knowledge of the supplies and their experience in previous use. We identified the role of the nurse in the stages of planning, purchasing, storage, distribution and control, highlighting the activities of preparing projects for funding, which allows him/her to integrate the highest levels of planning, as well as the ongoing education of the staff by achieving the mission of teaching hospitals to educate and train human resources for health. For the performance of these activities we observed the use of the skills of planning and organization, resource management and teamwork. These skills were developed by professionals through professional practice and previous experience in related activities at the GM experiments, which were motivated by self-interest and in enhancing continuing education and contact with other professionals. It is understood that GM nurses achieved the needed amounts of communication for building a more participatory supplies management, which reinforce the role of the staff as a subject of actions and approaches from other instances of the administration of teaching hospitals. Apart from giving the process planning and organization, the systematization of evaluation actions of products and control of resources during use gives greater credibility to work with professionals who use the supplies, as well as the providers.

KEYWORDS: Material Resources in Health. Materials Management, Hospital; Hospitals, Teaching. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ETAPAS DO GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS	27
FIGURA 2 – DIMENSIONAMENTO DE CONSUMO E A INSTALAÇÃO DO CICLO CUMULATIVO.....	33
FIGURA 3 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL H	59
FIGURA 4 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL D e F	60
FIGURA 5 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL H	61
FIGURA 6 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL J.....	62
FIGURA 7 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL K	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – MODALIDADES DE LICITAÇÃO: INDICAÇÃO, CRITÉRIO DE JULGAMENTO E VALOR DE COMPRA.....	31
QUADRO 2 – PARTICIPANTES E CENÁRIO DE PESQUISA	49
QUADRO 3 – ELEMENTOS GRÁFICOS E SEUS SIGNIFICADOS	51
QUADRO 4 - CATEGORIAS TEMÁTICAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE	55
QUADRO 5 – PANORAMA DO CONTEXTO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO GM	64
QUADRO 6 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO GM.....	65
QUADRO 7 – COMO O ENFERMEIRO DESENVOLVE AS COMPETÊNCIAS REQUERIDAS PARA O GM	85

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATS – Avaliação em Tecnologia da Saúde

CC – Centro Cirúrgico

CIB – Comissão Intergestores Bipartites

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CPM – Comissão de Padronização de Materiais

FIDEPS – Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde

GM – Gerenciamento de Materiais

GR – Gerência de Risco

GRH – Gerência de Risco Hospitalar

HE – Hospital de Ensino

IVD – Índice de Valorização de Desempenho

MEC – Ministério da Educação e da Cultura

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PS – Pronto Socorro

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SEGES – Secretaria de Gestão

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 HOSPITAL DE ENSINO	18
3.2 PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HE	24
3.2.1 Aspectos gerais do GM	24
3.2.1 Etapas do processo de gerenciamento de recursos materiais	26
3.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE MATERIAIS.....	37
4 MÉTODO	47
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	47
4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA	47
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	49
4.5 COLETA DE DADOS	50
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
5 RESULTADOS	54
5.1 CONTEXTO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO GM.....	55
5.1.1 Inserção do enfermeiro no GM.....	56
5.1.2 Amplitude de atuação do enfermeiro do GM	57
5.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO DO GM.....	65
5.2.1 Programação – Previsão de recursos	66
5.2.2 Programação – Gerenciamento do banco de dados de produtos	67
5.2.3 Programação – Participação em comissões afins ao GM	68
5.2.4 Programação – Padronização de rotinas para avaliação de produtos	69
5.2.5 Programação – Elaboração do termo de referência	70
5.2.6 Compra – Avaliação de produtos.....	71
5.2.7 Armazenamento – Orientação para a armazenagem dos produtos.....	72
5.2.8 Distribuição e Controle – Tecnovigilância	73
5.2.9 Elaboração de projetos para captação de recursos	75
5.2.10 Educação permanente da equipe.....	76

5.4	COMPETÊNCIAS REQUERIDAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NO GM	77
5.4.1	Planejamento e organização	77
5.4.2	Trabalho em equipe	80
5.4.3	Gestão de recursos	82
5.5	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O GM.	85
5.5.1	Experiências prévias na prática profissional	86
5.5.2	Experiência em atividades afins ao GM	87
6	DISCUSSÃO	90
6.1	CONTEXTO DE INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE MATERIAIS	90
6.2	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO GM	95
6.3	COMPETÊNCIAS REQUERIDAS DO ENFERMEIRO NO GM	106
6.4	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O GM	111
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICES	134
	ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

Os Hospitais de Ensino (HE) são organizações de assistência à saúde que têm como compromisso a formação e educação permanente dos recursos humanos em saúde; o desenvolvimento de ações de pesquisa, incremento científico e de avaliação tecnológica; além de buscar melhorias no campo da gestão, com práticas que contribuam para a manutenção do equilíbrio financeiro (BRASIL, 2004a; SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011a).

Considerando que a assistência em saúde tem sofrido aumento crescente dos seus gastos, alavancados pelo incremento tecnológico da assistência e mudanças do perfil de adoecimento da população, o controle de custos nos hospitais faz-se indispensável, e o gerenciamento de materiais é um dos principais pontos de atenção. A inserção de novos produtos no mercado e de insumos de alta tecnologia, se conduzidos inadequadamente, podem onerar o orçamento institucional e inviabilizar a prestação de serviços à população (DALLORA; FOSTER, 2008).

Como proposta para a melhoria da gestão de materiais em hospitais, tem-se promovido a aproximação dos setores de consumo com os de administração e compras, por meio da atuação de assessorias técnicas e comissões compostas por profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre outros. Esses, com base no conhecimento técnico, contribuem para a tomada de decisão sobre a adoção, descontinuidade e requisitos mínimos de qualidade dos insumos utilizados (BRASIL, 2010b).

Com relação ao profissional enfermeiro, observa-se que sua atuação como coordenador das unidades assistenciais, responsável pelas ações de previsão, provisão e controle de recursos utilizados pela equipe, e, ainda, prestador de cuidados diretos ao paciente e consumidor intermediário dos materiais; o permitiu acumular conhecimento técnico e prático acerca dos insumos, conferindo-lhe recursos para julgar quanto à funcionalidade, à qualidade e à imprescindibilidade dos itens aplicados no cuidado em saúde (LOURENÇO, 2006; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009; CHAVES, CAMELO, LAUS, 2011).

Tendo em vista a experiência acumulada, alguns enfermeiros têm ocupado novos campos de atuação em processos gerenciais dentro dos hospitais, como a gestão de recursos humanos, tecnológicos, financeiros, físicos e materiais (BRITO *et*

al., 2005). Este movimento também é observado nos hospitais de ensino do Paraná; em alguns deles o profissional enfermeiro é responsável pelo desenvolvimento e coordenação de atividades relacionadas ao gerenciamento de materiais, atuando nos processos de planejamento, compra e controle de qualidades.

No Hospital Universitário do Oeste do Paraná, instituição na qual atuo como enfermeira gerente de materiais, durante aproximadamente três anos as atividades relacionadas ao gerenciamento de produtos para a saúde foram realizadas por enfermeiros não exclusivos da função. Essa situação, há três anos, modificou-se com a contratação de novos enfermeiros e minha alocação para desempenho das atividades deste serviço. Houve uma necessidade percebida por parte dos dirigentes de se ter uma enfermeira exclusiva no Serviço de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares, quando os processos de compra se tornaram mais intrincados, com um número crescente de itens, com o incremento de novas tecnologias, bem como com a busca pelo equilíbrio da relação custo/qualidade.

Assim, considerando esta nova perspectiva de atuação para o enfermeiro, a importância do seu envolvimento na tomada de decisão e seu impacto na dimensão técnico-administrativa inerente aos processos de cuidar e gerenciar, a questão norteadora deste estudo é **como tem se configurado a atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais nos hospitais de ensino do Paraná?**

Este trabalho se insere na linha de pesquisa “Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem” do Programa Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Paraná, e do projeto “Espaços de atuação do enfermeiro: atribuições, funções, poder e visibilidade” sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino.

2 OBJETIVOS

Apresentar o contexto de inserção do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino.

Descrever as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no gerenciamento de materiais nos hospitais de ensino.

Identificar as competências requeridas do enfermeiro no gerenciamento de materiais e como são desenvolvidas essas competências.

3 REVISÃO DE LITERATURA

No decorrer do capítulo serão apresentados os principais temas que permeiam a pesquisa. São eles: o hospital de ensino, sua história, legislação e principais características; o gerenciamento de recursos materiais no hospital, com conceito, etapas e aspectos particulares ao gerenciamento de recursos materiais em hospitais de ensino; formação profissional do enfermeiro e suas implicações para o gerenciamento de materiais.

3.1 HOSPITAL DE ENSINO

Os primeiros registros de hospital nos quais se desenvolvia o ensino da Medicina datam da Idade Média, no século IX, em Salerno na Itália, onde os Beneditinos construíram um hospital para o exercício da medicina; neste período, eram comuns construções anexas a mosteiros e conventos, utilizadas para a prestação de cuidados aos doentes. Assim, em meio a uma prática assistencial monástica e caritativa, iniciou-se a caracterização das primeiras organizações hospitalares para o ensino da prática médica, com o desenvolvimento de atividades de ensino da cura, a beira do leito e sob pilares empíricos (BRASIL, 1965; CARMO, 2006; REZENDE, 2009).

Estas atividades de ensino foram favorecidas a partir da institucionalização do cuidado, ocorrida em meados do século XVI, fato que permitiu o livre acesso dos estudiosos ao seu objeto de pesquisa: o moribundo, o que ampliou a possibilidade de observação direta e controlada de sua doença, facilitando o desenvolvimento de novos conhecimentos e a transmissão destes aos futuros médicos (MORAES, 2005; CARMO, 2006).

Da mesma forma para o ensino da Enfermagem, esboçava-se à época, século XVI, talvez o primeiro programa educacional sob comando de St. Luísa de Marillac e de São Vicente de Paula, jovens senhoras eram treinadas, por meio de orientações verbais e desempenho da prática, para prestar atendimento aos doentes em suas

necessidades e cuidados com higiene, além da organização do ambiente de internação (POTTER, PERRY, 2002; PADILHA, AMANCIO, 2005,).

Ao final do século XIX e início do século XX, avanços na área médica e de enfermagem fizeram com que os cuidados prestados nos hospitais dessem um salto de qualidade. As descobertas no campo da Microbiologia, o advento do RX, o desenvolvimento de medicamentos como a penicilina, acrescido das novas metodologias de cuidado empregadas por Florence Nightingale – divisão e organização do trabalho de enfermagem, utilização apropriada de recursos como a luz, o calor e o ar puro – contribuíram para a prevenção e contenção de moléstias nestes ambientes (BRASIL, 1965; COSTA *et al.*, 2009). Isso atraiu, inclusive, as famílias mais abastadas da sociedade, para as quais foram construídos aposentos especiais nos nosocômios (MORAES, 2006).

Este novo hospital, construído sobre pilares técnico-científicos, afetou diretamente a relação entre ensino e assistência em saúde, tendo em vista a incapacidade dos hospitais brasileiros em adquirir e acompanhar as inovações tecnológicas na saúde. Os diretórios acadêmicos das universidades da época iniciaram um movimento reivindicatório para criação e construção de hospitais de clínicas, específicos para o desenvolvimento do ensino médico (CARMO, 2006).

Para o governo e gestores em saúde, os hospitais de clínicas, representavam o exemplo de uma assistência cara e de pouco alcance e impacto na saúde da população. Para os docentes e acadêmicos era a oportunidade para o desenvolvimento da aprendizagem e atendimento dos pacientes nos mais altos padrões tecnológicos e de qualidade, não importavam seus custos exponenciais, tão pouco as formas de financiamento para tal (BARBOSA NETO, 2008).

Como reflexo deste impasse entre gestores e docentes, e da falta de clareza nas políticas públicas dos hospitais de clínicas ou universitários no Brasil, até a metade da década de 1970, surgiu um abismo entre o ensino e os serviços, agravado por um número crescente de cursos de Medicina no país, e pela insuficiência de instituições de saúde que acolhessem esses novos alunos (BARBOSA NETO, 2008).

A primeira tentativa de amenizar esse impasse – o futuro dos hospitais universitários – deu-se com a proposta de celebração de uma parceria entre hospitais universitários e a Previdência em 1974, denominado Convênio Global ou Convênio MEC/MPAS (Ministério da Educação e da Cultura – Ministério da Previdência e Assistência Social). O acordo previa a reaproximação dos serviços com as

universidades por meio do atendimento a pacientes ambulatoriais e internados pelo sistema da previdência (LIMA, 2009).

Na década seguinte, em 1987, deu-se uma segunda tentativa de construção de uma política para os hospitais universitários, por meio de um novo convênio MEC/MPAS, o qual propôs o Índice de Valorização de Desempenho (IVD) única e exclusivamente para os hospitais de ensino. O incentivo financeiro proposto surgiu com o intuito de estimular a execução de atividades de integração com o serviço de saúde regional, como a realização de procedimentos de alto custo e avaliações para incorporações tecnológicas em saúde (BARBOSA NETO, 2008).

No entanto, quatro anos depois, o insucesso do IVD causou sua extinção por meio da Portaria MS 15/1991, e houve a implantação do Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), também exclusivo para os hospitais de ensino. O Fundo funcionaria como um aditivo sobre as receitas de internação, nos percentuais de 25%, 50% e, posteriormente incluso, o percentual de 75%, conforme a classificação do hospital, que levava em conta quesitos como o número de cursos de saúde abrigados, a existência de cursos *strictu senso* e a oferta de atendimento de alta complexidade (BRASIL, 1991a).

Para efeito de aplicação do FIDEPS, o MEC, por meio da Portaria nº375/1991, definiu Hospital de Ensino (HE) como a união dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e os Hospitais Auxiliares de Ensino. Hospital Universitário foi definido como aquele de propriedade ou gestão da Universidade Pública ou Privada, ou a estas vinculado por comodato ou cessão de uso; Hospital-Escola, como hospital sob gestão ou domínio de Escolas Médicas Isoladas Públicas; e, por fim, como Hospital Auxiliar de Ensino enquadrando-se aquele ligado à Instituição de Ensino Superior, por fornecer a estas campo de treinamento em serviço para cursos de graduação ou pós-graduação (BRASIL, 1991b).

Contudo, essa proposta também não se fez resolutiva pois, com a defasagem dos valores estabelecidos nas tabelas de procedimentos do MS pelo aumento dos custos da assistência em saúde, os valores arrecadados com o FIDEPS passaram a subsidiar à pesquisa, como fora idealizado. Mantêm-se então as lacunas, o distanciamento entre serviços e universidade, pela inexistência de uma política de orientação dos HE eficiente (BARBOSA NETO, 2008); até que em 2003, uma nova proposta de estruturação é pensada, sob apoio e orientação de uma comissão constituída para avaliar as reais condições dos HE. Os resultados destas avaliações

originaram a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº1000/2004, mais tarde revogada pela Portaria Interministerial 2.400/2007, e esta instituiu o processo de certificação e reconhecimento para os HE (BRASIL, 2004a, BRASIL, 2007a).

Para obter a referida certificação, com validade de 2 anos, os hospitais candidatos a Hospitais de Ensino foram avaliados por membros do MEC e Ministério da Saúde (MS) dentro de quatro quesitos: ensino, assistência, pesquisa e gestão. A eles também ficou incumbido a fiscalização das instituições certificadas, que poderiam ter a certificação cancelada a qualquer momento, caso descumprissem alguma das normativas estabelecidas pela Portaria 2.400/2007 (BRASIL, 2007a). O HE passou a ser uma organização de saúde certificada em conjunto pelo MS e MEC, com os objetivos de prestar assistência, contribuir para a formação de recursos humanos, colaborar em ações de pesquisa, de incremento científico e de avaliação tecnológica em saúde, e, por fim, atender a compromissos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009).

A proposta de certificação para os HE procurou dar um novo contorno a estes nosocômios, que a partir de então, além de contribuir para a formação de recursos humanos e ações de pesquisa e inovação tecnológica. Os HE também passaram a ser referência para assistência de alta densidade tecnológica na rede do Sistema Único de Saúde e para ações e inovações na área de gestão pública.

Dentre os requisitos mínimos exigidos dos hospitais para o processo de certificação pode-se elencar o abrigo de alunos do curso de medicina e de, ao menos, dois outros cursos de saúde em atividades de residência e/ou pós-graduação; garantir acompanhamento diário dos alunos por docente ou preceptor; possuir atividades de pesquisa científica e avaliação de tecnologias; dispor de instalações adequadas ao ensino com salas de aulas e recursos audiovisuais; dispor de biblioteca especializada; possuir comissões assessoras pertinentes a instituições hospitalares como Comissão de Documentação Médica e Estatística, Comissão de Ética, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Comissão de Óbitos, ente outras; desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, como hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador; dispor de programa de qualificação profissional; e participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007a).

No que tange às diretrizes gerais para o processo de contratualização, são requeridos dos HE ações no campo do **formação e educação** como, integrar o Pólo

de Educação Permanente em Saúde, loco regional e atuar no enfrentamento de problemas prioritários no campo da formação; desencadear ações de Educação Permanente para os trabalhadores dirigindo estas para o fortalecimento do trabalho multiprofissional e do cuidado integral; e cooperar para a formação de profissionais de saúde que contemplem as necessidades do SUS nas suas dimensões de integralidade, universalidade e igualitariedade. Para o campo da **atenção à saúde** é preconizado a composição da rede SUS para prestação de serviços pactuados, dando preferência às ações de média e alta densidade tecnológica; a diversificação de tecnologias de cuidado que visam a redução do tempo de internação; e a participação nas políticas prioritárias do SUS. No campo da **gestão hospitalar**, recomenda-se a adoção de medidas para a democratização da gestão, como a elaboração de plano diretor e planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multidisciplinar, além de ações de horizontalização da gestão, bem como medidas que garantam a continuidade da assistência, independentemente das atividades de ensino. Por fim para o campo da **pesquisa e avaliação tecnológica** aspira-se ao delineamento e desenvolvimento de projetos de pesquisa que atendam às necessidades e primeira ordem do SUS, assim como ao desenvolvimento de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), e à construção de diretrizes para inclusão e gestão de tecnologias em saúde (BRASIL, 2004b).

Infere-se que as exigências do programa de certificação têm por intuito o estímulo a ações de aperfeiçoamento e, por conseguinte, à melhoria nos campos da assistência, gestão, ensino e pesquisa, áreas consideradas interligadas e interdependentes. É também uma tentativa para aumentar a eficiência na prestação de serviços nestes locais, otimizando/racionalizando os recursos utilizados como resposta e/ou alternativa à constante falta de aporte financeiro para investimentos e manutenção dos HE (BRASIL, 2004a; SILVA *et al.*, 2010).

Outra intenção, claramente explicitada no programa de certificação, é a reinserção dos HE no SUS, realizada por meio de processos de contratualização e convênios com o gestor de saúde local. Da celebração destes contratos, passou também a ser organizado o financiamento dos HE, caracterizado como orçamento global misto e composto por uma renda variável – referente à produção autorizada de serviços de alta complexidade e de ações estratégicas de compensações, e uma renda fixa – referente ao histórico de produção de atendimentos de média

complexidade, somado ao aditivo de 10% pago pelo MS, alusivo ao incentivo a contratualização (BRASIL, 2011a).

Por meio da reinserção dos HE na rede local esperava-se ainda, transpor alguns obstáculos presentes na efetivação do SUS e do ensino em saúde, como a formação de profissionais aptos a combater problemas de saúde característicos da população brasileira, bem como possibilitar o acesso desta aos serviços de alta complexidade e a tratamentos com tecnologias avançadas. Neste último aspecto, vê-se também a importância da assistência conciliada à pesquisa, pela qual se promove a avaliação das novas técnicas terapêuticas, diagnósticas e de cuidado, verificando sua real aplicabilidade e eficiência, assim como possibilidade de adaptação aos padrões brasileiros de adoecimento e financiamento de assistência à saúde (BARATA, MENDES, BITTAR, 2010).

Sendo assim, é importante contextualizar os HE na rede SUS, a correspondência de 10% dos leitos credenciados à rede, e nesses se concentram 12% das internações hospitalares, 11% dos atendimentos ambulatoriais, 25% dos leitos de unidade de terapia intensiva, além de 37% dos procedimentos de alta complexidade, e os atendimentos possuem valor médio por internação de R\$ 779,99; valor 26,6% superior ao custeado em outras unidades do SUS (MACHADO S. P., KUCHENBECKER, 2007).

Sobre os custos assistenciais nestes hospitais, Dallora e Foster (2008) explicitam que, *a priori*, há uma carência de informações que deve ser sanada para que os gestores de saúde estejam munidos no enfrentamento das adversidades para que utilizem os instrumentos gerenciais em suas unidades e para que possam alcançar a viabilização e sobrevivência das suas organizações. Os mesmos autores ainda afirmam que, com relação aos custos dos hospitais de ensino, algumas peculiaridades devem ser consideradas, como o referencial em tecnologia de ponta, as atividades docente-assistenciais e serviços básicos de saúde oferecidos para atendimento aos preceitos de ensino, que encarecem a assistência e elevam a necessidade de financiamento.

Embora ainda se correlacione as atividades de ensino ao aumento dos custos dos hospitais de ensino, progressos já podem ser verificados na gestão dos recursos nestas instituições. Um estudo realizado por Lobo *et al.*(2009) verificou que três anos após a reforma no financiamento dos HE houve aumento no número de hospitais com eficiência técnica comprovada (passando de 11 para 17), ou seja, um melhor uso dos

recursos disponíveis. O estudo ainda relaciona esta eficiência e os avanços na produtividade assistencial, com a qualidade e intensidade nas atividades de ensino nas instituições pesquisadas.

Atualmente o Brasil dispõe de 134 HE certificados (80 hospitais públicos, 47 hospitais filantrópicos e 07 privados) distribuídos em todo o território nacional. O estado de São Paulo conta com o maior número de organizações do gênero, com 42 hospitais, seguido por Minas Gerais com 18 hospitais, Rio Grande do Sul com 15 hospitais. O estado do Paraná conta com 12 hospitais certificados, todos contratualizados ao SUS (BRASIL, 2013).

Todas essas expectativas e intenções criadas ao implantar o programa de certificação e reestruturação dos HE justificam-se frente ao fato desses serem responsáveis por um grande percentual dos atendimentos de maior complexidade no país, e serem produtoras e disseminadoras de conhecimento por meio da formação de recursos humanos em saúde. Sendo assim, investir e melhorar estes hospitais significa possibilitar a execução de assistência de qualidade de forma direta à clientela lá atendida e indireta aos que vierem a usufruir dos serviços prestados por profissionais neles formados ou que neles se inspirarem.

3.2 PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HE

Neste tópico serão expostos aspectos gerais do gerenciamento de materiais, como conceito e finalidade, especificidades do processo no HE, e por fim as etapas do fluxo de atividades.

3.2.1 Aspectos gerais do GM

O gerenciamento de recursos materiais tem por finalidade disponibilizar materiais adequados, em quantidade necessária, em tempo e local exatos para a fabricação de produtos e/ou prestação de serviços. Para tal, a administração de insumos e o sistema produtivo devem estar perfeitamente concatenados, de modo a

garantir o andamento da produção com produtos/serviços de qualidade e em tempo de atendimento ao consumidor (CHIAVENATO, 2005).

Rosa (2010) amplia o pressuposto acima explicitado ao afirmar que o gerenciamento de recursos materiais deve ser norteado pelos princípios da eficiência e economia, garantindo a aquisição de materiais com as especificações e qualidade desejadas, ao menor custo imaginável para a administração.

Segundo documento do Banco Mundial (2007, p. 54):

A gestão de materiais serve um propósito duplo. Primeiro ela proporciona maior eficiência na utilização dos recursos orçados. Em segundo lugar, ela retroalimenta a elaboração do orçamento, do planejamento, e pode ajudar a orientar as decisões de políticas visando maior eficiência na compra e distribuição de materiais e medicamentos, melhor manutenção, utilização e compra de equipamentos e instalações, e a utilização mais eficiente dos recursos humanos. Em conjunto com um planejamento e orçamentação mais sólidos, uma melhor gestão de materiais pode contribuir para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, e num ciclo virtuoso, a melhora na gestão de materiais pode por sua vez fornecer as ferramentas para um planejamento e orçamentação mais fortes.

Considerar-se-á nesta pesquisa o gerenciamento de materiais como processo, por corroborar com a definição dada pela SEGES, como “conjunto integrado e sincrônico de insumos, infraestruturas, regras e transformações, que adiciona valor às pessoas que fazem uso dos produtos e/ou serviços gerados”. Segundo esta referência, ao assumir essa definição assume-se também o entendimento de que os processos têm o “compromisso de satisfazer as necessidades dos clientes/cidadãos, exigem sincronia, transformam elementos, seguem orientações e consomem recursos” (BRASIL, 2011b, p.08).

Segundo o Banco Mundial (2007) os recursos investidos em materiais no SUS apontam cerca de 20% do montante total de seu financiamento; o que, conforme Castilho e Gonçalves (2005), também pode ser aplicado aos HE, que destinam cerca de 15 a 20% dos seus orçamentos para tal atividade, o que traduz-se em cifras anuais de aproximadamente R\$4.000.000,00. Estes autores ainda estimam que estes valores refiram-se a compra de um universo de três a seis mil itens, e que os materiais especificamente de consumo assistencial, alcancem a faixa de dois mil e quinhentos itens.

Os materiais de consumo assistencial pertencem a uma categoria denominada pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como correlatos e/ou produtos para a saúde. Nesta categoria ainda inserem-se os equipamentos,

aparelhos e materiais nos diversos níveis de densidade tecnológica, e cuja finalidade pode ser o diagnóstico, tratamento, reabilitação ou mesmo a monitoração de pacientes nas áreas médica, odontológica ou fisioterápica (BRASIL, 2011c).

Além da diversidade de produtos envolvidos na assistência em saúde, outra possível explicação para o elevado número de itens do setor de suprimentos de hospitais de ensino, está na diversidade de procedimentos nestes realizados. Sob a justificativa de atender as necessidades das atividades de ensino, exerce-se a assistência em saúde nos diferentes níveis de atenção em saúde, o que dificulta o gerenciamento de insumos pelas unidades (BARATA, *et al.*, 2010).

Soma-se a isso a crescente incorporação de novos recursos materiais, visto que os HE na condição de centro formador, referência para a assistência de maior complexidade no sistema de saúde local, e sobretudo, responsável pelo fomento à pesquisa, deve desenvolver, avaliar e promover novas tecnologias de cuidado (BRASIL, 2007; DALLORA, FOSTER, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) metade dos recursos terapêuticos da atualidade foram implementados na última década e, desde então, trouxeram inúmeros benefícios ao cuidado em saúde. No entanto, a inserção de novas tecnologias é uma tarefa delicada, e condições como falta de planejamento para incorporação, qualidade insatisfatória e despreparo dos profissionais para o seu uso podem atrapalhar o processo, tornando-o dispendioso e improdutivo para a instituição (CONASS, 2007).

De forma geral, a fim de disponibilizar os recursos necessários à assistência em saúde e acompanhar as novas tendências de cuidado, é vital que os envolvidos no processo de fornecimento de insumos trabalhem em conjunto para que o objetivo maior da administração de materiais seja alcançado: o atendimento com qualidade ao cliente.

3.2.1 Etapas do processo de gerenciamento de recursos materiais

O entendimento do processo para o gerenciamento de materiais advém da concepção de que este trata de uma sequência de atividades sincrônicas, dispostas em etapas, que por vezes retroalimentam-se e devem atender aos clientes e usuários. Sendo assim, apresentaremos no decorrer do tópico as etapas do processo de gerenciamento de materiais e suas particularidades nos HE.

A Figura 1, apresentada abaixo, toma por referência o fluxo de atividades no gerenciamento de materiais proposto por Castilho e Gonçalves (2011), e apresenta as etapas do processo de gerenciamento de materiais, suas sub-etapas ou atividades.



FIGURA 1 – ETAPAS DO GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS
Fonte: Castilho e Gonçalves (2011).

Planejar bem é condição primeira para o completo atendimento ao fim que se destina; no que concerne aos HE: atender as atividades de ensino, pesquisa e assistência em saúde com qualidade e livre de riscos; um bom planejamento das compras se traduzirá na aquisição de produtos que garantirão segurança a pacientes e profissionais, com melhor custo benefício e otimização dos recursos públicos (BEVILAQUA, 2012; BRASIL, 2010). Para tanto, as atividades do processo de gerenciamento de materiais têm princípio na etapa de **PROGRAMAÇÃO** das compras, que por sua vez agrega atividades como a Classificação, Padronização, Especificação e Previsão dos itens necessários ao desenvolvimento das atividades do hospital.

A *Classificação dos itens* disponíveis em estoque se refere ao processo de concentração de itens similares entre si, a fim de que se dê tratamento similar a produtos de um mesmo gênero. Um dos critérios mais frequentes de categorização é a finalidade de uso do item; pode-se ainda utilizar critérios como a natureza do cadastro do item, ativos ou inativos; a demanda de uso; valor unitário e impacto na formação dos estoques – Classificação ABC ou Curva de Pareto; ou mesmo, a importância para o desenvolvimento de determinado processo de cuidado – Classificação XYZ (VIANA, 2002; SILVA, 2010; CASTILHO, GONÇALVES, 2011).

Em organizações com grande variedade de itens em estoque, como os HE, tratar os diferentes produtos sob um mesmo rigor de atenção e controle pode ser uma falácia. Cada item possui particularidades como custo, tempo de entrega, fornecedor e demanda de uso, portanto, exige tratamento diferenciado no gerenciamento de materiais, daí a importância na classificação dos itens, de maneira que não se provoque a deficiência, a sobra, nem o comprometimento de elevados valores do orçamento (LOURENÇO, CASTILHO, 2006).

A partir da classificação dos itens, estabelece-se a necessidade de detalhar as principais propriedades destes, ou seja, realizar sua *Especificação técnica*, relativa à caracterização física, funcional e legal. Entre os principais aspectos a se considerar na descrição de medidas, composição química, forma e ergonomia, finalidade de uso e critérios de desempenho, além do atendimento a normas técnicas que amparam sua fabricação e regulam padrões de qualidade, segurança, uso e esterilização (CHIAVENATO, 2005; SOUZA, 2012).

Além das especificações adequadas, a *Padronização de itens* mais utilizados na instituição confere maior segurança às compras. O processo é amparado pelo parecer da Advocacia Geral da União nº 12G3/2006, o qual resgata o disposto no inciso I, do art. 15 da Lei nº 8.666/93, e segundo o qual padronização equivale a “uniformização com vistas a adotar-se um único modelo ou marca”, ou seja, reduzir a variabilidade de apresentações de produtos com a mesma finalidade. Padronização pode ser igualmente entendido como processo pelo qual um novo item pode ser incorporado ao rol de insumos passíveis de compra e utilização de um estabelecimento (BRASIL, 2010, p. 52).

Burmester, Hermeni e Fernandes (2013), detalham que a atividade de padronização pode ser subdividida em: admissão de novos itens no catálogo da instituição e o gerenciamento de itens já padronizados. A primeira linha, por sua vez, se decompõe em duas possibilidades de inserção de novos itens, uma em atendimento a determinações de órgãos reguladores (ANVISA, SUS, MTE), e, outra, desencadeada em resposta a Avaliação em Tecnologia da Saúde (ATS) da instituição, que tem por guia a análise da relação entre custo, benefício e risco do produto em questão.

Sobre a padronização de novos itens, Gil (2011) sugere que ao utilizar esta ferramenta de gerenciamento de materiais, além da eficiência no uso do material em questão, sejam considerados a existência de protocolos assistenciais para o uso, a

qualidade, o impacto financeiro da sua adoção e sua inter-relação com os demais itens componentes do catálogo de materiais da instituição, como a compatibilidade entre insumos, além do método de descarte ou reprocesso e estrutura de acondicionamento e manutenção.

Infere-se, portanto, a forte interação que deve ocorrer entre a área assistencial e a área de apoio durante o processo de padronização de materiais, a fim de que atenda às expectativas dos usuários e dos administradores da instituição.

As comissões de assessorias, como a Comissão de Padronização de Materiais (CPM) vêm responder a esta necessidade; sua principal função é receber os pedidos de padronização de material, avaliar critérios de uso, regularidade frente a órgãos como a ANVISA, condição financeira para implantação e, por fim, expedir parecer, favorável ou não, ao solicitado. Tendo em vista as inúmeras análises necessárias e as intersecções com outros serviços afins ao gerenciamento de materiais, é desejável que a comissão seja composta por grupo técnico multidisciplinar com enfermeiros, farmacêuticos, médicos e administradores; profissionais estes responsáveis pelos setores administrativos como compras, almoxarifado, licitação e atuantes nas unidades de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade Pediátrica e Ambulatório; além da Gerência de Risco (GR) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) (BRASIL, 2010b).

Paulus Jr (2005) atribui o sucesso das compras a pedidos bem estruturados na fase de programação, e afirma que especificações incompletas podem ter razão no distanciamento entre quem compra e quem utiliza, pois cada qual com sua formação tem diferentes entendimentos de um mesmo material. Para Infante e Santos (2007) comprometer o profissional com a triagem crítica e responsável dos produtos por ele utilizados, vislumbrando o seu efeito na saúde do paciente, é sempre uma boa medida para o alcance da qualidade no serviço.

É importante ressaltar que, em alguns momentos, a expressão “padronização” é utilizada de forma equivocada, fazendo referência à outra ferramenta de gestão de materiais: a pré-qualificação técnica de produtos. Esta também faz parte da fase de padronização de materiais e já é adotada por algumas instituições de saúde de atendimento especializado. A pré-qualificação de materiais está fundamentada nas bases teóricas da Gestão da Qualidade e configura-se como instrumento de pré-seleção de artigos necessários à produção de bens e serviços, pelo qual se objetiva

realizar a triagem de marcas que atendam plenamente às necessidades do serviço (RIO DE JANEIRO, 2006).

Dentre as legislações no âmbito nacional que mencionam a possibilidade de seleção de produtos está o Decreto nº 6170/2007, Capítulo IV – Padronização de Objetos, artigos 14 e 15, com nova redação dada pelo Decreto nº 6.428/2008. Dispõe sobre o estabelecimento de critérios definidos pelo contratante, especialmente características do objeto a serem acatados pelo contratado nos processos de compras públicas (BRASIL, 2007b, 2008a).

O Decreto nº 6.170/2007, insitui o processo de Chamamento Público que tem por objetivo a seleção de projetos, entidades e produtos interessados em contratar a administração pública. Para tal, o referido decreto estabelece que o processo em questão deve fundar critérios objetivos que visem à aferição da qualificação técnica e capacidade operacional dos interessados em contratar (BRASIL, 2007b).

No Estado do Paraná, a pré-qualificação está prevista na Lei Estadual 15.608/07, que prevê a análise de produtos em dois diferentes momentos: no ato do certame, pela apresentação de amostras e sua avaliação pela equipe técnica de licitação; e antes do certame, através de Chamamento Público das empresas interessadas em apresentar produtos. Neste caso, somente poderão participar do processo licitatório produtos de marcas pré-aprovadas (PARANÁ, 2007).

A iniciativa é tão valorosa que o Ministério da Saúde lançou, em 2008, um manual com orientações para a seleção de insumos e aponta a pré-qualificação de materiais como estratégia de garantia da sua qualidade, de respeito aos direitos do consumidor – o paciente – e como ferramenta para o gerenciamento de risco em Tecnovigilância (BRASIL, 2008b).

Verifica-se, a partir do exposto, que diferentemente da iniciativa privada, onde a **COMPRA** é norteada pelo desejo dos administradores e da melhor proposta dos fornecedores, os processos aquisitivos nos órgãos públicos estão sustentados em doutrinas legais e pareceres jurídicos, a iniciar pelo Art. 37 da Constituição Federal e pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993. No estado do Paraná este processo é norteado pela Lei Estadual 15.608/07. Ambos legislados determinam que os contratos públicos sejam estabelecidos mediante processo licitatório, e que estes devem obedecer os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1993; PARANÁ, 2007).

Entre as formas de compra ou modalidades de **licitação** previstas em lei há a concorrência, a tomada de preço, o convite, o leilão, o concurso e a possibilidade de dispensa de licitação, em acordo com a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Ainda, há a modalidade de pregão, instituída a partir da Medida Provisória nº 2.026/2000 e a modalidade de pregão eletrônico, regulamentada pelo Decreto 5.450/05 (BRASIL, 1993; BRASIL, 2000). No quadro 1, apresenta-se o resumo das características de cada modalidade de licitação, indicações de uso e valores de compra permitidos.

MODALIDADE	INDICAÇÃO	CRITÉRIO DE JULGAMENTO	VALOR DE COMPRA (R\$)	
			Obras / engenharia	Compras / outros serviços
Dispensa	-Casos emergenciais -Guerra e calamidade pública -Com itens previamente ilicitados sem vencedor -Casos dispostos no Art. 24 da Lei 8.666/93	Menor preço	Até 15.000,00	Até 8.000,00
Concorrência	-Obras/engenharia -Compras/outros serviços -Compras/alienação de imóveis -Compras/alienação de móveis -Concessão de direito de uso -Licitações internacionais -Sistema de registro de preço	Menor preço	Acima de 150.000,00	Acima de 650.000,00
Tomada de preços	-Obras/engenharia -Compras/outros serviços -Licitações internacionais	Menor preço	Até 1.500.000,00	Até 650.000,00
Convite	-Obras/engenharia -Compras/outros serviços -Licitações internacionais	Menor preço	Até 150.000,00	Até 80.000,00
Concurso	-Escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, com a instituição de prêmios	Melhor proposta	-	-
Leilão	-Venda de bens móveis inservíveis da administração -Produto apreendido ou penhorado -Alienação de bens imóveis	Maior lance (valor igual ou maior de avaliação)	-	-
Pregão	-Compra de bens e serviços comuns	Menor preço (podem ser ponderadas a qualidade e funcionalidade)	-	Sem limite de valores

QUADRO 1 – MODALIDADES DE LICITAÇÃO: INDICAÇÃO, CRITÉRIO DE JULGAMENTO E VALOR DE COMPRA.

FONTE: Adaptado de Brasil (1993; 2000; 2005).

Embora a Lei de Licitações esteja prestes a completar vinte anos, seu texto sofreu poucas alterações, de modo que os valores por ela determinados encontram-se vigentes. Estudiosos, parlamentares e juristas afirmam que há um descompasso entre as resoluções dispostas na lei de licitações e o contexto da administração pública atual; diante disso, há um projeto de lei em andamento na Câmara de Deputados que prevê ampla revisão da lei, que já conta com mais de 200 propostas de alteração (MACEDO, 2013).

Não obstante a esse descompasso e à verificação de que as principais modalidades de compra disponíveis para obtenção de recursos materiais nos hospitais estejam atreladas ao julgamento pelo menor preço, autores afirmam que isso justifica a aquisição de produtos de qualidade inferior. Neste sentido, acredita-se que a elaboração de editais planejados, com descritivos completos, especificações quanto à funcionalidade e padrões de qualidade possam ser instrumentos à realização de compras bem sucedidas, e à sustentação de pareceres negativos de produtos duvidosos (BRASIL, 2010; TRINDADE *et al.*, 2010).

Encerrada a etapa de compra dos materiais, os processos internos de logística assumem destaque e, via de regra, são desenvolvidos pelo serviço de almoxarifado. Na **RECEPÇÃO** a conferência dos itens deve ser norteada pelo documento de aquisição, ordem de compra ou de empenho, o qual constitui amparo legal para a inspeção e condições de aceite do produto. Neste documento devem constar dados como o descritivo técnico, número de itens do pedido, valor unitário e total, plano de amostragem para conferência, certificados de conformidade e dados relativos a acessórios, garantias e manuais quando se aplicar (BURMESTER, 2013).

O confronto entre as informações da ordem de compra, nota fiscal e dados do edital de licitação com os itens entregues e a integridade da carga asseguram que o produto adquirido é o mesmo apresentado e está em perfeito estado. A entrega de produtos em não conformidade com o pedido ou que tenham quantidade diferente do solicitado, bem como marca, modelo, tamanho discordantes ou com avarias, deve ser documentada, o fornecedor informado e, sob seu consentimento, as peças estornadas (SILVA *et al.*, 2010).

Feito isso, são as condições de **ARMAZENAMENTO** que garantirão a manutenção da viabilidade de uso dos itens, até sua distribuição para as unidades. Desse modo, faz-se necessário que as áreas de armazenagem possuam condições controladas de temperatura (máxima de 25°C), umidade, ventilação e iluminação;

além de terem proteção contra roedores, insetos e parasitas. Por fim, há adoção de um *layout* funcional para a disposição de produtos, de modo que permita o agrupamento de itens similares, visualização e identificação rápida dos lotes e prazos de validade, dispondo aqueles com vida útil mais curta na parte frontal e à esquerda do bloco de armazenamento (VECINA NETO, REINHART FILHO, 1998).

Finalizando o processo, tem-se as etapas de **DISTRIBUIÇÃO** dos itens para as unidades e o **CONTROLE** dos estoques, ambos diretamente relacionados e interdependentes. Com relação à etapa de distribuição, o abastecimento dos setores pode ocorrer de três maneiras:

- a) distribuição automática baseada em cotas pré-definidas, pactuadas periodicamente com os serviços a partir da ‘experiência’ de níveis de consumo; b) reposição automática com base em levantamento do histórico de consumo, que pode estar fortemente enviesado pela frequência de intervalos de desabastecimento; c) reposição a partir da solicitação da própria unidade produtora, baseada na ‘experiência’ de consumo. (INFANTE; SANTOS, 2007, p. 952)

Sobre prática distributiva baseada na “experiência” de consumo, Vecina Neto e Reinhart Filho (1998) afirmam que uma previsão equivocada e a falta de materiais por ela gerada tendem a criar um ciclo cumulativo (Figura 2). Em consequência, tem-se um desequilíbrio do processo e formação de estoques periféricos como modo de preservação dos usuários.

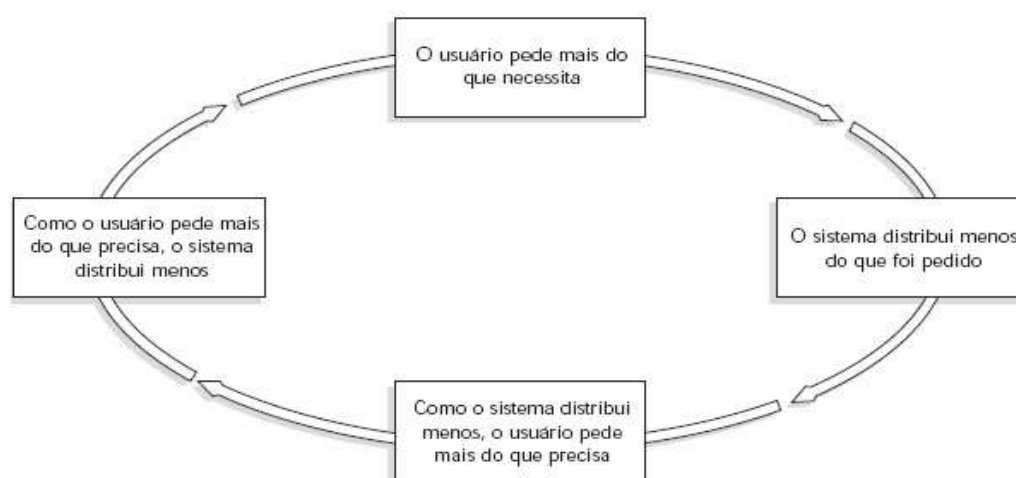


FIGURA 2 – DIMENSIONAMENTO DE CONSUMO E A INSTALAÇÃO DO CICLO CUMULATIVO
 FONTE: Vecina Neto e Reinhart Filho (1998)

Outra modalidade de distribuição de produtos cada vez mais utilizada em hospitais públicos e privados é a baseada na filosofia *just in time*, onde os materiais são dispensados em resposta à demanda real em quantidades mínimas, em geral no momento do uso ou para abastecimento da unidade por curtos períodos de tempo. Nesta modalidade de distribuição a reposição ocorre com maior frequência e é norteada pelos princípios de volume dos estoques, impacto positivo nos orçamentos e redução do desperdício e do consumo de materiais (PASCHOAL; CASTILHO, 2010).

Para auxiliar no **CONTROLE** dos estoques muitos hospitais têm adotado sistemas informatizados de gerenciamento de materiais; para isso, cada item recebe um código, os materiais são identificados unitariamente e a movimentação se dá pela leitura dos códigos de barras. Isto permite a rastreabilidade do item e a construção de histórico para cada produto, sendo possível verificar os níveis de consumo por unidade, níveis de abastecimento das unidades distribuidoras, nível de estoque central e momento exato de reposição (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Alguns destes sistemas agregam em suas plataformas a classificação dos itens que, como dito anteriormente, pode ter como critério o valor unitário, imprescindibilidade à assistência e finalidade de uso. As classificações mais utilizadas são a Curva ABC, ou Curva de Pareto, e a Classificação XYZ; com base nos dados por elas gerados, notificações como o momento adequado de reposição são deflagradas, possibilitando ao administrador de estoques a tomada de decisão com maior segurança.

A **Curva ABC** foi desenvolvida por Pareto e depois adaptada a administração de materiais. Seu princípio é categorização dos itens “A”, “B” e “C”, de acordo com a representatividade de cada um em relação aos investimentos feitos em estoque. A categoria “A” equivale a fração de 10 a 20% do total dos itens e consome entre 35 a 70% do valor total investido em estoque; a categoria “B” abrange de 30 a 40% dos produtos e agrega a porcentagem de 10 a 45% dos investimentos; e, por fim, com 50% dos itens, tem-se a classe “C” que retém em torno de 20% do valor total do estoque (MARTINS; ALT, 2009).

Ao aplicar o disposto por Pareto, um estudo realizado no hospital da Universidade de São Paulo verificou que entre os 1938 itens comprados, 35% (67 itens) pertenciam a Classe A; 33% (205 itens) enquadraram-se na Classe B; e os

demais, 32% (1666 itens) correspondiam a 20% do custo e pertenciam a Classe C (LOURENÇO, CASTILHO, 2006).

Autores afirmam que os materiais da categoria “A” são poucos, mas consomem altos valores, por isso devem ser duramente controlados, com pequenos estoques de segurança, apenas o suficiente para manter a continuidade da assistência, oposto aos da classe C, que podem ser tratados com maior superficialidade enquanto os enquadrados na classe B precisam de controle moderado e são orientados por baixos estoques e pedidos frequentes, pois consomem um valor considerável do orçamento (POZO, 2004; MARTINS; ALT, 2009).

Outra possibilidade de gerenciamento de estoques, a **Classificação XYZ** utiliza-se da categorização dos itens de acordo com a sua imprescindibilidade para os processos assistenciais no hospital. Os itens classificados como da classe “Z” são de máxima criticidade, imprescindíveis à assistência, não permitem substituição por não terem equivalentes e são de difícil acesso no mercado. Sua falta acarreta interrupção das atividades essenciais e põe em risco pacientes e profissionais, bem como o ambiente e o patrimônio da instituição. Os de classe “Y”, de criticidade intermediária, possuem alguns substitutos que podem ser adquiridos com certa facilidade, e também são indispensáveis ao cuidado. Por fim, a classe de menor imprescindibilidade, os itens da categoria “X”, podem ser facilmente substituídos ou adquiridos no mercado, e sua falta não impede a realização do cuidado, bem como não acarreta prejuízo à segurança das pessoas, do ambiente ou do patrimônio (BARBIERI; MACHLINE, 2006; CASTILHO, GONÇALVES, 2005).

No entanto, o controle dos materiais na fase pós-compra extrapola a regulação dos estoques e assume-se a vigilância de produtos pós-consumo – Tecnovigilância – com vistas a promoção e manutenção da qualidade e segurança da assistência. Entende-se por Tecnovigilância o “sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população”. Neste contexto, é considerado evento adverso um determinado “efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sob vigilância sanitária”, e entende-se por queixa técnica “uma queixa de suspeita de alteração/irregularidade de um produto relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva” (BRASIL, 2010a, p. 60).

No Brasil, entre janeiro e dezembro de 2012, foram recebidas pelo Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) 34.661 notificações relacionadas a produtos para a saúde, que englobam as ocorrências com materiais médico-hospitalares, equipamentos médicos e produtos diagnósticos). Destas, 16.547 (48%) apontavam para a ocorrência de algum evento adverso. Com relação aos materiais médico hospitalares, as notificações somam 10.284 (29%), sendo que 9.428 (91%) foram enquadradas como queixa técnica e apenas 856 (9%) consideradas evento adverso (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que é por meio do recebimento destas notificações de queixas técnicas e de eventos adversos que a ANVISA, no âmbito do Gerenciamento de Risco Hospitalar (GRH) e da Tecnovigilância, tem acompanhado os problemas relacionados aos materiais e equipamentos para a saúde no país, e desenvolvido ações que objetivam, entre outras, o incremento de ações com vistas à qualidade do cuidado e a administração coerente de produtos para a saúde (KUWABARA, ÉVORA, OLIVEIRA, 2010).

Como acompanhamento dos materiais pós-comprados encerra-se, didaticamente, o processo de gerenciamento de materiais; isto porque todas as informações colhidas durante as etapas (dimensionamento das necessidades, queixas, eventos adversos, entre outros) devem ser processadas e, se pertinentes, devem retroalimentar o sistema em busca da melhoria contínua do processo.

Diante do exposto, e na perspectiva de obtenção de melhores resultados com a racionalização de recursos, o gerenciamento de materiais é considerado um dos principais focos de atuação da gestão pública, tendo em vista que a formação de estoques, o incremento de novos itens e de insumos de alta tecnologia, se conduzidos inadequadamente, podem onerar o orçamento das instituições, e inviabilizar a prestação de serviços básicos à população. Ressalta-se, portanto, a importância da melhoria dos processos de planejamento, aquisição e consumo de materiais (DALLORA, FOSTER, 2008).

Em resposta à demanda por melhorias neste processo, os HE têm empregado ações que aproximam as áreas administrativa, responsável pelas compras e distribuição dos materiais, da assistencial, na qual ocorre o consumo dos materiais e surgem novas demandas; de forma que ambas se apoiem para condução do gerenciamento de materiais de forma competente.

Assim, enquanto coordenador das unidades assistenciais, prestador de cuidado direto ao paciente e usuário dos materiais, o enfermeiro pode atuar como elo entre as duas esferas e auxiliar no julgamento, com propriedade, quanto à funcionalidade, a qualidade e a imprescindibilidade dos itens para o cuidado em saúde (LOURENÇO, 2006). Sobre aspectos da formação profissional do enfermeiro, seus conhecimentos técnicos e práticos e as contribuições para o processo de gerenciamento de materiais nos hospitais de ensino é que se tratará no decorrer do capítulo.

3.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DE MATERIAIS

No decorrer do texto apresenta-se, brevemente, os pilares que fundamentam a formação do enfermeiro na perspectiva do currículo por competências; qual o significado deste termo; competências a serem desenvolvidas no processo de formação e suas implicações para o gerenciamento de materiais em HE.

A formação do profissional de enfermagem modificou-se ao longo do tempo; passou do cuidado caritativo e empírico para a prática baseada em evidências e de alta densidade tecnológica. Reflexo desse contexto histórico-social e econômico do país e do mundo, das demandas epidemiológicas da população e da aceleração científica nos temas relacionados à assistência em saúde; o que implica na exigência de profissionais com competências específicas e aptos ao trabalho em situações dinâmicas.

Desde 2001 a formação do enfermeiro no Brasil é pautada nas Diretrizes Nacionais Curriculares, que por sua vez ancora-se na Lei de Diretrizes e Bases. Ambas apontam para a formação de profissionais com potencial crítico e reflexivo, dotados de dinamicidade e capacidade de *aprender a aprender*, a fim de que possam não só compreender e reagir às mudanças e necessidades do mundo do trabalho, mas também inovar e transformar sua realidade, assumindo seu papel de cidadão na sociedade (BRASIL, 2001b; ITO, PERES, TAKAHASHI, LEITE, 2006).

Para responder a essas expectativas, as Diretrizes Curriculares Nacionais apregoam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o

desenvolvimento de competências, gerais e específicas, e habilidades. Desta concepção deriva o conceito de que competência profissional é “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999, p. 229; BRASIL, 2001b).

Já para Perrenoud (2013, p. 45) competência é “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Ainda, para o autor, o indivíduo será competente a medida em que:

Dominar regularmente um conjunto de situações que possuem a mesma estrutura; mobilizar e combinar, para a finalidade em questão, diversos recursos: saberes, relação como saber, capacidades (ou habilidades), atitudes, valores e identidade; apropriar-se de novos recursos, ou se necessário, desenvolvê-los. (PERRENOUD, 2013, p. 46)

O autor afirma que a “competência pressupõe a existência de ‘recursos mobilizáveis, mas não se confunde com eles”, e que um recurso pode servir a mais de uma competência, que por sua vez pode atuar como recurso à mobilização de uma outra competência mais ampla (PERRENOUD, 1999b, p. 28).

Esta última conjectura é particularmente interessante, pois aborda a competência como algo em movimento, que exige contínuo desenvolvimento, principalmente ao se considerar que as situações são dotadas de relativo ineditismo, detentoras de particularidades e de uma dinamicidade que não permite a utilização de *receitas* para sua resolução. Assim, sob o conceito de competência, a cada momento diferentes recursos necessitam ser mobilizados, recombinaos, outros ainda necessitarão ser desenvolvidos com a finalidade de atender ao propósito almejado.

Segundo Camelo e Angerami (2013) o contexto das pesquisas brasileiras sobre o tema aponta para um conceito de competência centrado na mobilização das capacidades do indivíduo para o enfrentamento e resolução de problemas da instituição a fim de contribuir para a construção de competências organizacionais.

A definição de competência é polimórfica e apresenta-se em constante transformação. No entanto, verifica-se que a tríade de conhecimentos, habilidades e atitudes é recorrente entre os conceitos. Dutra¹ (2004 *apud* FURUKAWA, CUNHA,

¹ Dutra J. S. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2004

2010, p. 1065) destaca que apesar do conceito de competência estar vinculado a esta trilogia, esta definição parece ser mais pertinente ao período de formação do que a sua aplicação no mundo do trabalho tendo em vista que o profissional pode deter a competência, porém, não a disponibilizar para o desenvolvimento dos processos da empresa. Nesse sentido o autor afirma que é necessário um conceito mais palpável, de mais fácil reconhecimento e bonificação pelo empregador.

Talvez nessa perspectiva a proposição feita por Fleury e Fleury (2001, p. 188), de que a competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico a organização e valor social ao indivíduo” seja a que mais se aproxima do esperado pelas instituições empregadoras.

Guardada a pluralidade do termo após a implantação do currículo por competência a formação do profissional enfermeiro passa a ter como propósito o desenvolvimento de competências gerais e de competências e habilidades específicas. Entre as competências gerais estão atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e, por fim, a educação permanente (BRASIL, 2001). Peres e Ciampone (2006) asseveram que entre as seis competências elencadas como inerentes à formação do enfermeiro, salvo a competência de atenção à saúde, todas as demais são competências gerenciais.

Sobre a **atenção à saúde**, espera-se que o profissional enfermeiro seja capaz de atuar de maneira integrada, acolhendo os problemas em saúde do indivíduo ou da população, nos diferentes tipos de atenção, e que guarde os princípios da ética/bioética e da segurança do paciente (BRASIL, 2001).

A atenção em saúde, em si, não é objeto de trabalho do gerenciamento em enfermagem, porém, verifica-se que por meio deste é que são providas as condições necessárias para que a atenção aconteça. Considera-se, então, que o gerenciamento é atividade meio executada pela enfermagem, exercida mediante a organização das rotinas do trabalho e da força de trabalho, além da administração de recursos físicos, financeiros e materiais, e pela qual se condiciona a execução da assistência em saúde e garante sua continuidade (PERES, CIAMPONE, 2006; FELLI, PEDUZZI, 2005).

Durante o gerenciamento destes objetos de trabalho e dos recursos disponíveis e necessários à atenção à saúde, ocorre a necessidade da tomada de decisão, sobre a qual o enfermeiro deverá ponderar as informações pertinentes ao contexto e emitir uma decisão, acenando o caminho a ser tomado pela sua equipe.

Para isso, espera-se que quanto à competência de **tomada de decisão**, o enfermeiro consiga ajuizar, sistematizar e deliberar pela alternativa de conduta mais adequada à situação, ponderando a eficácia e custo/efetividade da escolha, além do uso de recursos humanos, físicos e materiais e de processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Segundo o Parecer nº 16/99 do Conselho Nacional de Educação, sem a “capacidade de julgar, considerar, discernir e prever os resultados de distintas alternativas, eleger e tomar decisões, não há competência” (BRASIL, 1999, p. 24). O profissional competente deve ser capaz de apreciar situações adversas e do cotidiano e realizar a opção pela solução mais pertinente às condições.

Entende-se por tomada de decisão o movimento de escolha pelo qual se avalia, pondera e considera uma, dentre muitas possibilidades de deliberação no intuito de assumir a mais adequada ao alcance de uma meta (CIAMPONE, 1991). Segundo Yu (2011) as decisões em uma organização podem ser classificadas como programadas ou estruturadas, reconhecidas pelo seu caráter habitual e periódico se remetem, principalmente, às decisões de ordem operacional. E as decisões não programadas, ou não estruturadas, que são caracterizadas pelo ineditismo ou elevação no grau de complexidade, sofrem a influência de fatores políticos, culturais e cognitivos; são tipicamente visualizadas nas decisões de caráter estratégico.

Montana² (1999 *apud* MARCON, 2006) confere uma segunda classificação à tomada de decisão, e utiliza o nível de decisão como parâmetro. Assim, há as decisões estratégica, tática e operacional. Segundo o autor, são consideradas estratégicas as decisões que compreendem a organização como um todo; são tomadas, em geral, pelos gestores da instituição e em caráter planejado. As decisões táticas, compreendem departamentos específicos e tem como fonte os gerentes intermediários. Por fim, as decisões operacionais são originadas no planejamento das decisões táticas e envolvem ações do cotidiano.

O mesmo autor alude a tomada de decisão à prática cotidiana do enfermeiro, podendo ser reconhecida nas ações de natureza educacional, assistencial ou gerencial. Guimaraes e Évora (2004), por sua vez, versam que a tomada de decisão é o papel que distingue o profissional de gerenciamento dos demais, e que deve ser desencadeada com base numa sequência de ações sistematizadas nas quais se

² MONTANA, P. J. **Administração**. Tradução Robert Brian Taylor. Revisão Técnica Reinaldo O. da Silva. São Paulo: Saraiva, 1999.

desenvolve um estudo do problema e todas as informações possíveis e pertinentes são consideradas antes de se assumir uma posição e a determinação de uma ação.

Neste sentido, Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) afirmam que o posicionamento do enfermeiro na tomada de decisão está relacionado ao seu conhecimento e sua prática, mais precisamente da articulação entre os dois. Nesse sentido, expõem que o enfermeiro precisa de tempo para assimilar essa correlação, para identificar suas fragilidades conceituais, corrigí-las e desta forma se posicionar com segurança na tomada de decisão, o que melhora sua prática.

Esta relação dialógica entre conhecimento e prática é bastante conveniente no processo de tomada de decisão do gerenciamento de materiais. O enfermeiro, como prestador de cuidado direto ao paciente, coordenador das unidades assistenciais e usuário de materiais, pode atuar como agente orientador e de ligação entre a cadeia produtiva e de abastecimento, referenciando a tomada de decisão. Seus conhecimentos técnicos e práticos lhe permitem julgar com propriedade a funcionalidade, qualidade e imprescindibilidade dos itens para o cuidado em saúde (LOURENÇO, 2006).

Alguns processos de tomada de decisão podem ser debatidos, compartilhados e ajuizados em grupo. Para tal, a competência para a **comunicação** deve estar mobilizada. Segundo as DCN, o enfermeiro, deve ser capaz de se fazer entender pelos seus pares e pelos usuários do serviço, utilizando recursos, como tecnologias da informação e comunicações escrita e não-escrita (BRASIL, 2001).

Para Feldman e Ruthes (2011), em linhas gerais, a comunicação pode ser verbal ou linguística, não verbal ou não linguística e paraverbal ou paralinguística. Assim, a primeira pode ser entendida como aquela que utiliza a locução escrita ou verbal; a segunda assume como meio de transmissão os acenos, posturas faciais e corporais, além do toque e posicionamento do indivíduo no ambiente; por fim, temos a comunicação paraverbal que se traduz pela empunhadura da voz, da velocidade desta, dos sons indefinidos (gritos e murmúrios), aliados a outras expressões como o bocejo e o suspiro.

Em pesquisa realizada, Santos e colaboradores (2011) verificaram que no exercício da gerência, os enfermeiros optam pelo uso da linguagem formal e escrita, desencadeando um distanciamento das relações sociais no trabalho. Memorando e rotinas são os principais meios de comunicação. A comunicação verbal é acionada,

principalmente, nos momentos em o repasse de informações de maneira ágil é necessário.

Diante do distanciamento das relações no trabalho, Feldman e Ruthes (2011) apontam que o desenvolvimento desta competência deve ter o foco decomposto, pois além de se fazer entender, nos dias de hoje é necessário entender o outro e isto demanda a habilidade de saber ouvir, deixando o escopo de transmissor para assumir o papel de integrador e gestor de informações. É importante que se desenvolva a prática do ouvir, a comunicação centrada no diálogo prevê essa arte e baseia-se na permuta de informações, no intercâmbio e no compartilhamento de ideias. Isso imprime a sensação de acolhimento dos profissionais que sentem-se integrantes da equipe, resultando na satisfação pessoal, em processos de comunicação mais eficientes, e, assim, melhores resultados nas ações do cuidar e do gerenciar (SANTOS *et al.*, 2011).

O mesmo princípio aplica-se ao gerenciamento de materiais. A comunicação eficiente entre o enfermeiro gestor e os colaboradores da organização abre caminho para o reconhecimento das necessidades e anseios destes com relação aos recursos materiais e possibilita sua corresponsabilização no processo. Conforme Honório e Albuquerque (2005) os profissionais de enfermagem reconhecem o valor de sua participação na obtenção e manutenção da qualidade dos materiais, pois acreditam que esta influencia diretamente na qualidade da assistência prestada. Segundo Feldman e Ruthes (2011) o desenvolvimento da competência de comunicação pode ser realizado por meio do exercício desta em ambientes restritos e depois mais ampliados. A comunicação escrita pode ser desenvolvida por meio da leitura de conteúdo técnico ou relativo a assuntos do cotidiano.

A comunicação e a tomada de decisão, ambas já descritas anteriormente, são ferramentas para a operacionalização da competência de **liderança**; além destas, características próprias do indivíduo, como empatia, responsabilidade e compromisso devem estar presentes no líder. Anseia-se, no processo de formação do enfermeiro, que este, por meio do uso dos recursos descritos, conduza a equipe de enfermagem para atender a população em seu bem-estar (BRASIL, 2001).

Para Vieira, Renovato e Sales (2013) a liderança se traduz pela habilidade que o indivíduo dispõe de influenciar outros na adoção de comportamentos e atitudes por meio do sentimento de empatia, fidelidade, confiança e comprometimento com sua equipe. A liderança de uma equipe não pode ser reconhecida por meio de

documentos e organogramas, mas na relação diária com o grupo, na sua construção no decorrer do tempo e das experiências com o grupo de liderados.

É sabido que além de deter essas características e habilidades, o exercício da liderança nas organizações depende da experiência e das relações interpessoais do profissional líder. No entanto, Vieira, Renovato e Sales (2013) afirmam que a liderança deve ser conquistada por meio do conhecimento e do seu uso no embate de circunstâncias impostas ao indivíduo e nas quais o líder mostra propriedade para ocupar tal posição no grupo.

Em análise de currículos de formação de enfermeiros Lourenção e Benito (2010) verificaram registros sobre o desenvolvimento da competência de liderança nestes documentos. No entanto, o recrutamento e estímulo de outras habilidades necessárias à construção da liderança, como a comunicação ser a articulação dos pontos de vista, não se mostra de maneira explícita. Esse fato fê-los inferir que talvez estas competências contribuintes, por assim dizer, não sejam mobilizadas em todas as dimensões por falta de estímulo ou ainda por falta de espaços para o seu exercício.

Nesse sentido, a dinâmica de ensino-aprendizagem da liderança é um desafio a centros formadores e organizações de saúde. Anseia-se pela formação de profissionais enfermeiros politizados e aptos a desenvolver a liderança em seu espaço de trabalho. Mas, para tal, faz-se necessário repensar as políticas de ensino em relação ao mercado de trabalho, incentivando a construção de espaços dialógicos com ampliação da participação nos processos de gerência para fomentar a habilidade de liderança, essencial à valorização e visibilidade do enfermeiro (AMESTOY *et al.*, 2012).

Na perspectiva da **educação permanente**, o enfermeiro deve estar apto a aprender a aprender. Não restringir sua instrução ao período de formação, mas estendê-la, de forma contínua, durante a prática, contribui para a capacitação do profissional em formação e para a troca de conhecimentos destes com aqueles em serviço (BRASIL, 2001).

Segundo Mancia, Cabral e Koerich (2004) a educação permanente caracteriza-se por ser uma prática institucionalizada e de caráter contínuo, direcionada à equipe multiprofissional e com enfoque na resolução de problemas de saúde por meio da transformação de procedimentos técnicos e sociais.

A inclusão do enfermeiro nos processos de educação permanente permite que as competências deste profissional se adequem, ou ainda, se desenvolvam de

acordo com as necessidades de saúde vivenciadas no contexto da organização, instigando o repensar das práticas de trabalho e a adoção de condutas mais pertinentes à situação (PERES, CIAMPONE, 2006).

Sobre a aquisição de novos conhecimentos, Perrenoud (1999) versa que:

a transferência de conhecimentos não é automática, adquire-se por meio do exercício e de uma prática reflexiva, em situações que possibilitam mobilizar saberes, transpô-los, combiná-los, inventar uma estratégia original a partir de recursos que não a contêm e não a ditam. (PERRENOUD, 1999a, p. 17)

Antonello (2008) afirma que a aprendizagem organizacional está intrinsicamente relacionada à mudança, seja de práticas ou funções e se dá na medida em que os profissionais interagem uns com os outros na troca de conhecimentos e experiências, refletindo sobre os problemas e suas práticas. Fina por contribuir para o desenvolvimento de competências gerenciais e à aquisição de novos conhecimentos nos níveis grupal, organizacional e individual. Diante disso, e tendo em vista a ampliação dos campos de atuação do enfermeiro, com áreas inovadoras e de grande especificidade, infere-se que a competência de educação permanente é cada vez mais exigida. O enfermeiro deve estar apto a *aprender a aprender*, e trabalhar não só para o desenvolvimento das suas próprias competências, mas para estimulá-las entre os integrantes da sua equipe, em consonância com as necessidades da organização (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Em concordância, autores afirmam que é pertinente a educação permanente da equipe de enfermagem a respeito da metodologia das compras institucionais, das atividades do gerenciamento de materiais e seus meios de controle uma vez que os materiais adquiridos nos hospitais de uso da enfermagem equivalem a cerca de 80% do total de insumos. Assim, orientados, serão capazes de participar do processo de gerenciamento de materiais sob a forma de assessoria ao setor de compras para auxiliar na condução dos processos e orientar sobre as necessidades do setor produtivo (LOURENÇO; CASTILHO, 2006; OLIVEIRA; CHAVES, 2009; HONÓRIO, ALBUQUERQUE, 2005).

Por fim, quanto a competência de **administração e do gerenciamento**, o profissional enfermeiro competente deverá estar apto à liderança e gerenciamento de equipes por meio da administração de recursos físicos, materiais, humanos e de informação (BRASIL, 2001).

Entende-se que, por meio desta concepção de competência dada, o enfermeiro deva recrutar a competência da liderança, versada anteriormente, e aqui utilizada como recurso ao desenvolvimento desta competência maior. Ainda são necessários os conhecimentos sobre gestão de recursos humanos e materiais.

O papel do enfermeiro em funções administrativas e de gerenciamento de serviços de saúde é histórico. Data dos tempos de Florence Nightingale, quando as alunas de melhor nível socioeconômico eram preparadas para o desenvolvimento de tarefas de supervisão, direção e organização do trabalho em geral (PADILHA, MANCIA, 2005). Desde então, o trabalho de enfermagem desenvolve-se sob duas perspectivas, a assistencial e a gerencial, complementares e interdependentes, a primeira aborda o cuidado como meio de atender as necessidades do indivíduo; a segunda, enfoca a organização do trabalho e dos recursos necessários como forma de subsidiar a assistência aos pacientes (FELLI, PEDUZZI, 2005).

Com relação a atuação gerencial, o trabalho do enfermeiro gerente pauta-se no modelo tradicional de administração, no qual predominam atividades relacionadas ao controle de materiais, equipamentos e dos gastos relacionados à assistência, além das demandas com escalas de trabalho dos profissionais de enfermagem (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

Brito *et al.* (2005, p. 07) asseveram que nos últimos anos houve ampliação dos campos de atuação do enfermeiro em espaços referidos como “atividades de grande relevância para a eficácia e sobrevivência do hospital”, como o gerenciamento de recursos financeiros, materiais, físicos e humanos. Estas novas funções têm determinado mudanças nos seus processos de trabalho, exigindo do profissional a incorporação de novos conhecimentos para o desempenho da função; no entanto, também elevaram a prática de enfermagem ao *status* de prática social, ou seja, com potencial para promoção de mudanças na organização e, por que não dizer, na práxis do enfermeiro.

Tendo em vista os altos custos com a assistência em saúde na atualidade; a necessidade de otimizar recursos e colaborar para a sobrevivência de organizações de saúde e a competência de administração e gerenciamento é pertinente a atuação do enfermeiro em diferentes cenários. Em específico para o gerenciamento de materiais, o seu recrutamento permite uma prática de enfermagem avançada, que pondera a relação custos versus benefício na utilização de alguns recursos, e ainda orienta a relação entre qualidade, quantidade e custo.

Pelo exposto, entende-se que as competências basilares para atuação do profissional enfermeiro no gerenciamento de materiais tem o início do processo aquisitivo na academia. Estas competências, quando defrontadas com as especificidades de cada organização, e por meio do processo de interação com outros profissionais, são desenvolvidas, aprimoradas, ou mesmo, remodeladas, a depender da situação.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho empregou a abordagem qualitativa de natureza descritiva para exploração do objeto de pesquisa: a atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais. Optou-se pela abordagem qualitativa por esta permitir o reconhecimento do fenômeno em estudo sob diferentes perspectivas, por meio da interação de certas variáveis, de sua contextualização com peculiaridades locais e temporais e da compreensão da individualidade dos comportamentos e atitudes do indivíduo. A análise das relações dinâmicas que o objeto estabelece com o seu meio corrobora para o aprofundamento da compreensão do fenômeno em foco: o trabalho do enfermeiro (FLICK, 2009; OLIVEIRA, 2002).

A natureza descritiva, por sua vez, procura abranger aspectos gerais e amplos do fato, e através da observação, da descrição e da documentação de exterioridades do fato em estudo permite o delineamento com literalidade dos fatos observados, com condições para identificar diferentes apresentações do fenômeno, sua ordenação e classificação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; OLIVEIRA, 2002).

Considerando o exposto, ponderou-se que a abordagem qualitativa e a natureza descritiva desta pesquisa atendem a proposta investigativa por permitir o delineamento da atividade do enfermeiro no gerenciamento de materiais e buscar suas relações dinâmicas nesta tarefa, bem como contextualizam o local onde o participante da pesquisa está inserido.

4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O cenário e os participantes da pesquisa serão apresentados conjuntamente, em decorrência da interdependência existente entre ambos examinada durante a seleção para a pesquisa, e a fim de facilitar o entendimento dos leitores.

A pesquisa foi realizada com profissionais enfermeiros que atuam no gerenciamento de materiais de HE do Estado do Paraná certificados pelos MS e MEC, conforme disposto na Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007b).

O país dispõe de 134 HE certificados (80 hospitais públicos, 47 hospitais filantrópicos e 07 privados) distribuídos em todo o território nacional. O Estado de São Paulo conta com o maior número de organizações do gênero, com 42 hospitais, seguido por Minas Gerais com 18 hospitais, Rio Grande do Sul com 15 hospitais. O estado do Paraná encontra-se em quarto lugar e conta com 14 hospitais certificados, todos ligados à rede SUS (CNES, 2013).

Para reconhecimento do provável cenário de pesquisa, em agosto de 2012 realizou-se uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – e averiguou-se que o Paraná possuía doze (12) hospitais com certificação de Hospital de Ensino (CNES, 2012). A estes hospitais aplicou-se o critério de inclusão na pesquisa: possuir profissional enfermeiro atuante no gerenciamento de materiais. Constatou-se que três hospitais não possuíam enfermeiro na referida atividade; em um hospital o enfermeiro é o próprio pesquisador; e dois hospitais compartilhavam o mesmo profissional para a referida função.

Considerados os critérios de inclusão, o compartilhamento de profissional por dois hospitais e a exclusão do hospital em que o pesquisador atua, cinco hospitais foram suprimidos da pesquisa; permanecendo então oito hospitais para compor o cenário de estudo.

Nos hospitais inclusos no estudo, após contato, verificou-se que haviam dez enfermeiros atuando no gerenciamento de materiais para os quais foram aplicados o seguinte critério de inclusão: não estar afastado do trabalho por qualquer motivo (férias, licença especial, licença médica, etc.) no período de coleta de dados. Considerou-se que dois não aceitaram participar da pesquisa e um foi excluído no momento da coleta de dados por não exercer mais a atividade. Deste modo, participaram da pesquisa oito enfermeiros atuantes no gerenciamento de materiais de seis hospitais de ensino (Quadro 2).

HOSPITAL	TIPO	NATUREZA ADMINISTRATIVA	ESFERA	Nº de LEITOS	Nº DE ENFERMEIROS ATUANTES NO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS
C	Geral	Público	Estadual	172	01
D	Geral	Privado	Privada	221	01 ^α
F	Geral	Privado	Privada	177	01 ^α
H	Geral	Público	Federal	434	03
J	Geral	Público	Estadual	263	01
K	Geral	Público	Estadual	97	02
Cenário: 6 Hospitais de Ensino					Participantes: 8 enfermeiros

QUADRO 2 – PARTICIPANTES E CENÁRIO DE PESQUISA

FONTE: Adaptado de CNES (2012)

α – O mesmo enfermeiro atua nas duas instituições;

Quanto à caracterização do cenário, observa-se que todos os hospitais são classificados como do tipo Geral, quatro são hospitais públicos (66%), sendo três pertencentes à esfera estadual e um à esfera federal; e outros dois são de natureza privada (40%); todos vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Sobre os participantes da pesquisa, seis atuam exclusivamente no gerenciamento de materiais e dois atuam de forma não exclusiva, ou seja, acumulam outras funções ao gerenciamento de materiais.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido atendendo à Resolução 466/12 – MS –, com garantia aos participantes de anonimato, sigilo das informações, direito à desistência e uso dos dados encontrados apenas para fins científicos (CNS, 2012).

O projeto foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná – UFPR – em 13 de fevereiro de 2013, sob protocolo CAAE nº. 09281912.4.0000.0102 (ANEXO 1).

Os enfermeiros integrantes da pesquisa foram particularmente chamados a participar da pesquisa. Ao realizar o convite, apresentou-se os objetivos do estudo, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE I). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos de que poderiam decidir sobre a sua participação no estudo e que teriam a liberdade de desistir em qualquer momento. Também

esclareceu-se que a pesquisa não resultaria em benefícios diretos aos envolvidos e que não haveria custos, nem remuneração para os participantes.

As instituições (HE) às quais pertenciam os enfermeiros participantes da pesquisa foram convidadas a participar da pesquisa como instituições coparticipantes, conforme determina o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de informações ocorreu nos meses de junho a agosto de 2013, por meio de entrevista gravada em áudio, em local confortável e reservado, escolhido pelos próprios participantes da pesquisa. A entrevista gravada em áudio é um método utilizado em pesquisas qualitativas, nas quais se deseja apreender informações sobre o que o outro compreende, acredita, deseja, planeja fazer, faz ou fez, assim como suas razões para tal; aspectos que extrapolam o conhecimento prévio do entrevistador (GASKEL, 2012; GIL, 2011).

O instrumento condutor da entrevista foi composto por dados de identificação (iniciais do nome, sexo e idade), dados de formação profissional (titulação, tempo de formação, tempo de atuação no gerenciamento de materiais, atividades profissionais desenvolvidas anteriormente); e perguntas abertas conforme pode ser verificado no roteiro de entrevista (APÊNDICE II).

Segundo Gil (2011) esta metodologia de aplicação da entrevista permite que o participante fale livremente, conforme atende as pautas propostas; e que o pesquisador possa sutilmente intervir sem comprometer a espontaneidade do processo quando o entrevistado fugir do tema proposto.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados o conteúdo das gravações foi transcrito fielmente e seu conteúdo tratado em duas etapas:

1ª fase: Reconstrução dos fluxogramas do gerenciamento de materiais

Com base no conteúdo das entrevistas foram reconstruídos os fluxogramas do processo de GM, com auxílio do programa Visio®, versão 2003. Os elementos gráficos disponíveis, e mais utilizados neste trabalho, juntamente com seus respectivos significados, podem ser observados no Quadro 3.

	Processo		Entrada manual
	Decisão		Cartão
	Documento		Fita de papel
	Dados		Exibição
	Processo definido		Operação manual
	Dados armazenados		Preparação
	Armazenamento interno		Modo paralelo
	Dados sequenciais		Limite de loop
	Dados diretos		Terminador
	Ligação direta – sentido único		Comentários

QUADRO 3 –ELEMENTOS GRÁFICOS E SEUS SIGNIFICADOS
 FONTE: Adaptado de VISIO® (versão2003)

Procurou-se utilizar as formas e suas significações da maneira mais conexa possível para cada etapa do processo referenciado. A inserção do enfermeiro no processo também foi sinalizada pela adoção de cores diferenciadas nas formas de cada etapa, sendo atribuída a cor laranja para as etapas nas quais o enfermeiro participa diretamente do planejamento, execução das ações e tomada de decisão; e a cor verde para as etapas em que o enfermeiro participa indiretamente do planejamento, execução e tomada de decisão, sendo neste caso representado por órgãos assessores (comissões) ou chefias. Nas etapas onde não foi verificada a participação do enfermeiro não foi atribuído cor às formas.

2ª fase: Análise de conteúdo temático das falas

O conteúdo dos discursos dos participantes da pesquisa foi submetido a análise de conteúdo temática, de acordo com o proposto por Bardin (2011). A escolha por esta metodologia de análise pauta-se no desejo de que, a partir da análise dos discursos, da categorização deste em eixos temáticos, novos conhecimentos sobre sua prática emergam, podendo esses serem analisados e melhor descritos.

A análise categorial ou temática das falas consiste no desmembramento do texto em unidades e reagrupamentos destas em categorias analógicas ou temáticas, extraídas empiricamente das falas. A técnica obedece o seguinte desencadeamento: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Durante a pré-análise o conteúdo das transcrições foi submetido à leitura fluente, o que propiciou aproximação da sua composição e algumas impressões. Naquele momento, confrontou-se os objetivos da pesquisa com as falas e a partir da discussão das impressões delimitou-se os índices e elaborou-se os indicadores finais para categorização (BARDIN, 2011).

Para a exploração do material as transcrições foram exaustivamente lidas e o material organizado de acordo com as categorias temáticas extraídas. Ainda neste processo, procedeu-se à codificação dos trechos, com a extração das unidades de sentido que possibilitaram a compreensão do texto (BARDIN, 2011).

A codificação sucedeu-se por meio da realização de recortes nas transcrições, reconhecendo as informações reincidentes e agregando-as até que se atingisse uma que melhor representasse o teor das falas. Os recortes, por sua vez, são os denominados núcleos de sentido e se classificam em unidade de registro e unidade de contexto. Na unidade de registro tem-se um segmento de conteúdo considerado como unidade de base que pode ser reconhecido por meio de palavras, frases, temas e acontecimentos. No segundo, a unidade de contexto possui dimensões mais amplas e permite a compreensão da unidade de registro; pode ser a frase onde se insere a palavra ou o parágrafo pelo qual se identifica o tema (BARDIN, 2011).

A classificação das unidades de registro foi seguida pelo isolamento destas e, posteriormente, reagrupamento, considerando os elementos similares e originando a formação de categorias temáticas (BARDIN, 2011).

Neste trabalho, a categorização dos achados empregou o processo previsto por Bardin (2011) de categorização por “caixas”, no qual as categorias já estão previamente estabelecidas.

Foi aplicada essa metodologia para o tratamento das unidades de registro identificadas como “atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no gerenciamento de materiais”. A referência para categorização das atividades foi o modelo de etapas do fluxo do gerenciamento de materiais proposto por Castilho e Gonçalves (2011), que consiste em: programação, compra, recebimento, armazenamento, distribuição e controle. Assim, as atividades identificadas foram redistribuídas por critério de pertinência à cada etapa.

Para a categorização das competências requeridas do enfermeiro para atuação no gerenciamento de materiais assumiu-se como orientador a definição dada por Fleury e Fleury (2001, p. 188), na qual competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

Empossados das categorias, desencadeou-se o trabalho de interpretação dos dados e inferência do conteúdo, evidenciando as informações extraídas na análise e estabelecendo presunções sobre estas, bem como fundamentando-as de acordo com os pressupostos teóricos (categoria analítica), ressignificando a realidade na qual se produziu o discurso (BARDIN, 2011).

5 RESULTADOS

Os participantes da pesquisa totalizaram oito enfermeiros, sete do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média aproximada de 47 anos. Sobre a formação, o tempo médio de formado foi 21 anos; sendo que, com relação à qualificação, quatro possuem formação *lato sensu*, um formação *strictu sensu* e três não referiram nenhum tipo de especialização.

A experiência profissional se apresenta principalmente na atuação em setores críticos, uma vez que quatro enfermeiros referiram ter atuado em Unidade de Terapia intensiva e dois dos participantes atuaram em Centro cirúrgico. O mesmo quantitativo citou a Unidade de Pronto Socorro como experiência prévia e apenas um enfermeiro relata a passagem pela Central de Materiais Esterilizados; além da vivência assistencial, dois enfermeiros disseram ter desempenhado cargos de chefia durante sua vida profissional. Apenas um enfermeiro relatou experiência anterior em atividades de controle de materiais e produtos para a saúde. Em média, o tempo de atuação no GM foi de 3 anos e sete meses entre os entrevistados.

A partir dos discursos dos participantes da pesquisa foi possível extrair quatro categorias temáticas: ***Contexto de atuação do enfermeiro do gerenciamento de materiais; Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do gerenciamento de materiais; Competências requeridas do enfermeiro para atuação no GM; e Desenvolvimento de competências para o GM.***

Para o melhor entendimento da categoria relacionada às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, as subcategorias compostas pelos grupos de atividades foram distribuídas entre as etapas do fluxo de GM em uma instituição: Programação, Compra, Recebimento, Armazenamento, Distribuição e controle, conforme proposto por Castilho e Gonçalves (2011) e demonstrado por meio da Figura 1 (página 14).

Os compilados dos resultados, com as categorias temáticas, subcategorias, e unidades de registro são expostos na sequência (Quadro 4).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS		UNIDADES DE REGISTRO	
Contexto de atuação do enfermeiro do GM	Inserção do enfermeiro no GM		Em consequência de condições limitantes para atuar na assistência. Como aditivo a outra função desempenhada Em decorrência de experiências prévias	
	Amplitude de atuação do enfermeiro do GM		Etapas do GM nas quais o enfermeiro atua Formas de atuação do enfermeiro - Direta e Indireta	
Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do GM	Programação	Dimensionamento dos recursos materiais	De unidades em funcionamento Para ampliação e abertura de novas unidades	
		Gerenciamento do banco de dados de produtos	Revisão dos itens cadastrados Cadastro de novos produtos Confecção de descritivos técnicos	
		Participação em comissões afins ao GM		
		Padronização de rotinas para avaliação de produtos		
		Elaboração do termo de referência		
	Compra	Avaliação de produtos	Em licitações Para a pré-qualificação de produtos Em parceria com os usuários nas unidades assistenciais	
	Armazenamento	Orientação para a armazenagem dos produtos		
	Distribuição e controle	Tecnovigilância	Recebimento de queixa técnica Análise de queixa técnica Medidas para contenção/resolução das queixas técnicas Notificação do produto no NOTIVISA Como parâmetro de seleção de fornecedores	
	Elaboração de projetos para captação de recursos do governo			
	Educação permanente da equipe.			
Competências requeridas do enfermeiro do GM	Planejamento e organização			
	Trabalho em equipe			
	Gestão de recursos			
Desenvolvimento de competências para o GM	Experiência na prática profissional		Com o tempo de experiência na profissão Na prática assistencial Interesse pessoal	
	Experiência em atividades afins ao GM		Participação em atividades de Comissão de Padronização Em atividades junto a ANVISA Com outros enfermeiros do GM Com o profissional da Gerência de Risco Interesse pessoal e educação permanente	

QUADRO 4: CATEGORIAS TEMÁTICAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE.
FONTE: O AUTOR (2013)

5.1 CONTEXTO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO GM

5.1.1 Inserção do enfermeiro no GM

A atuação do enfermeiro no GM foi manifestada na fala de alguns participantes da pesquisa como uma atividade de cunho burocrático e baixa exigência física, diante disso os mesmos relatam que um dos ensejos para a sua inserção nesta função foi o aparecimento de condições limitantes de saúde, que o impediam de atuar na assistência, como observa-se nos recortes:

[...] Eu gosto muito da assistência enquanto enfermeiro, da dinâmica de uma UTI, mas sofri uma lesão [...] e por incapacidade laborativa, fui designada para este setor. GM3

[...] eu entrei porque tive um problema de saúde, e precisava ser transferida para um setor, segundo o médico, mais light [...] GM7

A inserção e atuação no GM pode decorrer de um aditivo à outra função desempenhada. Assim, ao assumir determinada função na instituição, o enfermeiro acabava por também realizar as tarefas do GM, como pode-se entender na fala abaixo:

[...] Então eu mudei de setor, e apareceu esta demanda, a gerente precisava designar alguém e me escolheu para fazer isso. Na verdade, foi uma atribuição que veio, acho que por conta dos materiais de consumo que a equipe acaba utilizando, seringas, agulhas; materiais mais delicados para avaliação, pois precisam ter um critério maior. E também pela outra enfermeira que já fazia um pouco disto [...] GM1

No relato de GM1, a inserção do enfermeiro nas atividades do GM também ocorre por conta de experiência prévia, seja no conhecimento de uma gama maior de materiais, ou por ter desenvolvido atividades pertinentes, que acabaram por pesar para sua inserção na função, como nos dos discursos abaixo:

[...] Eu fui para o centro cirúrgico, e lá a gente sempre comprou muito material, eu tinha uma certa familiaridade com os processos licitatórios. Aqueles materiais dali éramos nós que fazíamos as requisições de compra, éramos nós que fazíamos os descritivos, que emitíamos o parecer. Então em 2006, quando começou uma nova gestão, a nova diretora me convidou para

assumir essa parte da assessoria, porque eu tinha conhecimento de materiais [...] GM6

[...] Como eu estava vindo da ANVISA e a gente fazia a importação de produtos lá, a liberação na fronteira, eu já trabalhava com produtos, produtos para a saúde, alimentos e etc., o gerente viu pelo que eu fazia lá era controle de produtos [...] GM8

Além da maneira como o enfermeiro foi inserido no GM, as falas também deixaram transparecer o seu entendimento sobre o processo e amplitude de atuação alcançada, como se apresentará no decorrer da subcategoria seguinte.

5.1.2 Amplitude de atuação do enfermeiro do GM

As falas dos enfermeiros permitiram a composição dos fluxos do processo de GM para cada hospital cenário da pesquisa. A partir dessa construção, foram identificadas as etapas do processo nas quais o enfermeiro do GM, profissional designado exclusivamente, ou não, para o desenvolvimento desta função, está inserido.

Entende-se que quanto maior o número de fases em que o enfermeiro encontra-se envolvido, e mais elevado o nível de planejamento e tomada de decisão a que estas fases correspondam, maior é a amplitude de atuação do enfermeiro do gerenciamento de materiais.

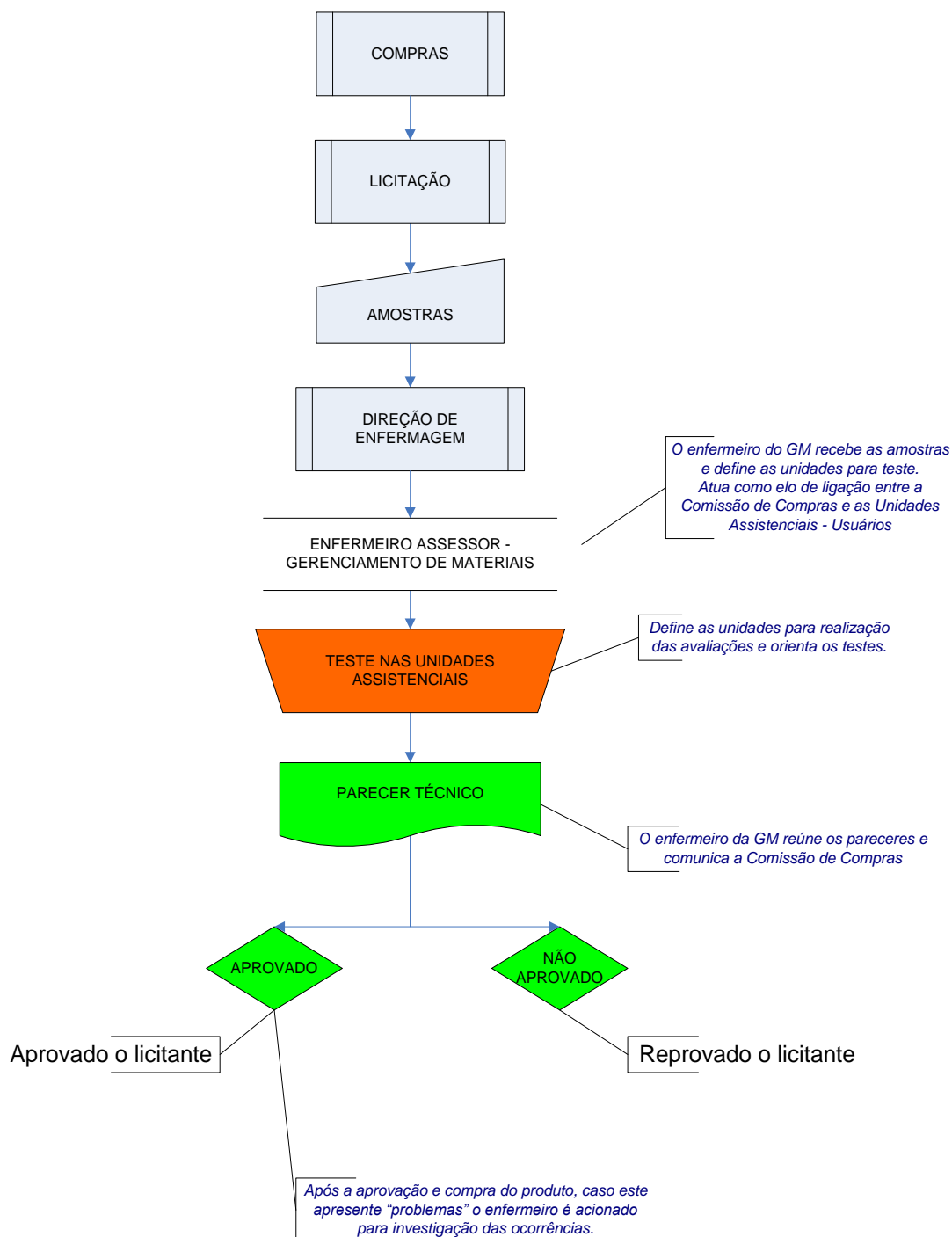
Como referencial para classificação dos níveis de planejamento e tomada de decisão, utilizou-se os três níveis descritos por Chiavenato (2004), que são:

- Estratégico: nível em que o planejamento estabelecido envolve toda a organização, possui características genéricas e sua concretização é estimada para períodos de longo prazo.
- Tático: tem por fundamento o planejamento estratégico, porém, assume um maior detalhamento das ações, direcionando-as para unidades ou departamentos em específico e com tempo de concretização de médio prazo.
- Operacional: caracteriza-se por ser o nível mais fundamental dos três, focado e com grande riqueza de detalhamento das ações, direciona-se ao planejamento de atividades específicas, com tempo estimado de realização a curto prazo.

Com base nessas informações, a apresentação dos fluxos do gerenciamento de materiais nos hospitais ocorreu na seguinte ordem:

- Figura 3 - Fluxo do Gerenciamento de Materiais no Hospital C;
- Figura 4 - Fluxo do Gerenciamento de Materiais no Hospital D e F;
 - o Os fluxogramas dos hospitais D e F foram reconstituídos em conjunto por integrarem uma rede hospitalar, compartilharem o mesmo enfermeiro para o GM, e, por fim, possuírem o mesmo fluxo de processo para GM.
- Figura 5 - Fluxo do Gerenciamento de Materiais no Hospital H;
- Figura 6 - Fluxo do Gerenciamento de Materiais no Hospital J;
- Figura 7 - Fluxo do Gerenciamento de Materiais no Hospital K;

FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS HOSPITAL C



● PARTICIPAÇÃO DIRETA ● PARTICIPAÇÃO INDIRETA

FIGURA 3 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL C.
FONTE: O Autor (2013).

FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS HOSPITAIS D e F

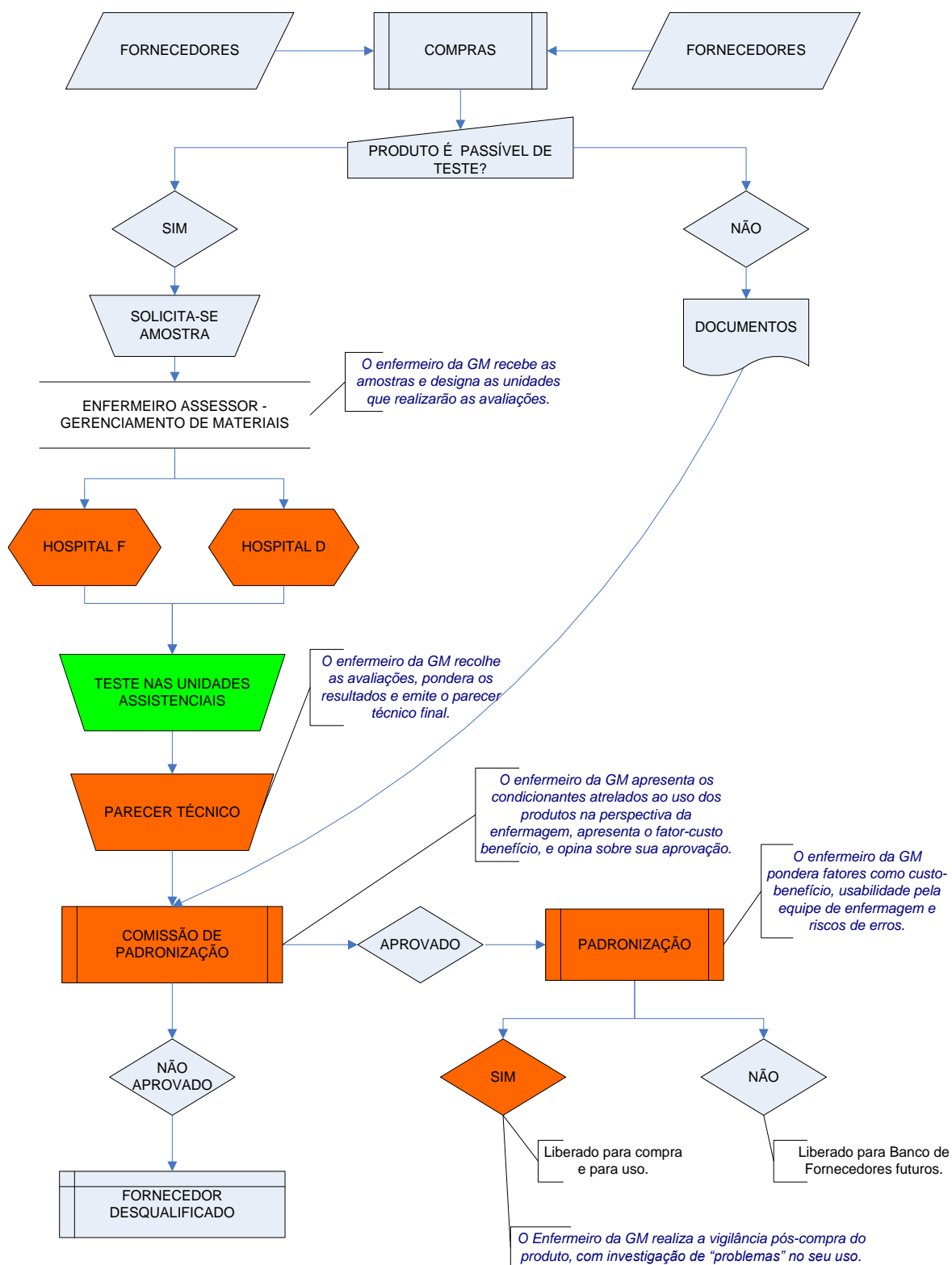


FIGURA 4 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL D e F.
FONTE: O Autor (2013).

FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS HOSPITAL H

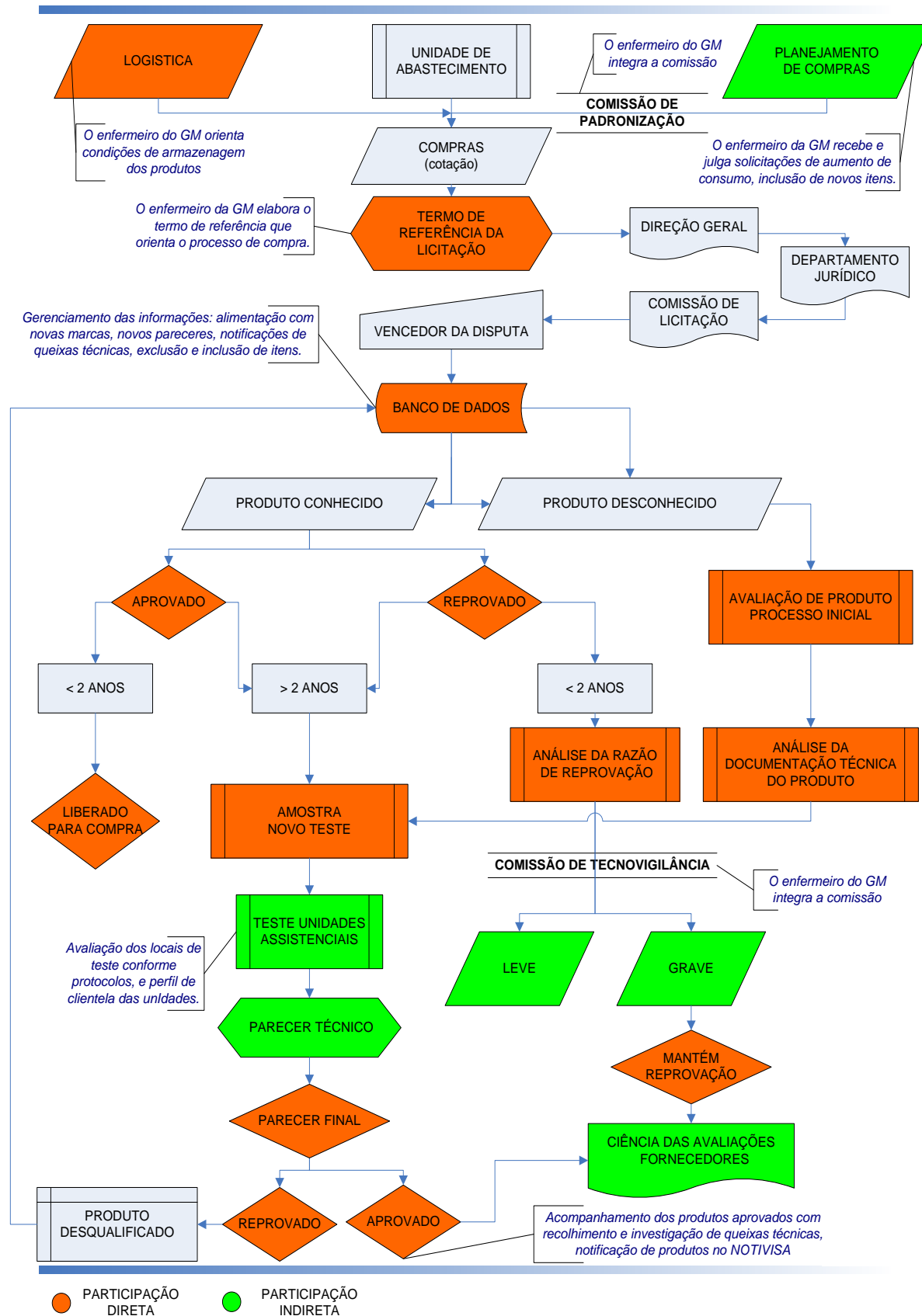


FIGURA 5 – FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL H.
FONTE: O Autor (2013).

FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS HOSPITAIS J

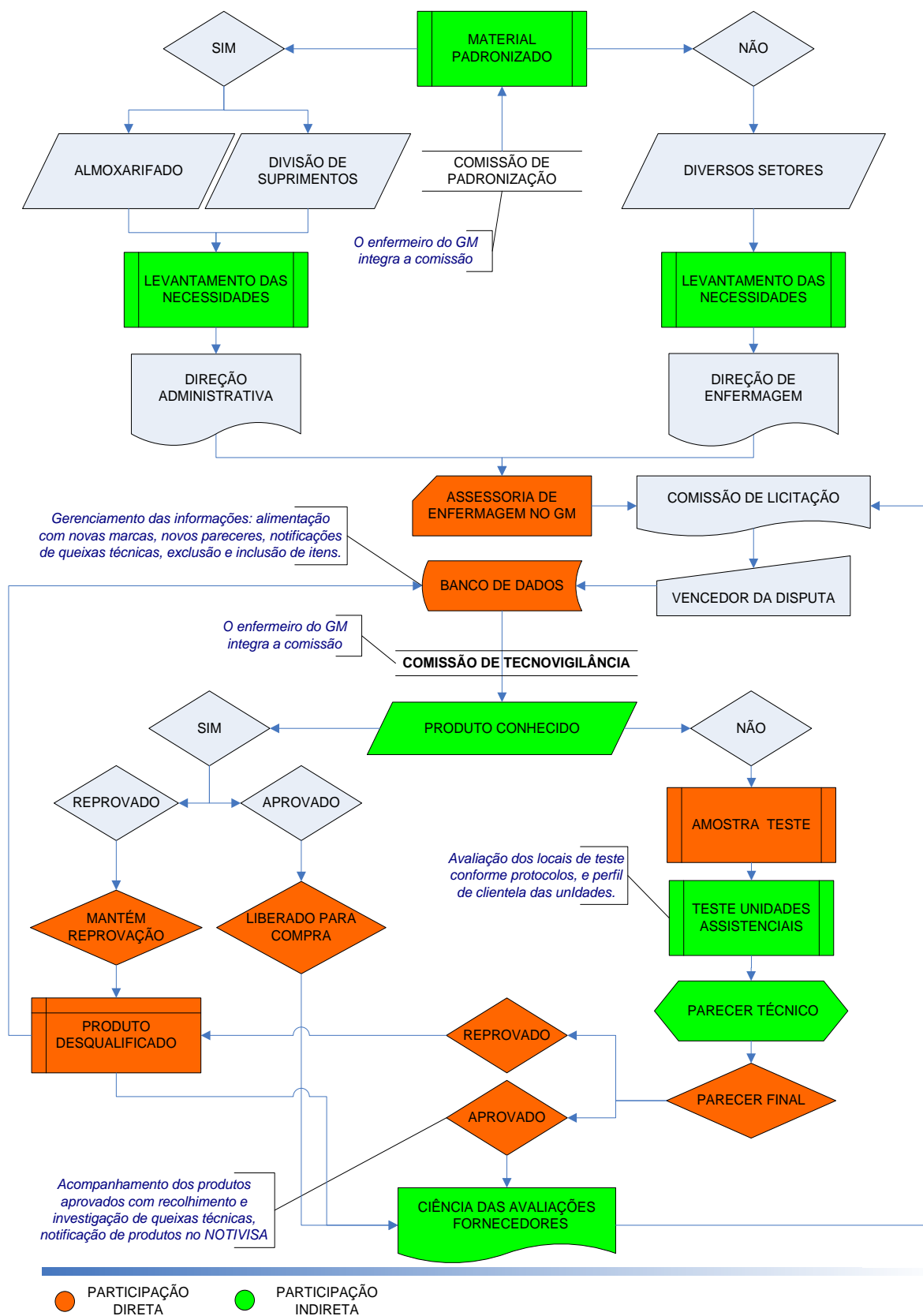


FIGURA 6 - FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL J.
 FONTE: O Autor (2013).

FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS HOSPITAL K

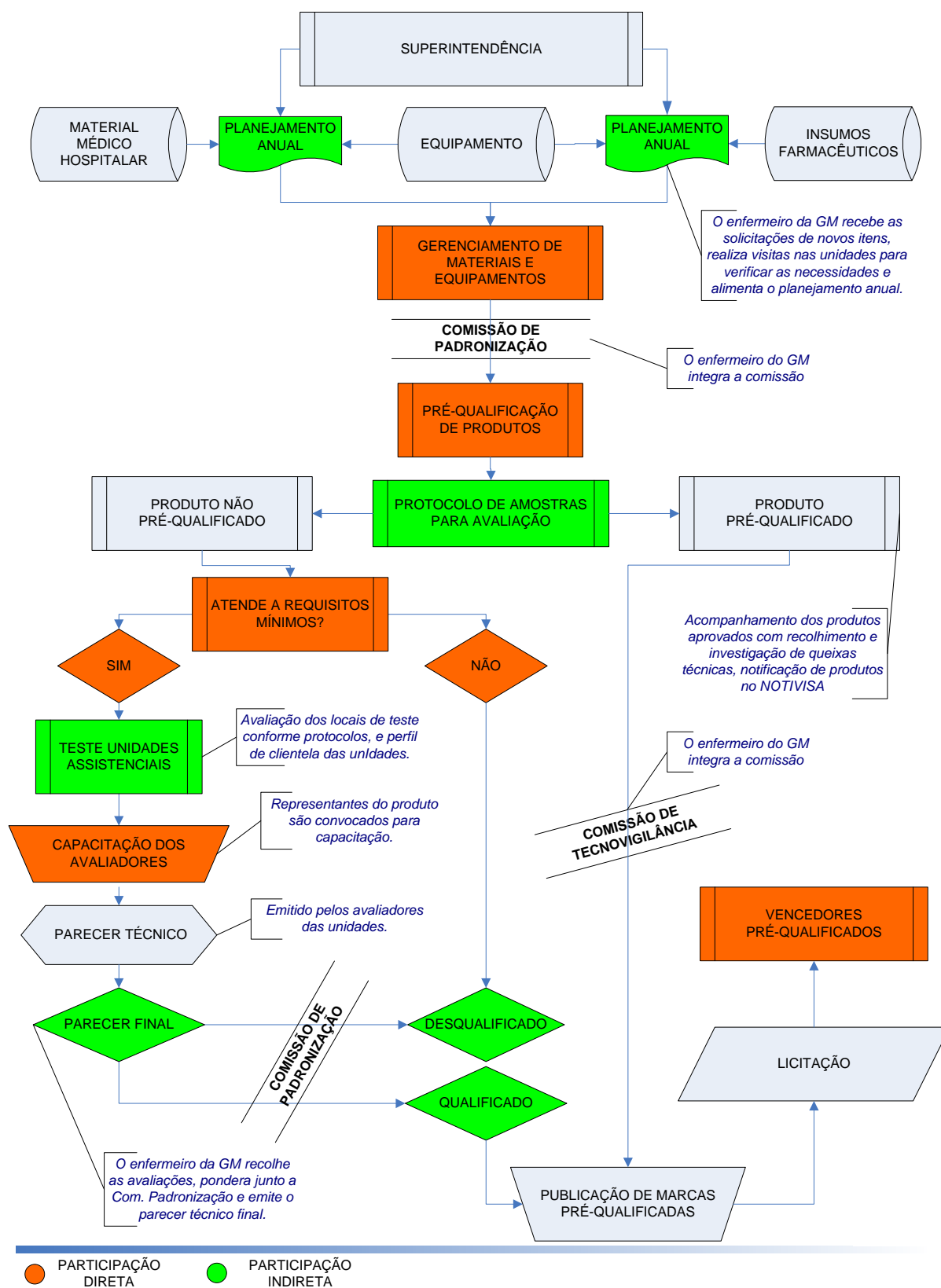


FIGURA 7 - FLUXO DO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS NO HOSPITAL K.
 FONTE: O Autor (2013).

As informações obtidas por meio da interpretação dos fluxogramas foram condensadas e são apresentadas no Quadro 5:

Hospital	Nº de enfermeiros atuantes do GM	Tempo médio de atuação no GM	Dedicação exclusiva ao GM	Etapas em que atua o enfermeiro do GM	Nível de planejamento e tomada de decisão	Tipo de participação
C	1	1	Não	Compra Controle	Operacional	Direto
D + F	1	3	Não	Programação Distribuição e Controle	Estratégico	Indireta
					Tático	Indireta
					Operacional	Direta
H	3	5,5	Sim	Programação Compra Armazenamento Distribuição e Controle	Estratégico	Indireta
					Tático	Indireta
					Operacional	Direta
J	1	7	Sim	Programação Compra Distribuição e Controle	Estratégico	Indireta
					Tático	Indireta
					Operacional	Direta
K	2	4	Sim	Programação Compra Distribuição e Controle	Estratégico	Indireta
					Tático	Direta
					Operacional	Direta

QUADRO 5: PANORAMA DO CONTEXTO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO GM
FONTE: O autor (2013)

O enfermeiro do GM mostra-se envolvido, predominantemente, nas etapas de Programação, Compra, Distribuição e Controle de produtos. Em contrapartida, as etapas de Armazenamento e de Recebimento foram às quais o enfermeiro menos se dedicou.

Os hospitais onde os enfermeiros possuem dedicação não-exclusiva à função acabam por contar com o envolvimento deste profissional em um número menor de etapas do GM, dedicando-se em especial às etapas de compra e controle dos materiais. Situação inversa é a observada nos demais HE, nos quais verificou-se a participação do enfermeiro em quatro das cinco etapas do GM.

Sobre seu envolvimento com o planejamento e a tomada de decisão, o enfermeiro do GM esteve presente nos três níveis propostos por Chiavenato (2004),

com supremacia da participação do tipo indireta, sendo esta intermediada por comissões (Padronização e Tecnovigilância) e órgãos diretivos.

5.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO DO GM

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no processo do GM compõem uma das categorias extraídas dos discursos dos participantes da pesquisa, que, por sua vez, agrupam nove (09) subcategorias que contemplam grupos de atividades, e, por fim, treze unidades de registro que detalham as atividades desenvolvidas.

Para o melhor entendimento das subcategorias ou grupos de atividades, estas foram distribuídas entre as etapas do fluxo de GM em uma instituição, esquema demonstrado na Figura 1 (página 26) e proposto por Castilho e Gonçalves (2011). O compilado desta categoria pode ser visualizado no Quadro 6, abaixo:

ETAPA DO GM	SUBCATEGORIAS – GRUPOS DE ATIVIDADES	UNIDADES DE REGISTRO - ATIVIDADES
<i>Programação</i>	Dimensionamento dos recursos materiais	De unidades em funcionamento Para ampliação e abertura de novas unidades
	Gerenciamento do banco de dados de produtos	Revisão dos itens cadastrados Cadastro de novos produtos Confecção de descritivos técnicos
	Participação em comissões afins ao GM	
	Padronização de rotinas para avaliação de produtos	
	Elaboração do termo de referência	
<i>Compra</i>	Avaliação de produtos	Em licitações Para a pré-qualificação de produtos Em parceria com os usuários nas unidades assistenciais
<i>Armazenamento</i>	Orientação para a armazenagem dos produtos	
<i>Distribuição e controle</i>	Tecnovigilância	Recebimento de queixa técnica Análise de queixa técnica Medidas para contenção/resolução das queixas técnicas Notificação do produto no NOTIVISA Como parâmetro de seleção de fornecedores
<i>Outras</i>	Elaboração de projetos para captação de recursos do governo	
	Educação permanente da equipe.	

QUADRO 6 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO DO GM.
FONTE: O autor (2013).

É necessário salientar que apesar de haver um enquadramento, este fluxo retroalimenta-se e se intersecciona a todo instante; assim, é possível que uma mesma atividade seja desempenhada em mais de uma etapa do fluxo do GM.

Na sequência serão apresentadas as subcategorias e suas unidades de registro. Os tópicos terão no seu início a fase do fluxo, seguida pela atividade desempenhada pelo enfermeiro que foi extraída do discurso.

5.2.1 Programação – Previsão de recursos

A previsão de recursos materiais é uma das atividades referidas como da prática do enfermeiro do GM. Por meio das falas apreende-se que no seu desenvolvimento os enfermeiros atentam-se para fatores como a existência de normas regulamentadoras (instruções normativas, resoluções colegiadas da ANVISA, entre outras) e seu atendimento na estruturação das unidades do hospital; o acolhimento das necessidades de recursos peculiares a cada equipe assistencial; o controle de custos, por meio da definição de cotas de dispensação de materiais, bem como, da revisão destas de acordo com o volume de atendimentos:

[...] a gente vai unidade por unidade ver o que está faltando, e o que não está junto com a chefia e os enfermeiros diariamente [...] pega toda aquela normativa, leva para o enfermeiro da Unidade, para ver o que é necessário, o que nós temos e o que nós não temos. E em cima daquilo ali a gente traça metas para estar comprando [...] GM5

[...] a gente analisa alterações de cota, cada unidade tem sua cota, conforme a produção, conforme o número de pacientes que aumenta. O motivo que eles justificaram a gente analisa se vai aumentar essa cota ou não [...] GM8

O dimensionamento de materiais também é referido na ocorrência de ampliação de serviços e/ou abertura de novas unidades na instituição hospitalar. Nesta ocasião, o enfermeiro empenha-se no reconhecimento e dimensionamento das necessidades de recursos para o serviço em questão, além do seu impacto no GM ao longo do tempo.

[...] É a preocupação quando se fala em ampliar serviço, então o pessoal, 'vamos construir uma ala nova, vamos e tal'. Mas ainda falta preocupação nestes projetos do impacto que isso vai ter para o gerenciamento de

materiais. De prever realmente o que vai ser necessário para essa, pode ser para uma enfermaria, bom enfim, então qual a repercussão disto daí [...] GM6

Para o desempenho da atividade de dimensionamento de recursos materiais são necessárias informações pertinentes aos materiais disponíveis, já adquiridos, descontinuados na instituição e seus históricos de consumo. Todos estes dados são armazenados no banco de dados de produtos, cujo gerenciamento pode ser desenvolvido pelo enfermeiro do GM.

5.2.2 Programação – Gerenciamento do banco de dados de produtos

Segundo os relatos, a execução da atividade é centralizada no enfermeiro com intuito de evitar a criação de múltiplos registros para um único produto sob nomenclaturas diferentes; bem como, para que ao alimentar este cadastro, todas as informações possíveis do produto sejam lançadas da forma mais completa e fidedigna.

Independente se é um cateter, um equipamento, tudo vem para cá, então aqui é feito o cadastro, e daqui é que a gente vai encaminhar, ou para o almoxarifado ou para a farmácia [...] GM5

[...] quando há uma solicitação de cadastro de material, a gente filtra essa solicitação, primeiro verificando se este item já não está registrado com alguma outra palavra de descrição [...] GM4

[...] quando ele pega um pacote de gaze, que ele olhe e pegue todas as informações daquela gaze, para alimentar esse banco de forma correta e completa [...] GM6

A execução de um novo cadastro que integrará o banco de dados exige a confecção do descritivo técnico do produto almejado para compra. A atividade é entendida como o detalhamento das características do artigo em questão; no entanto, esse pormenorizar das especificações deve ser feito de tal modo que permita a participação de vários fabricantes, aumentando a concorrência e a possibilidade de uma compra bem sucedida.

[...] a gente já procura estar colocando o descritivo de uma maneira que abranja todos os fornecedores, fabricantes e etc. [...] pedindo sempre que

quem está pedindo informe o máximo de coisas possíveis sobre ele, para que se possa fazer um descritivo bom, para comprar bem, porque quanto mais rico for o descritivo, melhor você vai ter o seu produto depois para comprar [...] GM4

Outro ponto importante no gerenciamento do banco de dados de produtos é a revisão dos itens cadastrados; itens sem movimentação por longos períodos são inativados, desonerando o processo do GM, uma vez que para este item não será mais necessário o planejamento da compra, armazenamento e distribuição:

[...] a gente também revisa anualmente o cadastro de todos os produtos ativos do sistema e permanece ativo no sistema de cinco anos para cá [...] GM8

[...] um código qualquer, que faz cinco anos que não é mexido, não foi solicitado compra, não foi comprado, não foi empenhado, não foi solicitado pelo usuário, não teve nenhuma movimentação, esse item é inativado [...] e ninguém mais planeja a compra dele. [...] Essa é mais uma das coisas que a gente faz no processo e que influi diretamente no planejamento e no gerenciamento [...] GM4

5.2.3 Programação – Participação em comissões afins ao GM

Os participantes da pesquisa relataram a participação em comissões afins ao GM, as quais tem por objetivo debater assuntos como: padronização de materiais, a implantação de novas tecnologias, o reprocessamento de artigos e o gerenciamento de resíduos.

Segundo a fala do GM4, qualquer decisão tomada por um desses grupos impactará no GM, principalmente no planejamento das compras e na seleção dos produtos a serem adquiridos pela instituição:

[...] Aqui dentro a gente tem várias comissões que a agente participa junto, então, tem a comissão de reprocessamento de artigos, tem a comissão de padronização de materiais, a comissão de gerenciamento de resíduos, a comissão de controle de acidente de material perfuro cortante, [...] tem o comitê de padronização de novas tecnologias e equipamentos. [...] Tem interface, ..., tem a Tecnovigilância, que o hospital sentinela, que tem muita interferência com os materiais, porque reprocessamento de artigos... diretamente relacionada com a previsão de compra de materiais; padronização de materiais, muito ligada a planejamento e compra de material, e a aprovação de qualidade dos materiais [...] GM4

[...]Atuo na comissão que a NR 32 obriga que seja criada nas instituições, que é a de prevenção de acidentes perfuro-cortantes, sou presidente [...] a gente

está tendo que gerenciar a aquisição de produtos perfuro cortantes com dispositivo de segurança, esse gerenciamento destes produtos é um pouco diferente do que a gente estava fazendo, porque são produtos novos [...] GM8

Esta participação permite ao enfermeiro do GM a interligação entre a administração e os usuários, estes e os fornecedores de materiais, e, ainda, entre as diferentes áreas da instituição.

[...] faz a ponte entre materiais novos, fornecedores e usuários... de ser o link de entre o que pede e a comissão, que vai verificar se é possível de padronizar ou não [...] GM4

Além destes casos, muitas vezes o envolvimento direto em outras etapas do fluxo do GM, como a compra, pode requerer que o enfermeiro do GM integre comissões específicas como a Comissão de Licitação:

[...] Eu também participei uma época da comissão de licitação, fiquei um ano na comissão de licitação, então todo convite, toda tomada de preço, do hospital inteirinho, eu tinha que participar destas reuniões [...] GM6

A participação nestas comissões e o conhecimento elaborado por meio das discussões realizadas, podem auxiliar e respaldar o enfermeiro no desenvolvimento de rotinas de avaliação de produtos para a saúde.

5.2.4 Programação – Padronização de rotinas para avaliação de produtos

Esta atividade é declarada pelos participantes da pesquisa como uma maneira, em primeira instância, de triar os materiais ofertados com condições mínimas de uso na instituição, para só então encaminhá-los para os setores que realizarão as avaliações; e neste segundo momento, a rotina atua como ferramenta para que diferentes avaliadores possam ter um mesmo 'roteiro' ou plano de avaliação que os conduzam:

[...] a gente já tem aqui um protocolo de alguns testes, que a gente faz antes de mandar para o usuário para parecer técnico [...] GM8

[...] a gente já faz alguns protocolos em cima de alguns equipamentos, ou equipos, para que todo mundo faça uma avaliação, assim, para que tenha ao menos um roteiro a seguir de avaliação [...] GM5

Por fim, todas essas atividades desenvolvidas na etapa de programação contribuem para a elaboração do termo de referência.

5.2.5 Programação – Elaboração do termo de referência

Os enfermeiros do GM aludem à execução do termo de referência como o momento apropriado para expor suas expectativas com relação aos produtos a serem adquiridos e o de maior interferência na programação das compras. São colocados desde a necessidade de amostras para avaliação técnica, solicitação de produtos em comodato até seus requisitos mínimos e a definição dos setores incumbidos de avaliá-los:

[...] o termo de referência é aquele termo que vai orientar o que deve constar no edital. Então o termo de referência se tiver alguma coisa especial que a gente queira com aquele insumo é nesse documento que se coloca, por exemplo as tiras de glicose, eu quero o comodato do aparelho, eu vou especificar que tipo de aparelho, o mínimo de funcionalidades, quantos aparelhos vou precisar, assim como com outros aparelhos. [...] tem vários materiais que a gente tem que atentar no momento de fazer o termo, para que tenha uma cláusula especial, esse geralmente é o ponto que a gente mais interfere [...] GM4

[...] Neste edital a gente já fez um protocolo de estar colocando um quantitativo de material que vem para amostra, quais os setores que vão ser definidos, para utilizar esses materiais ou equipamentos [...] GM5

Findada a etapa de programação e seguindo o fluxo de atividades do GM proposto por Castilho e Gonçalves (2011) tem-se a etapa denominada *Compra*. As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do GM nesta etapa serão apresentadas na sequência.

5.2.6 Compra - Avaliação de produtos

Na etapa de compra o enfermeiro do GM desenvolve a atividade de avaliação de produtos em circunstâncias como as licitações para a pré-qualificação de produtos e em parceria com os usuários nas unidades assistenciais.

Em específico nos hospitais de ensino públicos as compras ocorrem por meio de licitações. Neste caso, a avaliação ocorre após disputa de lances quando o primeiro colocado entrega sua amostra:

[...] primeiro analisa o material, primeiro cotante, primeiro preço, é marca aprovada, ou não é, teve desvio, ou não; e posteriormente, pede amostra se não for conhecido faz todo aquele julgamento [...] faz a análise daquela amostra, para ver se está tudo certo com relação a documentação, rotulagem, registro na Anvisa, etc. [...] GM4

[...] o pregão já está feito, e as marcas já foram licitadas, e eles só vão solicitar as amostras dos materiais. A gente vai para a unidade que mais utiliza o material e pede a avaliação. GM1

Durante a análise são observados o atendimento, as prerrogativas legais para comercialização do item no país, com checagem de documentos como o registro do produto na ANVISA, além da apresentação, ou seja, características da embalagem e dados de rotulagem. Também é observado o histórico de uso do material na instituição por meio do banco de informações de produto e do registro de ocorrência de desvios de qualidade.

As avaliações também podem ser motivadas pela execução de processos de pré-qualificação de produtos:

[...] A gente trabalhou com as duas modalidades aqui de avaliação, tanto a de amostra que vem no pregão, na licitação ali, e agora a gente está trabalhando com a pré-qualificação de materiais [...] GM5

Nesta modalidade a análise dos produtos ocorre previamente em relação à etapa de lances, e então apenas as marcas aprovadas ou pré-qualificadas podem participar da disputa.

Em ambas as circunstâncias os enfermeiros do GM afirmam a parceria com os usuários dos produtos para a realização das avaliações. A preocupação em inseri-

los no processo e deles obter um parecer quanto à qualidade e funcionalidade dos itens em processo de compra:

[...] é enviado aos usuários, que são os que trabalham no hospital com o material diretamente, e eles é que vão fazer o teste [...] Dependendo do produto a gente sempre manda para mais de um usuário, de preferência de número ímpar para não haver empate [...] GM4

[...] eu faço essa avaliação junto com os enfermeiros pertinentes ao material que está sendo pedido [...] GM1

[...] acompanhar a avaliação dos testes de materiais nas unidades, tem que levar amostra, tem que conversar com o enfermeiro [...] GM6

[...] Bom depois que vem esse parecer para a gente, antes de lançar um parecer final, a gente analisa, a equipe discute algumas coisas que geraram dúvida, para daí fechar o parecer [...] GM8

Como as decisões são compartilhadas, as responsabilidades sobre elas também precisam ser; é o que vislumbra a fala do GM4 sobre a necessidade de responder às empresas fornecedoras os questionamentos e recursos decorrentes das reprovações de produtos em avaliação:

[...] estar aí disponível para responder impugnações e recursos do fornecedor [...] porque tanto eu, como quem fez o teste e reprovou, vai ter que responder depois se tiver algum recurso em relação àquela reprovação [...] GM4

Após o processo de compra e a definição dos fornecedores e produtos a serem utilizados no decorrer do próximo contrato tem início a etapa de recebimento, para a qual não foi identificada nas falas nenhuma atividade do enfermeiro. Sendo assim, apresenta-se a etapa de armazenamento dos produtos na sequência.

5.2.7 Armazenamento - Orientação para a armazenagem dos produtos

Apenas um dos participantes da pesquisa fez referência ao desenvolvimento de atividades relacionadas à etapa de armazenamento. Foi relatada a realização de orientação de setores como o almoxarifado que integram a cadeia do GM para que sejam dadas condições adequadas de armazenagem aos produtos adquiridos pela instituição.

[...] com relação a armazenamento, a gente vai bastante, a gente orienta bastante o pessoal do almoxarifado [...] GM8

E por fim, dadas as condições adequadas de armazenamento dos produtos, encerra-se o processo de GM com a etapa de distribuição e controle de atividades correspondentes.

5.2.8 Distribuição e Controle - Tecnovigilância

Com relação à Distribuição, resgata-se a atividade de dimensionamento de recursos nas unidades, que já fora visualizada na etapa de programação e aqui acaba por se repetir. Já para o Controle, verificou-se que o desenvolvimento pelo enfermeiro do GM de atividades relacionadas à Tecnovigilância, como as ações de recebimento e análise das queixas técnicas, a aplicação de medidas de contenção e resolução das queixas, bem como a notificação dessas queixas ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA – e o uso das informações provenientes desta atividade como parâmetro de seleção de fornecedores.

Sobre o recebimento de queixa técnica, os enfermeiros participantes da pesquisa relatam que:

[...] eu também trabalho com a parte da Tecnovigilância, então as notificações vêm para o nosso serviço [...] GM6

[...] a gente recebe a notificação em formulário próprio do hospital sentinela [...] GM8

De posse das informações prestadas pelos usuários acerca da ocorrência de problemas com determinado produto, conforme afirma GM8, o enfermeiro desencadeia uma série de ações para análise de queixa técnica:

[...] verificamos estoque, verificamos lote do estoque, verificamos todos os dados do estoque, verificamos se ainda está disponível ou não, fazemos a investigação que a gente achar pertinente, tirar as dúvidas, pegar mais informações, ir *in loco*, depende de cada situação [...] GM8

O fornecedor do produto também é consultado para acompanhamento do problema e verificação se este não está correlacionado à condições impróprias de

manipulação. O enfermeiro GM2 aponta que irregularidades no manuseio podem gerar eventos adversos e falsas queixas dos produtos:

[...] acontece alguma queixa técnica, nós chamamos o fornecedor, ele vem tirar as dúvidas, verifica se não existe algum erro de técnica durante o manuseio para estar dando alguma coisa errada, e se continua acontecendo [...] GM2

No entanto, se a investigação apontar, verdadeiramente, para falha do material, medidas são tomadas a fim de cessar os problemas e evitar maiores transtornos ou danos a pacientes e usuários envolvidos. Isto pode implicar na notificação do produto no sistema NOTIVISA, exclusão do produto do catálogo da instituição, troca de fornecedor e aplicação de sanções administrativas:

[...] eu atuo na tecnovigilância, eu faço parte da rede sentinela, e faço as notificações para a ANVISA [...] GM8

[...] se for um agravo pontual, que dentro de uma amostragem não comprometa o lote, a gente não faz troca de lote, caso comprometa, se for um agravo grave, a gente pede ou troca do lote ou cancela o parcelamento daquele fornecedor. E daí tenta novamente planejar um novo pregão para aquele item para compra [...] GM8

[...] se a gente observa que não vale a pena continuar com aquele fornecedor, a gente já solicita a exclusão do produto, independente se é um produto muito bom, mas se está tendo algum problema técnico a gente faz essa exclusão [...]. GM2

[...] então que eles notifiquem, por que medidas são tomadas, administrativas, cancelamento de contrato, ressarcimento para a instituição, nós estamos correndo atrás. E aquele produto que tiver um parecer desfavorável, ele deixa de entrar na instituição nos próximos processos [...] GM6

Todas as ações desempenhadas são formalizadas e registradas no banco de dados de produtos, de modo a compor a memória do artigo médico com desvio de qualidade:

[...] e aí a gente toma as condutas e já lança ali, como se fosse uma avaliação de material, mas é impresso de notificação [...] GM6

Essas informações de desvio de qualidade, queixas técnicas, notificações do produto no NOTIVISA retroalimentam o sistema de GM e, mais tarde, na fase de programação e compra, operam como fatores de seleção de fornecedores, conforme observa-se nos relatos dos participantes da pesquisa:

[...] Aí me vem marca, modelo, referência, enfim eu vejo, eu comprei o ano passado, eu não tive notificação, eu posso comprar de novo, eu não peço amostra. GM6

[...] houve um desvio, uma coisa importante, que a gente vai avaliar cada caso, a gente também pode reprovar pelo banco de dados da tecnovigilância. GM8

[...] Se for uma reprovação muito importante, por exemplo, se for só de rotulagem num próximo pregão eu não espero dois anos, para eu pedir o material. Porque a gente pensa que, se a gente reprova porque está com o registro vencido, ou está faltando algum dado de rotulagem, o ano que vem ele já pode ter corrigido isto. Mas se for uma reprovação técnica, não se pede por dois anos aquela marca. A não ser que o representante venha até aqui e diga, olha nosso fabricante mudou a engenharia de produção, mudou alguma coisa naquele produto para melhorar, então a gente pede de novo amostra para avaliar [...] Então quando a gente julga os desvios a gente tem de ser bem criteriosa, para não pedir num próximo pregão por exemplo, por que é capaz de ficar desabastecido totalmente [...] A parte de Tecnovigilância também é muito importante, porque ela também nos embasa no momento de fazer um parecer técnico, [...] o produto que está com problema no fornecimento, que tem desvios importantes de qualidade, que não são coisas pontuais, a gente também já reprova no momento do parecer técnico [...] GM4

Com esta etapa de controle finda-se o fluxo de etapas do GM proposto por Castilho e Gonçalves (2011). No entanto, no tratamento das falas dos enfermeiros, outras atribuições emergiram. São elas: Elaboração de projetos para a captação de recursos e Educação permanente da equipe.

5.2.9 Elaboração de projetos para captação de recursos

A elaboração de projetos para captação de recursos poderia ser entendida como pertinente à etapa de programação do fluxo de atividades do GM, mas não é. Isto porque, diferentemente da programação, em que os recursos para compra de materiais já estão ditos como 'em caixa', na submissão de um projeto há uma possibilidade acenada de recurso; no entanto, para poder tê-lo as instituições e seus gestores devem atuar num processo de convencimento ou fundamentação do projeto para que os órgãos da administração pública direta acatem a proposta e destinem o montante para sua execução.

Levantadas as necessidades do hospital, de modo geral, as estimadas como de médio e longo prazo, pois esse trabalho de convencimento pode ser delongado, instrui-se o processo com justificativas técnicas e legais e aguarda-se para que,

havendo sucesso na investida, a liberação dos valores ocorra. A partir de então, inicia-se o planejamento da compra dos itens requeridos.

[...] a gente sempre faz um projeto para equipamentos que vai para a SESA, vai por emenda para projeto. A gente trabalha com os projetos dos docentes também, para fazer o levantamento dos materiais, e você tem X orçamento para projeto, emenda, todas essas coisas nos estamos esperando. Então tudo vem para cá, para a gente montar esses projetos, e a partir do dinheiro que a SESA tem disponível [...] GM5

Nesta atividade o enfermeiro do GM tem a possibilidade de participar no planejamento de ações de gestão em saúde e de ficar mais próximo da tomada de decisão.

5.2.10 Educação permanente da equipe

Para promover a apropriação dessas rotinas de avaliação, preparar os usuários para avaliações de novos produtos para a utilização e controle de qualidade dos produtos já adquiridos pela instituição e formação de novos profissionais para as atividades do GM, a educação permanente da equipe é apontada como atividade indispensável.

Segundo participantes alguns produtos são desconhecidos da equipe assistencial, o que dificulta sua utilização e julgamentos sobre o uso e qualidade; para estes casos o enfermeiro acena ao fabricante ou fornecedor sobre uma demanda de capacitação dos seus usuários e acompanha as atividades desenvolvidas:

[...] algum material especial, que precisa de um treinamento da equipe, a gente também acompanha todo o treinamento dessas equipes [...] GM4

[...] todas as capacitações vem para cá na questão de equipamentos e materiais, a gente é quem organiza os treinamentos [...] GM5

[...] às vezes tem que chamar o fabricante para fazer treinamento para a gente poder testar esse material [...] GM6

[...] porque são produtos novos, que nunca usaram, que precisam ser treinados, esses dispositivos novos tem de ser treinados antes, para daí se fazer o parecer técnico [...] GM8

A prática educativa pode ser também ferramenta para "conscientização" dos usuários, como aponta GM6, para a importância do envolvimento de cada integrante da equipe para o controle da qualidade dos materiais e a promoção de um ambiente seguro para pacientes e profissionais:

[...] Então isso a gente tem procurado trabalhar com os residentes, a gente estava procurando fazer visita semanal nas unidades, dizer o que é a assessoria, ali pega lá quem estivesse disponível no momento, para falar o que é o nosso serviço, que a gente tem sempre alunos, residentes novos, funcionários que às vezes fazem rodízio de setor, então a gente procura conscientizá-los da importância deles para que eles tenham materiais adequados para realizarem as atividades, e que dê segurança, tanto para o paciente quanto para o trabalhador [...] GM6

A educação permanente também contribui para formação de novos profissionais para atuação nas atividades do gerenciamento e para a promoção do uso racional de recursos materiais no hospital.

5.4 COMPETÊNCIAS REQUERIDAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NO GM

O desenvolvimento do trabalho do enfermeiro no gerenciamento de materiais requer a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes. Sob essa perspectiva, após a exploração das falas e sua categorização, verificou-se a imersão de três grandes competências: **Planejamento e organização, Trabalho em equipe e Gestão de recursos.**

A seguir apresentaremos detalhadamente cada competência, conforme o que foi extraído das falas dos participantes da pesquisa.

5.4.1 Planejamento e organização

Partindo do discurso do enfermeiro GM5 vislumbra-se a competência no exercício do planejamento estratégico da instituição. Para tanto, ele recorre à mobilização de conhecimentos sobre as metas da organização, bem como do seu

planejamento estratégico, a habilidade para o planejamento das ações de investimentos de recursos, dimensionamento das necessidades, distribuição dos investimentos conforme a necessidade e demanda de possíveis negociações veladas que possam ocorrer nesse processo de distribuição de recursos, além da atitude de promover a equidade entre os setores do hospital no recebimento de recursos e investimento.

[...] Olha, é assim, a gente tem um planejamento anual, aí a superintendência chama e fala assim: 'Esse ano nós queremos...'. A gente sempre faz um projeto de equipamento que vai para a SESA, por emenda para projeto, a gente trabalha com os projetos docentes também, para fazer levantamento de material, você tem X orçamento para projeto, emenda, todas essas coisas nós estamos esperando. Então tudo vem para cá, para a gente montar esses projetos. E dinheiro que a SESA tem disponível, dinheiro que o HU tem disponível, a gente tem um orçamento mensal para gastar em equipamento e material junto com a farmácia. Então desse planejamento geral, todos esses pedidos vem para cá, independente se é um catéter, um equipamento, tudo vem para cá, então aqui é feito o cadastro, e daqui é que a gente vai encaminhar ou para o almoxarifado ou para a farmácia. E então aqui a gente já começa a trabalhar a questão do descritivo, a questão do orçamento, [...] E depois de feito todo esse levantamento, é lógico outros pedidos durante o ano todo, que a gente vai vendo se vai ter verba ou não, e vai colocando as prioridades, e a superintendência volta e meia chama a gente e vê... como é que está isso, olha eu acho que a gente... chegou mais esse dinheiro, nós vamos ter de recuar porque está gastando em alguma outra coisa, então é um trabalho contínuo que a gente faz [...] GM5

O enfermeiro GM6 apresenta a mobilização da competência no desenvolvimento de uma ferramenta informatizada que aparelhe seu trabalho no gerenciamento de materiais. Demonstra a necessidade de recrutar conhecimentos de diferentes áreas, dos objetivos e da política da instituição para o GM, bem como a habilidade para a comunicação entre as distintas áreas envolvidas (informática, enfermagem, GM) para resolutividade de problemas (perda de dados, morosidade nos processos de avaliação), além de atitudes como iniciativa, comprometimento com o serviço e empreendedorismo.

[...] Então em 2011 nós trabalhamos com um banco para construir o que a gente precisaria. A partir de janeiro de 2012, eu entrei no sistema, tudo o que é feito de parecer para o pregão é feito no sistema, e todas as informações que eu tinha nas planilhas de *Excel*® a gente migrou. Tivemos uma perda, talvez de uns 10% das informações, mas o pessoal da informática conseguiu migrar essas informações. Então, hoje quando eu vou fazer o parecer, eu estou aqui na tela, aqui em cima está o pregão, a atadura que eu estou comprando, da metade para baixo, já me aparece tudo o que eu já avaliei daquele produto. Aí me vem marca, modelo, referência, enfim, aí eu vejo, eu comprei o ano passado, eu não tive notificação, eu posso comprar de novo. Então na parte de baixo, além de ter o parecer das avaliações dos

enfermeiros das unidades, eu também tenho as notificações. Então além disso, eu também trabalho com a parte da Tecnovigilância. Então as notificações vêm para o nosso serviço, e aí a gente toma as condutas e já lança ali, como se fosse uma avaliação de material, mas é impresso de notificação. Então assim a gente já vai tendo o perfil do material, quais as unidades que mais notificam, enfim, agora a gente vai começar a brincar com uma série de relatórios, e fazer uma avaliação do que foi, dos benefícios que este sistema trouxe para a gente [...] GM6

O emprego da competência de Planejamento e Organização, pincelada pelo empreendedorismo, permitiu que outras ferramentas fossem criadas a partir de recursos já em uso na instituição, assumindo um caráter inovador e que resultou em avanço na prática do enfermeiro do GM. Como GM6 coloca, a partir do sistema desenvolvido, inúmeros dados foram gerados e poderão fomentar outras ações, inclusive de setores além do GM, como respaldar planejamentos futuros, o que beneficia, assim, a instituição.

O enfermeiro GM7, ao falar sobre o processo de implantação de um novo equipamento na instituição, aborda a necessidade de angariar conhecimentos de planejamento técnico, habilidade para avaliação situacional e comunicação, assim como atitudes de comprometimento e responsabilidade:

[...] Vamos supor que seja uma bomba nova de seringa que está entrando aqui, então ela vai ficar por quinze dias, uma semana de treinamento, e depois, o pessoal vai usar essa bomba para dar o parecer. Nesse treinamento, como a gente tem uma equipe, não só eu venho acompanhar o representante, às vezes eu venho uma vez, a I. vem outra vez, o C. da farmácia também vem, e depois é feito esse parecer, como eu já tinha colocado, e a gente reúne novamente. Então eu trabalho na divulgação desse material ou equipamento que vai vir, divulgo antecipado para que o pessoal que está chegando não diga que não tem tempo, que não estava sabendo, ou alguma coisa parecida; faço também uma lista de presença, porque quando a gente está passando, muitas vezes na UTI a gente não consegue reunir todos, as vezes você passa na UTI e treina dois funcionários, e daí não tem como dizer 'ah vocês não passaram', 'não, passou, sim, está aqui, você assinou'. Porque às vezes acontece, a pessoa não saber manipular, falar que nunca viu, que ninguém avisou, então a gente faz assim documentado, para eles assinarem. E no caso, se a empresa ganhar a licitação, aí sim a empresa vem para um treinamento maior; e aí se for necessário você vem uma, duas, três vezes na semana, para todo mundo estar habilitado a trabalhar com aquele equipamento, mesmo porque depois vem o fim de semana e ninguém pode dizer que não sabe mexer no equipamento porque é complicado [...] GM7

Com base nos relatos, percebe-se que de posse da competência de Planejamento e Organização inúmeras possibilidades de atuação e reconhecimento do trabalho do GM foram geradas.

5.4.2 Trabalho em equipe

É prerrogativa para a prestação de assistência em saúde o trabalho em equipe, da mesma forma para a atuação no GM. O enfermeiro GM5 expõe a mobilização da competência do trabalho em equipe ao relatar o envolvimento de diferentes profissionais e setores no fluxo de atividades do GM. A integração de conhecimentos específicos de enfermeiros, médicos e farmacêuticos; a habilidade de acolher os conhecimentos e opiniões de cada profissional. Além da iniciativa e esforço para a aproximar as relações com setores administrativos afins ao GM, isso promove a construção do gerenciamento de materiais por uma visão interdisciplinar:

[...] teria de formar um grupo de trabalho, juntos enfermeiro, médico e farmacêutico, a gente tenta integrar. A gente tem a participação mais efetiva de enfermeiro nessa área, de farmacêutico é grande, e equipamento com a parte médica, e os enfermeiros que são assistenciais na terapia intensiva que ajudam muito, elas têm muito conhecimento, que auxilia bastante. Ainda assim, a gente depende do setor de compras entender a nossa dificuldade, e de como encaminhar isso melhor, agilizar esses processos. Porque não adianta nada, todo um trabalho aqui de base e depois, a demora para comprar, até chegar já desfalcou o estoque. Então a gente está tentando melhorar essa parte de serviço integrado [...] o pessoal do setor de compras, o administrativo, mas eu acho que está indo, está caminhando [...] GM5

A competência do trabalho em equipe na perspectiva do trabalho com o grupo de enfermagem, os residentes e a gerente de risco da instituição. Neste caso, ressaltam-se os conhecimentos relacionados à organização do serviço, às atividades por ele desenvolvidas, à teorias motivacionais e à negociação para a realização da avaliação de produtos que permitirão uma aquisição de qualidade. Para tal, emprega as habilidades de comunicação, assinalando a possibilidade de construção coletiva do GM. Percebe-se a atitude de comprometimento das pessoas envolvidas e o compromisso ético com o trabalho no GM.

[...] você tem que trabalhar muito junto com a equipe de enfermagem. Então, quando você manda um material para avaliar, você tem de ter consciência que, para o enfermeiro que está lá na ponta, na assistência, é mais serviço para ele fazer; então, não adianta fazer uma avaliação mais ou menos, porque aquele material vai ser comprado para o ano inteiro. Então é isso que a gente tem procurado conscientizá-los, eu preciso da ajuda de vocês na hora da avaliação, para que a gente possa comprar produtos de boa qualidade, que atendam às necessidades, às atividades da enfermagem, do hospital de uma forma geral, e que tenham preço justo. [...] Então, isso a gente tem procurado trabalhar com os residentes, a gente estava procurando

fazer visita semanal nas unidades, dizer o que é a assessoria, ali pega lá quem estivesse disponível no momento, para falar o que é o nosso serviço, que a gente tem sempre alunos, residentes novos, funcionários que às vezes fazem rodizio de setor, então a gente procura conscientizá-los da importância deles para que eles tenham materiais adequados para realizarem as atividades, e que dêem segurança, tanto para o paciente quanto para o trabalhador [...] o relacionamento com a gerência de risco, porque nós somos hospital sentinela, então a gente está sempre em contato, [...] a gente sempre procura trabalhar em conjunto.[...] GM6

Em ambas situações a habilidade para a comunicação, seja ela oral ou escrita, para relacionar-se com os demais profissionais e a atitude de disponibilizar-se são imprescindíveis na visão dos participantes da pesquisa:

[...] Tem que ter facilidade para conversar, acho que a função primordial, é escutar os setores [...] ouvir bastante as unidades, você ter esse poder de escuta [...] GM5

O enfermeiro do GM deve ser hábil na comunicação, fazendo-se entender pelos seus pares na instituição, tornando-o mais acessível à equipe e às necessidades desta, assim como nas especificações dos materiais, sem que haja espaço para dúvida nas características requisitadas, nas respostas a esclarecimentos de fornecedores e nas justificativas técnicas que amparam os processos de padronização de novos itens ou reprovação de produtos de qualidade contestável.

A comunicação, igualmente, pode ser favorecida pela habilidade em manter um bom relacionamento com a equipe de enfermagem ou multiprofissional. Na verbalização desta habilidade os participantes da pesquisa esclarecem que uma vez que estes profissionais são os usuários dos produtos é deles que partem as necessidades, anseios e apreciações sobre os insumos, e que sobre estes aspectos é que devem ser arquitetadas e desenvolvidas as ações do enfermeiro no GM, como relatado por GM6:

Eu acho que ele tem de ter um bom relacionamento com todos, porque a maioria dos materiais são utilizados em quase todas as unidades; ter uma boa interação com a equipe médica [...] GM1

[...] que tenha um bom relacionamento com todas as unidades, porque ele não trabalha sozinho, o enfermeiro da assessoria ele não faz nada sozinho [...] GM6

Outro fator contribuinte é a atitude de disponibilidade. As falas a apresentam sob o sentido de mostrar interesse pelas necessidades dos usuários, pelo

entendimento do contexto de uso do produto e de como isto pode convergir para a compra de produtos eficientes para melhor aplicação do dinheiro público:

[...] Eu acho assim, que em primeiro lugar, o enfermeiro deve ter disponibilidade [...] GM7

[...] disponibilidade em ir até os serviços, conhecer o uso de cada insumo, conhecer o processo de trabalho daquele setor, para não comprar coisas indevidas, erradas e que depois venham a acarretar em mau uso, desperdício de dinheiro público [...] GM3

Por fim, o emprego da atitude de liderança no desempenho da competência do trabalho em equipe apresenta-se como maneira de influenciar outras pessoas a agirem ou compartilharem de uma mesma ideia com o objetivo de almejar e alcançar objetivos comuns:

[...] ele precisa ser uma pessoa influente dentro da instituição, porque você muitas vezes, o meu colega ali da outra instituição, ou alguém aqui da minha equipe, quer um material, um produto, que ele goste, ele especificamente, e eu preciso ter o poder, a autoridade e o bom senso, o poder de convencimento de dizer: 'olha no momento isso não é viável para instituição'. Ou não, o contrário é fazê-los acreditar: 'olha vamos testar, vamos', se eu acreditar que o produto é bom [...] GM2

Apresentadas as competências de Planejamento e Organização e Trabalho em equipe na perspectiva do GM resta apresentar, na sequência, a competência de Gestão de recursos.

5.4.3 Gestão de recursos

A gestão de recursos pode ser apreendida em situações relatadas, nas quais mais de um tipo de recurso estava envolvido (humanos, materiais e financeiros), como a escolha de produtos com custos diferentes, na implantação de novos produtos na instituição e na realocação de insumos dentro da própria instituição. Cada momento requer ora mais um tipo de conhecimento, ora mais uma determinada habilidade e certa atitude, mas há sempre a presença destes três fatores.

No relato do enfermeiro GM2, para o desempenho da competência de gestão de recurso, observa-se a utilização de conhecimento técnico do material ou

medicamento em questão, do processo de trabalho que o envolve, conhecimentos organizacionais referentes aos objetivos e metas no gerenciamento de recursos financeiros. Esses fatores trabalham congregados à habilidade de julgar o custo-benefício na adoção de determinado produto, isto movido pela a atitude de buscar o produto de melhor custo-benefício para pacientes e instituição:

Olha nós temos um antibiótico e a manipulação pela enfermagem é bastante fácil, porém tem outro que a gente precisa manipular mais, é um pouco mais complicado, mas o custo é cinco vezes menor. Então a gente avalia, coloca na balança tudo isso. Vai ter algum impacto para a enfermagem? De repente é só um tempo a mais da enfermagem, ou pode causar algum erro na hora de fazer, de diluir, de administrar a medicação; então tudo isso é avaliado [...] GM2

O conhecimento técnico dos recursos materiais requer, ainda, o reconhecimento das características dos produtos, suas apresentações no mercado, processos de trabalho que o envolvem, finalidade e locais de uso, além de estimativas de consumo:

Acho que assim, ter um conhecimento prévio dos materiais, ter essa distinção de marca e especificidade; pois o material pode ser utilizado para várias finalidades, e você precisa analisar isso, você precisa conhecê-las ou discutir bastante com os enfermeiros das unidades. GM1

[...] Essa parte de avaliação de insumos e artigos médico-hospitalares, é necessário um conhecimento do para que serve o material, como ele é utilizado, qual o processo de trabalho que envolve aquele insumo, a forma como ele é utilizado até para avaliar a qualidade [...] GM3

O conhecimento das legislações (normativas, resoluções colegiadas e normas técnicas) que regem a produção e comercialização de cada material igualmente compõem esse leque de conhecimentos acerca dos recursos materiais. Os enfermeiros, detentores destas informações, as utilizam como norteadoras para a construção da especificação técnica, da definição de requisitos mínimos de qualidade e desempenho do produto; ou, ainda, como orientador do planejamento e da adequação de unidades de atendimento com relação aos recursos materiais:

[...] Agora os levantamentos das UTIs, da Central de Esterilização, que saíram, são todas RDCs novas, a gente acompanha de perto, então a gente pega toda aquela normativa, leva para o enfermeiro da Unidade, para ver o que é necessário, o que nós temos e o que nós não temos, e em cima daquilo ali a gente traça metas para estar comprando, tanto materiais como equipamentos [...] GM5

A referida competência também se manifesta na padronização de novos produtos na instituição, ao angariar conhecimentos específicos sobre os materiais, processos de trabalho, na habilidade de julgar se o novo produto fará a substituição de itens disponíveis e para negociar sobre a implantação junto a outros membros da Comissão. Por fim, se manifesta também na atitude de prover novas tecnologias para o cuidado, e, assim, renovar o catálogo de produtos da instituição:

[...] a padronização de novos produtos, ela também ocorre na medida que, às vezes o representante me apresenta um produto que eu vejo, me parece interessante, ou da própria equipe de enfermagem que vem com essa demanda, então a gente tenta conciliar, e tenta padronizar. Mas eu estou padronizando uma fralda nova, e qual que nós vamos deixar de usar, ou é mais um produto? Então, a gente sempre procura ver, vai substituir um outro produto ou não? Por que eu faço parte da comissão de padronização, e nessa comissão tem todas as áreas com exceção da farmácia, então tem o pessoal da manutenção, da nutrição, então quando a gente leva esse pedido de padronização, a gente às vezes tem que levar isso meio pronto, com explicações de quem requisitou, para que passe pela comissão de padronização. Não temos tido grandes problemas em padronizar, o problema é a área física no almoxarifado, para armazenar esse produto, então a gente não está abrindo muito, porque a gente precisava fazer uma revisão, tem muita coisa no almoxarifado que já está um pouco fora de moda, digamos assim, poderíamos deixar de usar e de comprar, enfim, precisaria fazer uma revisão, uma reciclagem para estar introduzindo novos produtos [...] GM6

São referidos, ainda, como pertinentes a competência de gestão de recursos, os conhecimentos sobre os processos de compra próprios de órgãos públicos como a licitação sob a modalidade de pregão e do tipo eletrônico, uma vez que estes possuem legislação própria, com implicações para a execução das atividades do enfermeiro do GM:

[...] existe a parte de capacitação em licitação de órgão público, [...], trabalha-se pregões eletrônicos, modalidades de pregões, normatização, a forma de redação de um parecer técnico [...] GM3

[...] conhecimento em compras modalidade pregão eletrônico, [...] sobre compras, formas de licitação [...] GM8

A habilidade de negociação também é afirmada como importante para a competência de gestão de recursos. O reconhecimento da situação, agilidade no raciocínio para a proposição de soluções, interesse na resolução do problema, e a atitude de cordialidade no trato com os envolvidos são medidas para contornar o problema de modo a amparar e agradar ambas as partes envolvidas:

[...] por que muitas vezes você não tem o material naquele instante, para fornecer para o enfermeiro da UTI, citando assim um setor assim mais crítico. Às vezes naquele momento o enfermeiro pode nem entender, e diz 'mas como se eu preciso, como você não repôs o estoque, como você deixou faltar'; ele te aborda com uma expressão assim. E se você não tiver jogo de cintura, você vai entrar em conflito constantemente. [...] Eu geralmente deixo a poeira baixar, aí depois eu vou lá e abordo o enfermeiro: 'Olha não depende só de nós, da gestão de materiais, depende do setor de compras, está em falta". Aí eu vou explicar para o enfermeiro o porquê faltou um cabo de oximetria. Mas nesse intervalo, o que eu vou fazer? Eu vou tentar resolver. Então, se lá está faltando um monitor, eu não vou ficar discutindo no corredor com o enfermeiro porquê não tem, eu vou ver em outro setor a disponibilidade e, pego emprestado, e trago para o setor que está precisando. GM7

A situação acima relatada, apesar de rotineira no GM, é sempre geradora de estresse para equipe e gerentes. O emprego desta competência auxilia na condução dos conflitos, na proposição da melhor medida para ambas as partes e gera menor impacto para as atividades e desgaste para a equipe.

5.5 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O GM.

O desenvolvimento de competências para a atuação no GM foi vinculado pelos enfermeiros participantes da pesquisa à experiências vividas na prática profissional e na prática do GM em diferentes contextos. O quadro 7, abaixo, apresenta a síntese das categorias e subcategorias desta temática.

Experiência na prática profissional	Com o tempo de experiência na profissão Na prática assistencial Interesse pessoal
Experiência em atividades afins ao GM	Participação em atividades de Comissão de Padronização Em atividades junto a ANVISA Com outros enfermeiros do GM Com o profissional da Gerência de Risco Interesse pessoal e educação permanente

QUADRO 7 – COMO O ENFERMEIRO DESENVOLVE AS COMPETÊNCIAS REQUERIDAS PARA O GM.

FONTE: O autor (2013).

A primeira categoria a ser apresentada deriva dos achados sobre a importância da experiência na prática profissional para a aquisição das competências mandatórias no gerenciamento de materiais.

5.5.1 Experiências prévias na prática profissional

As experiências da prática profissional são oportunidades de aquisição de competências, especialmente quando congregadas com a educação permanente. Assim pensam os enfermeiros participantes da pesquisa, que elencaram a prática profissional, o desempenho de atividades assistenciais e o tempo de experiência nesta atividade como forma de aquisição de competência para atuar no GM:

[...] na verdade você deveria ter uma boa prática no atendimento ao paciente, e assim uma vivência, claro que não no ambulatório, teria que ser em uma unidade mais complexa, para você conhecer uma maior gama de materiais, para você poder opinar nas várias comissões, para você desenvolver o seu trabalho aqui, tendo essa visão do que é o material, de como deveria ser o descritivo, do que é uma cota exagerada e o que não é. [...] GM4

Para alguns profissionais o conhecimento técnico dos materiais e dos processos de trabalho que os envolvem está intimamente relacionado ao tempo de experiência deste na função assistencial.

Por que quando a gente é recém formado, você não tem muito a noção de custos, tipo de produtos e materiais, então o tempo de experiência é bem importante [...] GM2

[...] Na experiência do dia-dia, estou fazendo 30 anos de formada, então isso é uma bagagem que você vai adquirindo ao longo do tempo, e que isso é de uma preciosidade, pelo menos para mim não tem valor. GM6

Apontam ainda que a vivência em unidades críticas, detentoras de uma multiplicidade de recursos materiais e tecnológicos é uma grande oportunidade de aquisição de conhecimentos sobre os variados tipos de materiais e os processos de cuidado em que estão inseridos e para o desenvolvimento deste *know-how*:

[...] Então, estes 20 anos que eu tenho desenvolvido dentro de uma unidade de terapia intensiva, onde se usa em larga escala material de insumo médico-hospitalar e tecnologia de ponta [...] GM3

[...] eu fui enfermeira de UTI por 22 anos, de UTI pediátrica, então eu tinha uma experiência bem grande em relação aos diversos tipos de materiais, [...] esse conhecimento de material, de testar material, todo esse *know-how* a gente já praticava bastante [...] GM4

Este período de experiência na prática assistencial ainda oportuniza aos enfermeiros o exercício de atividades contíguas ao GM de materiais dentro das unidades, como o gerenciamento de estoques, as avaliações de produtos para compra, a participação em Comissões de Padronização e Tecnovigilância, entre outras. Atividades que, como disposto a seguir, também contribuem para construção deste *know-how* para o GM.

5.5.2 Experiência em atividades afins ao GM

Como dito anteriormente, a prática assistencial permite a participação em atividades afins ao GM e este, por sua vez, necessita desta inclusão de profissionais usuários de produtos para seu desenvolvimento. No entanto, há que existir um interesse pessoal pelo assunto.

Ocorrendo este interesse a possibilidade de realização das avaliações de produtos, de envolver-se em atividades da Comissão de Padronização de produtos, como discussões para inserção de novas tecnologias, permite aumentar a familiaridade com os recursos materiais, como relata o enfermeiro GM2, e se tornam fatores contribuintes para o desenvolvimento de competências pertinentes ao trabalho no GM:

[...] Eu era uma das que participava, então há muito tempo que eu gostava de fazer testes, avaliar os produtos, palpitar, reclamar, eu reclamava muito, eu era uma pessoa muito crítica, sou bastante crítica em relação a produtos e materiais [...] GM2

Nesta vivência da prática no GM há a possibilidade de contato com a ANVISA, órgão regulador da comercialização de produtos, que com orientações, cursos de aperfeiçoamento, manuais e legislação coopera na formação dos profissionais que atuam ou querem atuar no GM nas instituições de saúde:

[...] ter o contato com a ANVISA também acabou ajudando, até na questão de formação nossa, não é?! Para poder melhorar a questão de descritivo, orçamento, entender toda essa parte de legislação, que até então a gente conhecia, mas muito superficial [...] GM5

Ainda há menção sobre a permuta de conhecimento entre os profissionais envolvidos no GM com o profissional responsável pela GRH, que por coordenar as atividades de tecnovigilância, mantém uma proximidade dos enfermeiros atuantes no GM e a estes fornece orientações, além da ação do espelhar-se em outrem, referida pelo enfermeiro GM6, que utiliza exemplos de profissionais destacados, como referencial de atuação profissional no GM:

[...] Aqui eu recebi um treinamento local, do pessoal, das colegas de trabalho, foram ensinando o processo de trabalho como faz, como não faz [...] GM3

[...] Sempre teve uma enfermeira relacionada com a compra de materiais, então a gente sempre teve contato, já desde o início [...] GM4.

[...] A gente tem nosso gerente de risco, que me orientou bastante [...] GM8

[...] exemplos de outros profissionais que a gente se espelha [...] GM6

Além da possibilidade de aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências por meio da experiência cotidiana, os enfermeiros participantes da pesquisa relatam a necessidade do melhoramento por meio da educação permanente, e de existir um interesse pessoal para a busca de todos esses recursos.

Esse interesse pessoal predispõe a prática da pesquisa, da leitura e do estudo das normas, resoluções e periódicos, além da participação em eventos e cursos de atualização sobre materiais e gerenciamento de recursos nos serviços de saúde.

[...] também procuro ler bastante, a gente está sempre atualizado com as resoluções que vêm para a gente. Acho que um pouquinho é interesse pessoal também [...] GM5

[...] Cada produto, cada insumo, um equipo, um filtro de barreira, todos têm a sua legislação específica. Esse mundo era totalmente desconhecido para mim, bem leiga, estou estudando ainda, é uma parte muito técnica [...] Eu tenho que ficar lendo, procurando e perguntando às pessoas do setor e da unidade [...] GM3

[...] Então eu aprendi, a ler, a pesquisar, comparar, a ir atrás, a buscar, no começo não foi fácil [...] GM7

[...] E buscando qualificação em palestras, em seminários [...] eu fui fazendo cursos, cursos oferecidos pela receita, pelo próprio governo federal [...] encontros, que agora a gente tem encontro todo mês, [...] de todos os hospitais da rede sentinela e universitários do estado do Paraná, [...] então nesses encontros a gente vai adquirindo [...] GM8

A busca por atualização e conhecimento permite a troca de experiências e compartilhamento de soluções para problemas comuns a muitas instituições, além da atuação do enfermeiro no GM.

6 DISCUSSÃO

6.1 CONTEXTO DE INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE MATERIAIS

A análise das falas possibilitou recompor o fluxo do gerenciamento de materiais e apreender o contexto de atuação do enfermeiro. De maneira geral, elas demonstram que este é um setor que demanda profissionais com experiência e a ***inserção do enfermeiro no GM*** não é previamente planejada, mas ocorre como meio de reenquadramento funcional, principalmente para aqueles em reabilitação.

Segundo Teixeira e Mantovani (2009) o enfermeiro em condições limitantes de trabalho sente-se acolhido pela instituição quando lhe é possibilitado o exercício da profissão dentro de suas potencialidades e limitações, propiciando meios deste indivíduo expor suas opiniões, sentimentos e alcançar a realização e valorização por meio de seu trabalho. Infere-se que este reenquadramento do profissional em atividades de cunho burocrático ou administrativas (e nestas inclui-se o GM) somente será favorável ao profissional em reabilitação se forem consideradas as aptidões deste para o trabalho e as exigências da tarefa a ele designada. É desejável que ocorra um mínimo de compatibilidade entre ambos, ou então, que se observe no enfermeiro em questão um desejo de mudança que vá ao encontro desta nova atividade.

No processo de mudança é necessário haver a disponibilidade dos envolvidos para romper com conceitos estabelecidos, reconstruí-los diante da nova realidade e absorver novos conhecimentos, rotinas e regras (FREIRE *et al.*, 2010). Em contrapartida, se houver um sentimento de insatisfação gerado pela mudança, isto poderá acarretar baixos níveis de desempenho, ineficiência dos serviços em que está escalado e até sofrimento no trabalho.

Para Meneghini, Paz e Lautert (2011) o descontentamento do indivíduo frente ao trabalho executado torna-o menos sensível e responsável às cobranças. É frequente, então, a adoção de posturas irritadiças e de conflito permanente com colegas e chefias.

Em outra fala novamente se manifesta a inserção não planejada do enfermeiro no GM. Desta vez as atividades do GM são desempenhadas em acúmulo a outra função exercida na instituição, ou seja, ele não atua exclusivamente no gerenciamento de materiais, mas também em funções assistenciais e gerenciais; pelo entendimento da chefia de que as tarefas são complementares.

Esta concepção de complementaridade das atividades do GM a outras ações pode decorrer do fato de algumas delas já serem exercidas, rotineiramente, pelo enfermeiro nas unidades assistenciais, como demonstra o estudo de Hausmann e Peduzzi (2009) na qual nove entre dez enfermeiros relatam exercer atividades relacionadas ao gerenciamento de materiais, como controle, previsão e provisão de recursos.

Além disso o GM possui interface com outras áreas como Gerenciamento de Resíduos, Reprocessamento de Materiais, Segurança do Paciente e de Farmacoterapia (BRASIL, 2010b). Interface essa observada nessa pesquisa, na referência dos enfermeiros ao desenvolvimento de atividades referentes à Comissões afins ao GM, como a de Padronização, Tecnovigilância e Licitação.

Pondera-se que enquanto as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do GM forem relacionadas ao GM não haverá comprometimento da sua atuação. Ao contrário disto, pode ampliar os campos de discussão sobre os materiais, aproximar o enfermeiro do GM de outras áreas do hospital e expandir seu olhar sobre questões relativas à gerência. Do contrário, se não for visualizada a correlação entre os processos de trabalho, e aqui corroboramos com o versado por Silva *et al.*³ (1998 *apud* MARQUESE; MORENO, 2005), que afirma que o descontentamento com o teor do trabalho executado e/ou o acúmulo deste são fontes geradoras de estresse e que o aumento deste está diretamente relacionado ao grau de descontentamento apresentado.

Considera-se pertinente desta forma o não acúmulo de atividades de outras naturezas, senão as próprias do gerenciamento de materiais aos enfermeiros atuantes nesta função de modo que esta não gere sobrecarga e o impossibilite de atuar no maior número possível de etapas do GM.

³ SILVA, G. C.; FERREIRA, J. C. M.; YAMAOKA, T. **Stress e trabalho**. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

Os resultados da pesquisa ainda atrelam a inserção do enfermeiro no GM à sua experiência prévia em atividades afins ao processo, as quais conferiram certo *know how* sobre os materiais médico-hospitalares. Em resgate aos dados do perfil dos participantes da pesquisa, verificou-se que a maioria (06, 75%) têm histórico de atividades assistenciais em unidades de alta densidade tecnológica (Pronto Socorro, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico), o que permite a dedução que estes setores, quando comparados com outras unidade de cuidado, comportam contato com maior variedade de recursos materiais e tecnológicos do que os demais setores, e, desta forma, possibilitam o desenvolvimento de competências oportunas ao GM.

Considerando o achado e que a aquisição do conhecimento não é um ato passivo, mas que se encontra fundamentado na reflexão de conceitos, contextualização e submissão à prova no cotidiano do aprendiz (PERRENOUD, 1999b), ou seja, que provem da sua experiência e que o enfermeiro “aprende a partir da prática [...] através da prática [...] para a prática” (ASSAD; VIANA, 2005, p. 591). Entende-se que considerar as experiências prévias do enfermeiro em atividades que fazem parte do GM, bem como seu desempenho e envolvimento nelas, antes da alocação do profissional nos serviços de GM, seja uma maneira mais propícia de inserção do enfermeiro no GM.

Os relatos de inserção e desenvolvimento das atividades do GM, somados à reconstrução dos fluxogramas referentes a esse processo, permitiram deduzir algumas questões sobre a **amplitude de atuação dos enfermeiros no GM**, como o alcance e a magnitude das ações desempenhadas, examinadas respectivamente pela quantificação do número de etapas do GM em que o enfermeiro atua e o nível da tomada de decisão e autonomia para tal.

Os fluxogramas e as falas dos enfermeiros permitem inferir que a amplitude do trabalho na atividade sofre influência direta dos seguintes condicionantes: status de dedicação (exclusiva ou não-exclusiva), tempo de médio de formado (21 anos) e o tempo médio de atuação no GM, de 4 anos.

Com relação ao tempo de formado, média de 21 anos, corrobora com este achado um estudo realizado por Santos e Castro (2010) em análise do perfil de enfermeiros em função administrativa de HU, no qual também foi constatado um tempo médio de formado de 21 anos. Segundo os autores, isto indica a opção por profissionais com considerada experiência profissional para o desenvolvimento de

atividades de gerenciamento; uma vez que acredita-se que estes sejam mais habilitados às atividades de planejar, organizar, coordenar e dirigir serviços.

Acredita-se que o mesmo pode ser aplicado ao fator tempo médio de trabalho no GM, visto que quanto maior o tempo de trabalho numa mesma atividade, maiores são as chances de aperfeiçoamento na temática e na probabilidade de desenvolvimento de competências próprias à função por meio da apropriação de conhecimentos articulados às experiências vivenciadas.

Sobre a dedicação exclusiva às atividades no GM fora explicitado anteriormente que o acúmulo de trabalho é fonte geradora de estresse. Infere-se que essa situação pode ser agravada se este acúmulo for decorrente de atividades aleatórias, que inviabilizam a atuação do enfermeiro nas demais etapas do GM, restringindo-o às de maior urgência ou pressão institucional, como a compra e o controle de produtos com desvios de qualidade, por exemplo.

Com base nos fluxogramas reconstruídos verificou-se que os profissionais em dedicação não-exclusiva participaram de apenas duas etapas do GM. Em contrapartida, os que atuavam exclusivamente conseguiam desenvolver ações entre três e quatro das etapas.

O fluxo de atividades do GM do Hospital C chama a atenção pelo destaque dado às ações pertinentes às etapas de Compra e Controle, caracteristicamente de cunho imediatista, que possuem a intenção de abastecer a organização e resolver aspectos relativos à qualidade e falta de itens. Não são visualizadas ações de planejamento e melhoria do processo, nem participação do enfermeiros na tomada de decisão nos níveis tático e estratégico do GM.

Estudos desenvolvidos por Souza e Soares (2006) e Almeida *et al.* (2011) apontam que os enfermeiros, durante o desenvolvimento do trabalho gerencial, em resposta às pressões assistenciais e administrativas, privilegiam o planejamento de ações de curto prazo e abordagem operacional, enquanto o planejamento de ações de longo e médio prazo é negligenciado.

Nos Hospitais D e F, por sua vez, na representação do seu fluxo de atividades do GM, visualiza-se um avanço na sistematização do processo, o que amplia a participação do enfermeiro e sua inserção na etapa de programação e nos processos de tomada de decisão nos níveis tático e estratégico por intermédio da Comissão de Padronização.

Salvo então o Hospital C, todos os demais HE contam com a participação dos enfermeiros na etapa de Programação das compras e planejamento das ações do GM, o que lhes confere oportunidade de participar das discussões em busca de melhores alternativas para o GM e, por conseguinte, do processo de tomada de decisão. Legitima-se o achado no discurso de Castilho e Gonçalves (2011), que afirmam:

A atuação do enfermeiro na administração de recursos materiais constitui conquista nas esferas da tomada de decisão, destacando, portanto, o importante papel do enfermeiro na dimensão técnico-administrativa inerente ao processo de cuidar e gerenciar, e não apenas na concepção de mais uma atividade burocrática que não agrega valor à profissão e ao cuidado. (CASTILHO; GONÇALVES, 2011, p. 166)

Entende-se por tomada de decisão o movimento de escolha pelo qual se avalia, pondera e considera uma dentre muitas possibilidades de deliberação no intuito de assumir a mais adequada ao alcance de uma meta (CIAMPONE, 1991). Ciampone (1991) alude à tomada de decisão na prática cotidiana do enfermeiro, que pode ser reconhecida nas ações de natureza educacional, assistencial ou gerencial. Guimarães e Évora (2004), por sua vez, versam que a tomada de decisão é o papel que distingue o profissional do gerenciamento, e que deve ser desencadeada com base numa sequência de ações sistematizadas, nas quais se desenvolve estudo do problema. Considera-se todas as informações possíveis e pertinentes antes de assumir uma posição e a determinação de um ação.

Nesse sentido, destaca-se a recomposição delineada pelos enfermeiros dos Hospitais H, J e K dos processos de planejamento e tomada de decisão para o GM, bem esquematizados, com grande riqueza de detalhes e que apresentam a atuação do enfermeiro em várias etapas. Deduz-se, por meio da análise destes fluxogramas, que o enfermeiro está presente na tomada de decisão nos níveis operacional e tático, nos quais possui autonomia para deliberar. No nível estratégico o enfermeiro também se faz presente no processo de tomada de decisão. No entanto, ela ocorre de maneira indireta: sua opinião se dá mediante a interlocução de outros atores institucionais, como a Comissão de Padronização de Produtos e a Comissão de Tecnovigilância.

Sobre a mediação das comissões nos processos de tomada de decisão e o processo de tomada de decisão grupal, Marcon (2006) relata a dificuldade do enfermeiro em solicitar auxílio a profissionais de outras áreas, o que limita a

interdisciplinaridade, tão importante à exploração de problemas multifacetados comuns aos hospitais. Por sua vez, o Manual de Pré-qualificação de Produtos emitido pela ANVISA respalda esse formato de tomada de decisão no GM por considerar que isto oportuniza espaços de diálogo entre as esferas assistenciais e administrativas, assim como estimula a interdisciplinaridade, a construção e a replicação do conhecimento (BRASIL, 2010b).

As condições de inserção e participação do enfermeiro no GM e nas ações de planejamento apresentam íntima relação com a cultura organizacional dos hospitais pesquisados. Verifica-se que a ocupação de espaços no GM e nas esferas mais elevadas da tomada de decisão é um processo em construção para o enfermeiro que é alicerçado na experiência acumulada no uso dos materiais e no conhecimento dos processos de trabalho dos HE.

É importante ressaltar que os fluxogramas apresentados são fruto das falas dos participantes da pesquisa e que se acatou fielmente os relatos na reconstrução do processo. Sob esta perspectiva as informações apresentadas podem variar das propostas em documentos e rotinas das instituições, uma vez que os dados coletados não foram confrontados com os existentes nos serviços, o que considera-se um fator limitante da pesquisa. Por outro lado, acredita-se que ao centrar a análise na percepção do enfermeiro para a recomposição do fluxograma do GM foi possível captar o seu entendimento e imersão nesse processo.

6.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NO GM

Como segunda categoria temática, extraiu-se das falas dos enfermeiros as atividades por eles desempenhadas no processo de GM nos HE, as quais serão discutidas respeitando a fase correspondente e a ordem cronológica destas. Foram descritas atividades para quase a totalidade das etapas do GM, com exceção da etapa de recepção, para a qual não foi descrita nenhuma ação.

O modelo de referência para o processo de GM aqui utilizado é o proposto por Castilho e Gonçalves (2011) e divide-se em **Programação, Compra, Recepção, Armazenamento, Distribuição e Controle**.

Isto posto, iniciar-se-á pela etapa de **Programação**, para a qual foram referidas as atividades de **previsão de recursos materiais, gerenciamento de banco de dados de produtos, participação em comissões afins ao GM, padronização de rotinas de avaliação de produtos e elaboração de termos de referência.**

A **previsão de recursos materiais** é desenvolvida pelos participantes na alocação e adequação de recursos de unidades em funcionamento para ampliação destas ou abertura de novas unidades. O dimensionamento do quantitativo de materiais fornecidos a cada unidade para determinado período é balizado pelo enfermeiro do GM com base no histórico de consumo do item e do volume de atendimentos realizados, além de justificativas técnicas dos coordenadores de setor para inclusões, exclusões ou aumento de quantitativo dos itens.

Segundo Oliveira e Chaves (2009) a previsão de recursos materiais necessários ao funcionamento das unidades é tarefa corriqueira no cotidiano dos enfermeiros e é desempenhada com a finalidade de garantir condições adequadas ao desenvolvimento da assistência aos pacientes.

No entanto, a prática distributiva baseada na “experiência” de consumo pode gerar um ciclo cumulativo e danoso ao GM. Este ciclo compõe-se por pedidos em excesso, seguidos de requisições parcialmente atendidas e pedidos cada vez maiores na tentativa de contemplar o necessário ao atendimento. Em consequência, tem-se um desequilíbrio do processo com a formação de estoques periféricos, como meio de garantir o abastecimento da unidade e a continuidade da assistência aos pacientes (VECINA NETO; REINHART FILHO, 1998).

Os trabalhos que abordam essa atividade aludem à necessidade de adoção de bases metodológicas que sustentem o dimensionamento de forma racional. Verifica-se que uma alternativa encontrada pelos hospitais é a adoção de sistemas de gerenciamento informatizados, nos quais essa perspectiva da previsão de recursos é facilitada, bastando aos serviços de almoxarifado e centros de abastecimento a alimentação dados fidedignos e análise das informações geradas (SERAFIM, 2005; CASTILHO; GONÇALVES, 2011; GARCIA *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2012).

O dimensionamento de recursos também foi relatado como meio de atender à prerrogativas legais e sanitárias que regulamentam o funcionamento de serviços específicos. A ANVISA, de modo a determinar os requisitos mínimos ao funcionamento dos serviços, expede normativas como a RDC nº 7/2010, que dispõe

sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva; a RDC nº 15/2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, além da NR 32, e tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2005b; 2010c; 2012).

Considera-se esta perspectiva como um avanço na atividade do dimensionamento por tratar-se de atividade metodicamente fundamentada e orientada que ampara o enfermeiro do GM na elaboração de projetos e no planejamento de aquisição de recursos materiais. Ainda assim acredita-se que faltam aos participantes da pesquisa ferramentas gerenciais mais apuradas e confiáveis para a previsão dos recursos.

Ainda foram relatadas, para o período que antecede as compras, atividades referentes ao **gerenciamento do banco de dados de produtos** disponível nos HE. Entre as ações desempenhadas pelos enfermeiros do GM estão a revisão bienal dos itens cadastrados, o cadastro de novos itens e a confecção de descritivos técnicos. Segundo as falas, a centralização destas atividades nos enfermeiros possibilita a análise e a filtragem de sua solicitação, o que reduz a chance de duplicidade e ainda possibilita que este seja alimentado com a maior fidedignidade possível.

A atividade encontra-se descrita no Manual de Pré-qualificação de Produtos da ANVISA e, diferentemente do achado acima descrito, o documento sugere que as ações referentes ao banco de dados sejam desempenhadas pela Comissão de Materiais e não pelo enfermeiro. Diante disso, acredita-se que afim de otimizar o tempo disponível aos trabalhos da Comissão e os recursos humanos envolvidos, o desempenho dessa atividade tenha sido transferido aos enfermeiros do GM nas instituições cenário da pesquisa.

Durante a manutenção deste banco de dados ocorre necessidade de inclusão de novos itens e, conseqüentemente, o enfermeiro necessita de confeccionar os descritivos técnicos dos produtos. Os participantes relatam a importância de descrever os itens com riqueza de detalhes, porém, sem que esta promova o direcionamento da compra e a redução de competitividade no processo licitatório.

Segundo Garcia e colaboradores (2012) e Brasil (2010b) a melhoria dos processos de compra está nas descrições mais detalhadas, claras e apropriadas à finalidade de uso. Paulus Jr. (2005), por sua vez, afirma que especificações incompletas podem ter razão no distanciamento entre quem compra e quem utiliza,

pois cada qual com sua formação tem a construção de diferentes entendimentos de um mesmo material. Já Chaves e Oliveira (2009) apontam para a participação do enfermeiro na atividade e, em específico, para a participação de enfermeiros assistenciais e usuários dos materiais.

Espera-se que o desenvolvimento do descritivo pelos enfermeiros do GM possa atender à duas destas proposições: à abordagem de aspectos mais funcionais e qualitativos dos produtos nas descrições e à aproximação da área de compra com a área de uso do material, incentivando inclusive que o enfermeiro das unidades se envolva nesse processo e manifeste suas necessidades.

Esta aproximação das áreas de administração e assistencial é possível com a **participação em comissões afins ao GM**, atividade integrante da rotina de todos os enfermeiros do GM. São considerados importantes ambientes de discussão multiprofissional para a padronização de novos materiais, novas tecnologias, reprocessamento de artigos, gerenciamento de resíduos, entre outros assuntos que, segundo os entrevistados, impactam diretamente no GM dos hospitais.

Para Chaves e Oliveira (2009) a formação de comissões mistas, área administrativa e área técnica, com profissionais que desencadeiam os processos de compra, melhora a organização do trabalho. É desejável que as comissões sejam compostas por grupos representantes das diferentes profissionais, técnicos enfermeiros, farmacêuticos, médicos e administradores; e de diferentes áreas do hospital: almoxarifado, licitação, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade Pediátrica e Ambulatório, além da Gerência de Risco (GR) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) (BRASIL, 2010b).

Outra atividade extraída do discurso, que enquadra-se na etapa de programação, é a **padronização de rotinas de avaliação**, que instrui a avaliação de produtos em dois momentos: o primeiro interno, quando o enfermeiro do GM verifica se o produto atende a requisitos mínimos dispostos no descritivo; no segundo, nas unidades de internação, orientando a equipe técnica assistencial para que faça as avaliações dentro de um mesmo padrão e emita o parecer após o uso dos produtos.

Assim como em outras atividades do GM, poucos são os registros na literatura concernentes à padronização de rotinas de avaliação. Fora observado o disposto na Lei de Licitação nº 8.666/93, art. 40 alínea VII, orientando que o edital deverá contemplar critérios para julgamento do objeto licitado de forma clara e com parâmetros objetivos, e o Decreto 5.450/2005 que regulamenta a licitação na

modalidade Pregão. Em seu art. 2º orienta que o julgamento das propostas deverá ser realizado mediante critérios objetivos, de acordo com as especificações técnicas exigidas, os requisitos de qualidade e desempenho recomendados em edital (BRASIL, 1993; BRASIL, 2005a).

Compreende-se que esta ação confere credibilidade ao processo de gerenciamento de materiais e aos profissionais que o coordenam, pois sistematiza a atividade avaliativa, equipara o tratamento dado aos produtos de diferentes marcas, o que reduz as chances de possíveis vieses e contestações dos fabricantes e/ou fornecedores. Este posicionamento é especialmente relevante para os HE de caráter público, que estão sujeitos à regulamentação das compras pela Lei de Licitações e Contratos e para os profissionais que neles atuam.

Todo o trabalho desempenhado na etapa de programação encontra-se compilado e exposto na **elaboração do termo de referência**. Segundo as falas, neste documento o enfermeiro do GM explicita a descrição técnica dos produtos, métodos de avaliação, cláusulas especiais de fornecimento, como a entrega de equipamentos em comodato⁴, e pelo qual se subsidia a elaboração do edital de licitação.

De acordo com o Decreto nº 5.450/05 o termo de referência deve ser elaborado pelos setores requisitantes e contemplar elementos como a descrição técnica do objeto, os critério de julgamento e aceitação deste, além dos deveres do contratante e do contratado (BRASIL, 2005a).

Entende-se este como um momento único para o enfermeiro do GM nos HE públicos. O enfermeiro do GM, ao participar da elaboração deste documento, tem a chance de manifestar todas as necessidades e anseios dos usuários sobre os produtos. A administração, por sua vez, ao acatar essas necessidades durante a confecção do edital de licitação e do contrato com os fornecedores eleva a probabilidade de adquirir itens que atendam os pacientes e profissionais com pertinência, qualidade, segurança e o melhor preço.

Já na etapa de **Compra** a atividade referida e executada pelos enfermeiros do GM é a **avaliação de produtos**, que ocorre durante o processo licitatório, no processo de pré-qualificação de produtos e em parceria com os usuários nas unidades assistenciais. Para seu desempenho são recrutadas informações produzidas nas

⁴ Contrato pelo qual alguém entrega a outrem algo infungível, para que este dela se utilize, gratuitamente, com o encargo, porém, de restituí-la depois (WEISZFLOG, 2009).

etapas de programação (elementos do banco de dados de produtos e o termo de referência) e na etapa de distribuição e controle (dados de eventos adversos e desvios de qualidade registrados pela Tecnovigilância).

Durante a licitação a avaliação de produtos deve contemplar as dimensões técnica, legal e funcional do item em processo e da empresa interessada em fornecê-lo. Para tal, o avaliador deve estar amparado na legislação vigente de órgãos como a ANVISA, MS e Código de Defesa do Consumidor. Neste momento, ainda deve-se investigar o histórico do produto, dentro e fora do serviço, resgatando registros de queixa técnica e eventos adversos da Gerência de Risco do hospital e do sistema NOTIVISA nos Alertas de Tecnovigilância (BRASIL, 2010b).

Reconhece-se nesta etapa uma convergência de informações provenientes de diferentes fases do GM, por isso a importância do enfermeiro estar a par de outras fases do processo, uma vez que todas contribuem e influenciam na tomada de decisão, que finda com a triagem de produtos para compra.

Este reconhecimento da cadeia do GM em seu todo, de poder contar com o envolvimento do enfermeiro no maior número de etapas possível e da necessidade de múltiplas informações para a tomada de decisão reforçam a hipótese de que a melhor alternativa para a função seria a dedicação exclusiva deste profissional ao GM. Mesmo aqueles com dedicação exclusiva afirmam solicitar auxílio na execução das avaliações de produtos, em especial no que compete quesitos de funcionalidade.

Em todos os hospitais pesquisados, então, observou-se a parceria entre os enfermeiros do GM com os usuários das unidades assistenciais. Os avaliadores, enfermeiros e outros profissionais assistenciais são selecionados de acordo com o perfil de consumo do material, conhecimento do produto e processos de trabalho nos quais são requeridos. Sequencialmente à emissão dos pareceres, estes são analisados pelos enfermeiros do GM, ponderados e, em caso de divergência, levados para discussão com a Comissão de Padronização onde é emitido o parecer final.

Segundo Chaves e Oliveira (2009) muitas vezes o enfermeiro usuário dos produtos é deixado à margem dos processos de compra, desconhecendo por completo o seu andamento. Infante e Santos (2007) afirmam que comprometer o profissional com a triagem crítica e responsável dos produtos por ele utilizados, vislumbrando o seu efeito na saúde do paciente, é sempre uma boa medida para o alcance da qualidade no serviço. Honório e Albuquerque (2005) apontam que os profissionais de enfermagem são conscientes de sua corresponsabilidade no GM e

acreditam que podem promover mudanças caso haja maior sensibilização da equipe para integrar-se ao processo.

Entende-se que esta integração no momento da avaliação e seleção de produtos para compra, permite valorizar o conhecimento e a opinião dos profissionais que os utilizam, atendendo-os dentro das suas reais necessidades, mas é importante principalmente ao torná-los corresponsáveis na efetivação de compras bem sucedidas. Acredita-se, ainda, que essa aproximação fortaleça o processo de gerenciamento e a figura do enfermeiro do GM como elo entre as instâncias assistenciais e administrativas dos HE.

No hospital K, em alternativa à avaliação de artigos durante o certame dos processos licitatórios é adotada a modalidade de avaliação por meio da pré-qualificação de produtos, que estabelece a análise destes antes da licitação e pela qual apenas as marcas qualificadas podem concorrer nas disputas de preço.

A modalidade encontra-se regulamentada no Estado do Paraná pela Lei Estadual nº 15.608/07, que define o uso de instrumento convocatório, edital de chamamento para o recrutamento de empresas interessadas em vender seus produtos à instituição. Decorrida a etapa de avaliação o órgão lança novo edital que divulga as marcas aprovadas e pré-habilitadas a participar de futuros processos aquisitivos (PARANÁ, 2007).

Segundo Justen Filho (2011) a pré-qualificação de produtos é ferramenta útil à seleção de produtos com qualidade satisfatória e ao aumento da celeridade do processo licitatório. Pode, ainda, segundo o Manual de Pré-Qualificação de Artigos Médico-hospitalares (BRASIL, 2008b), servir como estratégia de gerenciamento de risco na Tecnovigilância, o que valoriza a qualidade dos insumos e o respeito aos direitos do consumidor – o paciente e o profissional.

Observa-se, neste tipo de avaliação de produtos, uma avanço na prática do enfermeiro do GM, ao antecipar suas ações de seleção de fornecedores ante as necessidades de recursos materiais dos HE, priorizando desta forma o planejamento em detrimento das ações de cunho imediatistas.

Com relação a etapa de **Armazenamento**, apenas em um dos HE foi observada a atuação do enfermeiro do GM, que volta-se à educação permanente da equipe do setor de almoxarifado para o armazenamento adequado dos materiais.

A manutenção da viabilidade de uso dos itens, até sua distribuição para as unidades, encontra-se fundamentada nas condições de armazenagem, no

atendimento a controles rigorosos de temperatura (máxima de 25°C), umidade, ventilação e iluminação, bem como na proteção contra roedores, insetos e parasitas. A adoção de layout otimizado, que agrupe os itens similares, permita a visualização e identificação rápida dos lotes e prazos de validade, dispondo aqueles com vida útil mais curta na parte frontal e a esquerda do bloco de armazenamento, também favorecem o bom desempenho da equipe em um GM (VECINA NETO; REINHART FILHO, 1998).

Percebe-se como importante a orientação da equipe responsável pelo armazenamento para as condições de guarda dos produtos. No entanto, conforme relatado pelos enfermeiros, é comum a armazenagem de materiais nas unidades assistenciais, ainda que por curtos períodos de tempo. Assim a inobservância aos parâmetros acima mencionados põe em risco a viabilidade e a segurança dos insumos. Acredita-se, desta maneira, ser imperativa a expansão das atividades de orientação para os demais departamentos onde ocorre a estocagem de materiais, bem como a adoção desta prática pelos demais enfermeiros do GM que ainda não a realizam.

Na etapa de **Distribuição** e **Controle** as atividades do enfermeiro no GM centram-se na vigilância de produtos pós-compra – **Tecnovigilância**. Nesta temática são executadas atividades de recebimento de queixa técnica, análise de queixa técnica, medidas de contenção, resolução das queixas, notificação do produto no NOTIVISA e uso das informações da tecnovigilância para seleção de fornecedores e controle de qualidade de produtos.

Conforme achados da pesquisa de Bezerra e colaboradores (2009) os profissionais de enfermagem respondem pelo maior volume de notificações de eventos adversos no hospital sentinela, sendo 35% realizadas por enfermeiros e 14% emitidas por técnicos de enfermagem. Gil (2011) constatou que a participação dos enfermeiros pode chegar a até 81% das notificações e a categoria de enfermagem como todo a 92%. Kuwabara, Évora e Oliveira (2010) ressaltam que é por meio do recebimento de notificações de queixas técnicas e de eventos adversos que o Gerenciamento de Risco Hospitalar (GRH) e a ANVISA, Tecnovigilância, têm acompanhado os problemas relacionados ao uso de materiais e equipamentos para a saúde no país.

Segundo Gil (2011) as notificações de queixa técnica podem ser adotadas como indicador de qualidade para o GM, pois expressam os problemas enfrentados durante o uso dos produtos, e portanto devem ser devidamente investigadas.

Foi constatado nas falas que o recebimento da queixa técnica pelo enfermeiro do GM é desencadeador de ações de investigação. Este profissional, de posse das informações do banco de dados de produtos, realiza a rastreabilidade do item com base na marca, modelo, lote, quantitativo ainda disponível em estoque e as unidades de internação que receberam o produto. Busca-se a verificação de outras ocorrências e mais informações junto aos usuários para por fim, sob amparo desses subsídios, avaliar e dar provimento a queixa, seja como evento adverso ou como desvio de qualidade de produto.

Harada e Pedreira (2013) versam que a responsabilidade de comunicar as ocorrências só não é maior do que a da análise das notificações e que estas, por sua vez, antes de implicar na culpabilização dos responsáveis devem promover a melhoria dos processos e a prevenção de outros eventos similares.

Os enfermeiros do GM relatam que a depender, então, dos resultado das investigações, encaminhamentos para resolução e limitação do problema são tomados como a capacitação da equipe a retenção e solicitação de troca de lote do produto, notificação da queixa ou evento adverso no NOTIVISA, notificação da empresa e, se necessário, troca de fornecedor, o que pode implicar, ainda, em abertura de processo administrativo para ressarcimento das perdas aos cofres da instituição.

Segundo Gil (2011) a possibilidade acenada de notificação do produto no NOTIVISA e da exclusão dos itens do catálogo da instituição promoveu uma mudança de postura nos fornecedores que, temerosos, passaram a dar mais atenção às queixas realizadas pelo hospital. Cavalcanti e Martens (2013, p. 13) corroboram e afirmam que as ações de GRH contribuíram para a melhoria dos processos de compra institucionais e a redução do “comportamento oportunista” de alguns fornecedores nas aquisições, assim como da diminuição do número de aquisições mal sucedidas e dos risco que estas podem gerar.

O alcance de resultados positivos como estes com o GRH ainda é bastante dependente da cultura dos profissionais em notificar os problemas vivenciados com produtos para a saúde. Segundo Bezerra e colaboradores (2009) este é um processo

gradativo que depende da capacitação dos profissionais envolvidos e do comprometimento destes com o programa de gerenciamento de riscos no hospital.

Além das ações que podem ser enquadradas entre as etapas do gerenciamento de materiais verificou-se nesta pesquisa o desenvolvimento de outras atividades pelo enfermeiro do GM: a educação permanente da equipe e a elaboração de projetos para a captação de recursos junto ao governo.

As falas dos enfermeiros participantes da pesquisa apontam que a **educação permanente da equipe** no gerenciamento de materiais tem assumido importante papel no GM. Ao ser utilizada como ferramenta para a implementação das rotinas de avaliação para preparar os usuários/avaliadores para o teste de novos produtos, para a utilização e controle de qualidade dos produtos já adquiridos pela instituição e a formação de novos profissionais para as atividades do GM é apontada como atividade indispensável, acima de tudo, para a promoção do uso racional de recursos materiais nos HE.

A capacitação nas empresas deixou de ser apenas voltada à redução de danos e custos; Segundo Peres, Leite e Gonçalves (2011) almeja-se agora o preparo para o enfrentamento das mudanças na organização, com iniciativa e capacidade de contribuir com o desenvolvimento da empresa. Segundo os mesmos autores, compreende-se a educação continuada como:

[...] processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para a profissão e para a sociedade. (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2011, p. 138)

Segundo Oliveira e Chaves (2009) é importante o desenvolvimento de capacitações que possibilitem ao enfermeiro e sua equipe utilizar os materiais de maneira racional ao prestar os cuidados com qualidade e segurança ao menor custo à administração.

Com relação aos conhecimentos sobre o gerenciamento de materiais, em estudo Grossi e Bitar (2011) apontaram que 46% dos enfermeiros consideraram muito importante a realização de treinamentos nessa temática. No entanto, 86% deles afirma nunca ter participado de uma capacitação deste gênero.

Sobre o impacto da educação continuada nas ações de controle de materiais Primo e Capucho (2011) verificaram que após a implementação de práticas

educativas com os profissionais de um hospital de ensino houve um acréscimo de 225% no número de notificações voluntárias e uma elevação de 53% na média anual de notificações. A prática educativa igualmente pode ser ferramenta para conscientização dos usuários para a importância do envolvimento de cada integrante da equipe para o controle da qualidade dos materiais e à promoção de um ambiente seguro para pacientes e profissionais.

Gil (2011) resgata em seu trabalho o compromisso que os hospitais de ensino têm com a formação de profissionais, afirmando que educações continuadas sobre o gerenciamento de materiais devem fazer parte da construção dos currículos, o que promove a constituição de um profissional consciente com os custos em saúde, qualidade dos produtos e a segurança dos pacientes e trabalhadores. Acredita-se que a educação continuada voltada para o GM e o uso racional dos insumos deve ser parte da prática diária do enfermeiro, meio de disseminação de conhecimento e reconhecimento do profissional na atividade.

Por fim, a última atividade executada pelo enfermeiro do GM e manifestada nas falas dos entrevistados: compreende a **elaboração de projetos para captação de recursos**, atividade diferenciada, pode até ser confundida como pertinente à etapa de programação do fluxo de atividades do GM, mas não o é, ela antecede essa etapa e está relacionada ao planejamento estratégico de uma organização pública.

Ocorre que, diferentemente da **Programação**, onde os recursos para compra de materiais já estão ditos como "em caixa", na submissão de um projeto há possibilidade acenada de recurso. Entretanto, para poder tê-lo as instituições e seus gestores devem atuar num processo de convencimento ou fundamentação do projeto para que os órgãos superiores da administração pública acatem a proposta e destinem o montante para sua execução.

Nesta atividade são levantadas as necessidades do hospital. De modo geral, as estimadas como de médio e longo prazo. Instrui-se o processo com justificativas técnicas e legais e aguarda-se para que, havendo sucesso na investida, a liberação dos valores ocorra. Só a partir de então inicia-se a etapa de programação da compra dos itens pleiteados no projeto.

O enfermeiro, ao ser incluído nessa ação, utiliza seus conhecimentos técnicos referentes às normativas específicas para funcionamento dos serviços já descrito anteriormente, aliados ao perfil da clientela atendida, e, por fim, das metas

assistenciais que se pretende atingir com o investimento solicitado, com a finalidade não só de motivar, mas sustentar de maneira contextualizada o pedido de recursos.

O envolvimento do enfermeiro do GM na elaboração de projetos torna possível o reconhecimento deste profissional como consumidor dos materiais e alguém que detém conhecimento sobre os mesmos e está apto a argumentar e ponderar pela melhor escolha nos processos aquisitivos e no planejamento estratégico do GM.

Considera-se então pertinente a atuação do enfermeiro nas diferentes etapas do GM em decorrência da sua capacitação para as atividades de gerenciamento que lhe permitem atuar em favor da otimização dos recursos disponíveis, além de, por estar próximo aos demais enfermeiros, cooperar para a instrução e conscientização destes para o uso racional de recursos.

6.3 COMPETÊNCIAS REQUERIDAS DO ENFERMEIRO NO GM

Os achados da pesquisa revelam que o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro no GM requer a mobilização de competências como a **Gestão de recursos, Trabalho em equipe e Planejamento e organização**.

O sucesso do fluxo de atividades do GM encontra-se pautado, em boa parte, no desenvolvimento do seu planejamento adequado. Para tanto, por meio das falas dos enfermeiros, foi observado que a competência para o **Planejamento e organização** é umas das competências demandadas no trabalho do enfermeiro.

Segundo o Projeto Competências (COREN/SP, 2009, p. 12), desenvolvido pelo Conselho de Enfermagem de São Paulo, esta competência é a “capacidade de planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégico, tático e operacional da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe”. Para Jorge (2012, p. 1020) o planejamento é o “instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.”

No desempenho desta competência os enfermeiros do GM reconhecem a importância do conhecimento das metas da organização e o alinhamento destas com o planejamento das ações do GM. Gelbcke e colaboradores (2006) propõem que a enfermagem, ao conceber o planejamento estratégico para suas ações, assuma a organização como um todo, reconhecendo seu contexto interno, externo e sua missão, de modo a estabelecer táticas e alternativas compatíveis com essa realidade e ao mesmo tempo constituir novas perspectivas para o seu futuro.

Segundo Parra e Alves (2011) além do conhecimento sobre missão, visão e valores da organização no exercício desta competência, conhecimentos sobre a legislação, organograma, técnicas de negociação, de planejamento e planejamento estratégico são necessários, conta-se ainda com as habilidades para avaliação situacional, comunicação, persuasão, liderança e atitudes como iniciativa e comprometimento.

Entende-se que o enfermeiro, ao mobilizar essa competência para a elaboração das ações do GM, deve envolver todos os usuários de produtos. Acredita-se que cabe a ele contribuir, por meio do compartilhamento de conhecimentos sobre a legislação que abrange os produtos para a saúde, o planejamento estratégico da instituição e o organograma da mesma. Em contrapartida a equipe técnica assistencial poderia subsidiar essa construção com informações sobre a problemática vivenciada no uso dos materiais, as possíveis soluções e com o seu comprometimento, de modo que as medidas delineadas sejam postas em ação.

Para Jorge (2012) o planejamento participativo, como proposto para o GM, tem o poder de aglutinar pessoas e grupos e, por meio deste, os indivíduos começam a entender e conviver com os anseios dos seus pares nas instituições. Segundo Lanzoni e colaboradores (2009) os envolvidos se percebem como corresponsáveis nas decisões e passam a enfrentar as dificuldades independentemente dos resultados alcançados, o que denota maior comprometimento das pessoas com a organização.

Embora a gestão de custos tenha sido pouco referenciada nos discursos dos enfermeiros como atrelada as ações de planejamento infere-se que esse, ao vincular o planejamento das suas ações ao plano de ações do hospital, tenha consciência do impacto sobre o orçamento que os recursos materiais provocam e entenda que a construção de planos desalinhados das metas organizacionais ou fora da sua realidade de financiamento culminará com a frustração das ações, desabastecimento do serviço e descontinuidade da assistência.

Observa-se, ainda, a participação deste profissional nos diferentes níveis de planejamento e tomada de decisão, em especial no nível estratégico, que decorre da pertinência das propostas dos enfermeiros, da organização que eles imprimiram ao trabalho no GM e do reconhecimento disto pelos gestores dos hospitais de ensino.

Oliveira e Schilling (2011) asseveram que os gestores dos hospitais, ao reconhecerem as competências dos profissionais técnicos, aliviam as tensões naturais a estas instituições, derivadas dos conflitos entre a área administrativa e assistencial do hospital. No modelo de gestão “guarda-chuva” o gestor delimita as diretrizes e o negócio do hospital. As ações e o planejamento de ordem técnica ficam a critério dos profissionais desta categoria, que as esboçam de acordo com os princípios da sua prática profissional. Para atuar nesta nova dinâmica de planejamento Lima, Haddad e Sardinha (2008) relatam a necessidade de um enfermeiro com conhecimentos que extrapolam a técnica e que possuam a capacidade para o raciocínio político, bem como habilidade para a comunicação e negociação.

Percebe-se, por meio das falas dos enfermeiros, que a mobilização desta competência conferiu um caráter sistemático às atividades do GM, desempenhadas pelos enfermeiros nas instituições em que eles atuam. Também, nota-se que o desenvolvimento e recrutamento desta competência permite ao enfermeiro do gerenciamento de materiais a atuação nos níveis mais elevados do planejamento e da tomada de decisão, e que uma vez integrantes deste processo decisório, isso se configura um avanço à atuação política nas instituições, bem como fator de reconhecimento da profissão de enfermagem.

A segunda competência identificada nos relatos dos enfermeiros do GM foi para o **Trabalho em Equipe**. Seu reconhecimento foi possível ao apreender nas falas que, no exercício das atividades, a integração do enfermeiro do GM com os demais profissionais envolvidos no processo é imperativa, afim de que as ações se desencadeiem satisfatoriamente e se alcance as metas propostas para o GM: a aquisição de produtos bons, seguros, eficientes, em quantidade e tempo adequados e com o melhor preço possível.

Segundo Fazenda e Moreira (2011) reconhece-se o profissional competente para o trabalho em equipe como aquele detentor de capacidade para se comunicar, interagir e partilhar conhecimentos, experiências e recursos de modo a, dentro de suas peculiaridades, contribuir para a construção de um projeto comum.

Partindo deste arranjo, e estabelecendo um paralelo desta competência para o GM com as previstas na formação do profissional enfermeiro, deduz-se que há um resgate de duas competências: a liderança e a comunicação. Esta presunção encontra amparo no ponderado por Perrenoud (1999b, p. 28), para o autor, na constituição das competências, estas podem se comportar como um jogo de “bonecas russas”, ou seja, a construção de uma competência justapõe-se em relação à outra a fim de compor uma competência mais global.

A atitude de influência, referenciada pelos enfermeiros, pode ser entendida como a competência de liderança que se traduz pela capacidade de influenciar outras pessoas a agirem ou compartilharem de uma mesma ideia (VIEIRA; RENOVATO; SALES, 2013). Acredita-se que este recurso mostra-se útil no desempenho da função do enfermeiro para o estímulo à corresponsabilização das equipes nas ações do GM.

Sobre o recurso da comunicação, Fazenda e Moreira (2011, p. 62) afirmam que o indivíduo que se dispõe à comunicação permite o seu ingresso ao conhecimento inserindo-se em “uma rede de poderes passível de emancipá-lo de uma condição de ‘expectante’ para a condição de ‘sujeito da ação’ que promove a autonomia do seu existir”.

Acredita-se que ao criar e/ou reforçar os canais de comunicação com os demais envolvidos no GM, permitindo-se trabalhar em equipe, o enfermeiro do GM enriquece sua prática e retira-se da posição de “expectante” das demandas do corpo assistencial dos hospitais de ensino. Da mesma maneira, os profissionais da equipe técnica assistencial, ou outros profissionais envolvidos no GM, empoderados pelo conhecimento veiculado pela comunicação, assumem seus papéis de “sujeitos da ação” na construção dos delineamentos das ações do GM na instituição.

Dadas as exposições, infere-se que a competência do trabalho em equipe é requisito primeiro no trabalho do enfermeiro no GM para que se mantenha a fundamentação das ações no cerne de suas atividades: adquirir produtos eficientes e seguros que atendam às necessidades dos pacientes da equipe assistencial.

Por fim, a terceira e última competência extraída, **a Gestão de recursos**, com sua abordagem final por reconhecê-la como uma competência maior e que em sua mobilização o enfermeiro recrute outras competências já expostas, o Planejamento e organização e o Trabalho em equipe.

Observou-se, então, a mobilização da gestão de recursos nos discursos como aquela aplicada na condução de situações cotidianas do gerenciamento de materiais:

seleção de produtos com custos diferentes, implantação de novos produtos na instituição e realocação de recursos dentro da própria instituição. No entanto, apesar do uso corriqueiro, percebe-se que, ao usá-la, o enfermeiro reúne conhecimentos não apenas da ordem da gestão de materiais, mas os correlaciona com conhecimentos sobre a gestão de recursos humanos, financeiros e físicos, o que ampara, assim, a tomada de decisão sob vários ângulos.

Segundo Santos e Lima (2011, p. 39) a gestão de recursos pode ser entendida como:

[...] um plano que prevê as atividades de uma organização durante um determinado período, proporcionando otimização deste recurso, de maneira a atender as necessidades organizacionais de curto, médio e longo prazo. Envolve recursos administrativos, humanos, mercadológicos, materiais, físicos e financeiros. (SANTOS; LIMA, 2011, p. 39)

Para o mesmo autor o desenvolvimento da competência de gestão de recursos depende da mobilização de conhecimentos sobre objetivos e metas da organização, planejamento estratégico e gestão de recursos organizacionais. Também são requeridas as habilidades de planejar dimensionar, distribuir, controlar, avaliar e negociar, além das atitudes de prover, interagir, dar feedback e, ainda, prover equidade nas ações (SANTOS; LIMA, 2011, p. 41).

Inferese-se que o enfermeiro no desempenho das atividades do GM pondera inúmeros fatores na gestão de recursos. A adoção de um novo produto pode ser um bom exemplo. Comprar uma nova tecnologia pode não repercutir apenas no valor do produto, pois faz-se necessário considerar questões como a demanda de tempo para manuseio, a necessidade de acessórios que viabilizem sua utilização, ou adequações na estrutura física do hospital, capacidade de armazenamento e distribuição, logística de entrega e reposição. Ainda, os riscos com a manipulação devem ser considerados, pois quando não sobrepesados podem acarretar transtornos e prejuízo à instituição.

Segundo Francisco e Castilho (2002) em tempos de crescimento exponencial dos custos em saúde, a tomada de decisão na gestão de recursos deve fundamentar-se em princípios além da qualidade e segurança, como incorporar o princípio da sustentabilidade das instituições por meio da racionalização dos recursos de que dispõe.

Nesse ponto de vista inferese-se que a habilidade para julgar a alocação dos recursos, discernindo entre as possibilidades postas pela de melhor custo benefício

parece ser bastante pertinente ao enfermeiro do GM. Esta é uma habilidade a ser desenvolvida com base nos conhecimentos técnicos de que estes profissionais dispõem, e também deve ser apregoada durante a formação dos novos profissionais como valor tão importante quanto a segurança e a qualidade dos recursos.

A competência para gestão de recursos ainda é pouco valorizada pelos profissionais de enfermagem, no entanto, contraditoriamente, hoje são esses os principais responsáveis pelo gerenciamento dos recursos físicos e materiais nas unidades, os quais consomem grande parte do orçamento das instituições (FURUKAWA; CUNHA, 2010). Embora para as organizações de saúde o resultado social seja mais importante que o financeiro, não se pode eximí-las da responsabilidade de usar com sobriedade os recursos alocados, de empenhar-se no desenvolvimento de mecanismos de controle das despesas e para a melhora na eficiência dos investimentos (DALLORA; FOSTER, 2008).

Infere-se com esta conjectura que o enfermeiro competente para gestão de recursos tenha domínio de uma ampla gama de conhecimentos de ordem técnica, política e organizacional, mas também uma considerável experiência assistencial e gerencial para correlacionar todas essas informações.

6.4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O GM

Os conteúdos extraídos dos discursos dos participantes da pesquisa, abordam o desenvolvimento de competências como algo vinculado, de modo geral, às experiências que estes profissionais tiveram ao longo da prática profissional, sejam elas experiências da prática profissional do enfermeiro (com destaque para a prática assistencial), ou por meio das experiências da prática profissional no gerenciamento de materiais, nas quais se visualiza a participação em atividades como a Comissão de Padronização e junto da ANVISA, a troca de conhecimentos com outros profissionais enfermeiros do GM e Gerentes de risco. Tudo isso deve ser permeado pelo interesse pessoal e a aquisição de conhecimentos por meio da educação permanente.

Segundo Serrano, Costa e Costa (2011) o desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve três determinantes: os atores, os saberes e o contexto. Com

os primeiros ocorrem as relações dialógicas em que os conhecimentos e recursos são transferidos e compartilhados, já os saberes ou o conhecimento se desenvolvem à medida em que são postos em ação, ou seja, aplicados na resolução de problemas e, após isso, refletidos quanto aos resultados alcançados. Por fim, o contexto é reconhecido pelo conjunto de significações partilhadas, aprendizagem organizacional, rotinas de trabalho e das relações que nela se desenvolvem.

Durante as experiências da prática profissional ocorrem permutas entre os profissionais, sejam eles do GM ou outros, em que conhecimentos e recursos são transferidos, confrontados e ressignificados, para então incorporá-los à prática individual. Equiparamos esta relação de aprendizagem ao processo de educação pelos pares relatado por Santos (2009), nos quais enfermeiros iniciantes, ao serem postos em contato com outros enfermeiros bem formados e motivados, adquiriram conhecimentos, habilidades e atitudes, o que promoveu a construção e o desenvolvimento de competências para o trabalho com maior agilidade.

Segundo Perrenoud (2013, p. 197) “é necessário aprender a aprender [...] só se pode aprender lidando com saberes reais e tendo tempo para assimilá-los”. Essa aprendizagem pode acontecer de maneira individual ou coletiva, ou seja, pela reflexão das próprias experiências e por meio da relação dialética com os seus pares na instituição em um movimento de observação e permuta (LEITHWOOD; JANTZI; STEINBACH⁵*et al.*, 1995 *apud* ANTONELLO, 2008). No entanto, todo o movimento que depende de mobilização e aquisição de recursos é dependente de características individuais como motivação, individualidade e desempenho profissional (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011).

Sobre este desempenho e a necessidade de enfrentamento das situações cotidianas do trabalho Perrenoud (1999b) acredita que a multiplicidade de conjunturas propiciadas por este ambiente e as relações de pressão e mudança contínuas nele existentes favorecem o desenvolvimento de competências profissionais. Ao exigir do profissional a articulação de seus recursos de tantas formas quanto for possível, além da aquisição de outros conhecimentos e ferramentas que o tornem capaz de transpô-las, faz o profissional reconhecer-se e manter-se estável no posto de trabalho.

⁵ LEITHWOOD, K; JANTZI, D.; STEINBACH, R. An organizational learning perspective on school responses to central policy initiatives. *School Organization*, v. 15, n. 03, p. 229-252, 2005.

Bernardino, Felli e Peres (2010) corroboram com o disposto e referem ser imperativo o desenvolvimento de novas competências pelo enfermeiro no contexto de trabalho da atualidade. Para isso, segundo os autores, os profissionais devem valer-se dos recursos acumulados e moldá-los por meio da capacidade adaptativa a critério da necessidade instalada na organização.

Percebe-se, então, que a prática do enfermeiro nas atividades assistencial e gerencial configura-se como um bom momento para desenvolvimento de competências para o GM, tendo em vista que esta permite o entendimento dos processos que envolvem os materiais, o que lhe confere propriedade para julgar as características necessárias aos itens para o desempenho da técnica com qualidade e segurança. Constituem uma perspectiva diminuta alguns processos próprios do GM como programação das compras, distribuição, armazenamento e controle dos itens. Se congregadas essas duas aprendizagens, dos processos assistenciais aos processos administrativos, o fazer do enfermeiro no GM tende a enfraquecer então a visão da prática dicotômica, puramente administrativa.

Segundo Perrenoud (2013, p. 51) a competência “é uma espécie de memória da inteligência passada, individual ou coletiva, e uma forma de rotinização da colocação dos recursos em sinergia”. Nesse sentido, acredita-se que os recursos e as competências são construídas e aprimoradas pelo indivíduo ao longo de toda uma vida, pois julgar, negociar, aprender e comunicar são ações que fazem parte do cotidiano. Assim, quando incorporadas à prática do enfermeiro e ao gerenciamento de materiais surge a capacidade para avaliar e julgar um produto de fato, com base nos conhecimentos técnicos e teóricos de enfermagem, assim como negociar sobre a alocação de recursos, de maneira ética e focada no atendimento às reais necessidades dos serviços assistenciais. Ao longo do tempo, das suas experiências, dos recursos que se busca e de crítica construtiva se aprimora a competência a ponto de desempenhá-la quase que em automático, não se pensando mais em que recurso ou habilidade recrutar para resolver tal problema.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do enfermeiro no GM configura-se como uma ampliação do seu espaço de atuação e uma conquista para a enfermagem nas esferas do planejamento e da tomada de decisão nas organizações de saúde. Sua inserção é evidenciada na pesquisa como uma resposta à demanda de melhorias nas compras e no controle dos produtos para saúde nos hospitais de ensino. Para atender a essa expectativa os enfermeiros possuem como perfil a experiência prévia com os materiais, o conhecimento técnico dos produtos e a participação em atividades afins ao gerenciamento de materiais.

A atuação e a amplitude do trabalho do enfermeiro junto aos materiais manifesta-se sensível à influência de fatores como o grau de dedicação, o tempo de formado e o tempo de atuação no GM. Foi observado que aqueles profissionais com dedicação exclusiva e maior tempo de experiência estão presentes em maior número de etapas e atividades do fluxo, além de integrar níveis mais elevados de planejamento e tomada de decisão do GM nas instituições pesquisadas.

Entende-se que a cultura da organização também interfere e condiciona a atuação do enfermeiro. Assim, a não investigação desta perspectiva, bem como de documentos que regulamentem o gerenciamento de materiais nos hospitais estudados, configura-se como um fator limitante da pesquisa. Por meio destas informações poder-se-ia clarear as motivações, condições e possibilidades de participação do enfermeiro no GM, o que faz desta nuance algo merecedor de atenção em trabalhos futuros.

A presença do enfermeiro, visualizada em praticamente todas as etapas do gerenciamento de materiais, mostra-se relevante ao se considerar que este é um fluxo cujas fases se inter-relacionam e retroalimentam-se e que de posse das informações produzidas em cada uma destas fases, este profissional é capaz de conduzir com maior propriedade o planejamento e a tomada de decisão.

Destaca-se, entre as atividades realizadas, a participação na elaboração de projetos para captação de recursos e a educação permanente. A primeira por considerar que isto o enfermeiro como profissional consumidor dos materiais que detém conhecimento sobre os insumos é capaz de argumentar e ponderar pela melhor escolha para a instituição; e a segunda pelo resgate da missão do HE enquanto centro

formador para diferentes áreas da saúde que necessita preparar os futuros profissionais para o uso consciente dos materiais, para a avaliação da qualidade e da importância desta para a prevenção de riscos à segurança dos pacientes e equipe assistencial e, por fim, para o uso racional dos recursos financeiros.

Verificou-se que o enfermeiro, ao desempenhar suas atividades no GM, mobiliza competências como a Gestão de recursos, o Trabalho em equipe e o Planejamento e organização. Essas, por vezes, foram reconhecidas isoladamente ou de maneira complementar em relação à formação de uma competência mais global. Neste movimento entende-se que há o resgate de competências gerais inerentes ao período de formação, como a comunicação e a liderança, que neste contexto são utilizadas como recursos ao desenvolvimento da competência do Trabalho em equipe.

O desenvolvimento destas competências possui forte influência da prática assistencial e das experiências vivenciadas pelos enfermeiros antes e durante sua inserção no GM. Esta observação comporta a inferência de que as competências para esta atividade não são aprendidas, mas desenvolvidas a partir de competências menos globais e da apropriação de novos recursos, como o conhecimento de legislações específicas, normas técnicas regulamentadoras e dos processos licitatórios para aqueles que atuam em organizações públicas. Deduz-se, ainda, que o enfermeiro competente para gestão de recursos tenha domínio de uma ampla gama de conhecimentos de ordem técnica, política e organizacional, mas também considerável experiência assistencial e gerencial para correlacionar todas essas informações.

Entende-se que tendo essas competências o enfermeiro pode abrir canais de comunicação para a construção de um GM mais participativo, reiterando o papel da equipe técnica assistencial de sujeito das ações e aproximando-os de outras instâncias da administração dos HE. Isso possibilitou imprimir ao processo organização, planejamento a sistematização de ações avaliativas e de controle dos recursos durante o seu uso, o que conferiu, assim, maior credibilidade ao trabalho junto aos profissionais que fazem uso dos materiais e dos fornecedores que ali ofertam seus produtos.

Acredita-se que decorre destas conquistas o galgar de espaço que o enfermeiro vivencia dentro dos hospitais de ensino, integrando os níveis estratégicos do planejamento e da tomada de decisão do GM na gestão dessas instituições.

Por todo o exposto, considera-se que este trabalho alcançou seus objetivos ao obter informações sobre a atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais. Informações estas que poderão contribuir para a formação de novos profissionais enfermeiros, para o aprimoramento das ações daqueles que já desempenham a atividade em outras instituições, para o entendimento das competências requeridas e de como ocorre seu desenvolvimento, além do reconhecimento da dialética entre o cuidar e o gerenciar como forma de construir os processos de gerenciamento eficientes. Por fim, por contribuir para a construção do conhecimento da práxis de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. de L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe., p. 131-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>>. Acesso em 19/10/13.

AMESTOY, S. C. *et al.* Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100030&script=sci_arttext>. Acesso em: 28/09/13.

ANTONELLO, C. S. A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica. In: RUAS, R. L.; ANTONELLO, C. S.; BOFF, L. H. **Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Rev. bras. enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 586-591, set-out., 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019626016>>. Acesso em: 28/09/13.

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano. Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica. Relatório Nº. 36601-BR. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. Brasil, 2007. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/38171661185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>. Acesso em: 16/08/12.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. **Rev. de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, jan-mar, 2010. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=208>. Acesso em 23/10/12.

BARBIERI, J. C. MACHLINE, C. **Logística hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARBOSA NETO, F. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar? **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 4, Out. 2008, p. 23-29. Disponível em:

<http://www.abemeducmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_francisco_barbosa.pdf>.
Acesso em: 23/10/12.

BARDIN, L. **A análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A.; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de Hospitais. **Cogitare Enferm.**, v.15, n. 2, p. 349-53, Abr/Jun, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17875>>. Acesso em: 09/10/13.

BEVILAQUA, L. D. **Planejamento de compras públicas: o estudo de caso UNIPAMPA**. 68 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Programa de PósGraduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, São Sepé, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/71478/000873474.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14/10/13.

BEZERRA, A. L. Q. *et al.* Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 467-72, out/dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 14/10/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. 588f. Rio de Janeiro, 1944. Reedição de 1965. E-book. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em 02/10/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria Nº 15 de 08 de janeiro de 1991. Estabelece e regulamenta a aplicação do FIDEPS para os Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 de janeiro de 1991a. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/>>. Acesso em: 23/10/12.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 375 de 04 de março de 1991b. Estabelece conceituações para os Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 de março de 1991b. Seção I, p. 4062. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-375.htm>>. Acesso em 22/10/12.

BRASIL. **Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 13/11/12.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB nº 16 de 26 de novembro de 1999. Diretrizes Curriculares para Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1999. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/rede/legisla_rede_parecer1699.pdf>. Acesso em: 28/09/13.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.026 de 28 de agosto de 2000. Institui, no âmbito da União, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 de agosto de 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/2026-4.htm>. Acesso em: 15/11/12.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20/09/13.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.000 de 15 de abril de 2004a**. Estabelece critérios para a certificação e o reconhecimento dos Hospitais de Ensino. Disponível em: <http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/POR_TARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>. Acesso em: 24/10/12.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.702 de 17 de agosto de 2004. Cria o programa de reestruturação dos hospitais de ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de agosto de 2004b. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 25/10/12.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005a. **Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/decreto/d5450.htm>. Acesso em: 17/09/13.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em

Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 16 de novembro de 2005b. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BF2F4BD1942F9/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 20/10/13.

BRASIL. Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de julho de 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6170.htm>. Acesso em: 13/11/12.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.400 de 02 de outubro de 2007b**. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-\[2830-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-[2830-120110-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 25/10/12.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde - Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 23/07/13.

BRASIL. Decreto nº 6.428, de 14 de abril de 2008. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 de abril de 2008a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/decreto/d6428.htm>. Acesso em: 13/11/12.

BRASIL. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: estratégia de vigilância sanitária de prevenção**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008b.

BRASIL. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_saude_suplementar.pdf>. Acesso em: 18/11/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 629 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Tecnovigilância. **Préqualificação de artigos médico-hospitalares: estratégia de vigilância sanitária de prevenção**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010b. 234 p.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de fevereiro de 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 20/10/13.

BRASIL. **O processo de certificação dos hospitais de ensino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Página da web. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1>. Acesso em: 03/10/12.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Secretaria de Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. **Guia de gestão de processos de governo**. Brasília: Maio, 2011b. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br/Tecnologias/pasta.2010-04-26.0851676103/Guia%20de%20Gestao%20de%20Processos%20de%20Governo.pdf>>. Acesso em: 13/10/13.

BRASIL. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Compêndio da Legislação Sanitária de Dispositivos Médicos Versão 3.4**. Brasília: 2011c. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/387659804900b739a5e1bd466b74119d/1-+Comp%C3%AAndio+da+Legisla%C3%A7%C3%A3o+Sanit%C3%A1ria+de+Dispositivos+M%C3%A9dicos.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 14/10/13.

BRASIL. RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de março de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.pdf>. Acesso em: 20/10/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. **Relatório Geral Período: janeiro a dezembro/2012**. Brasília: 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm>>. Acesso em: 05/09/13.

BRITO, M. J. M. *et al.* A enfermeira no contexto das práticas de gestão: desafios e perspectivas em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Enfermeria Global**, Murcia, Espanha, v. 4, n. 2, Nov./2005. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/477>>. Acesso em: 12/10/12.

BURMESTER, H.; HERMINI, A. H.; FERNANDES, J. A. L. **Gestão de materiais e equipamentos hospitalares**. São Paulo: Saraiva, 2013. e-book.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, Junho, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000200034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/10/13.

CARMO, M. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG-1996 a 2004**. 121f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-7S7PWQ/maria_do_carmo_pdf.pdf;jsessionid=472C9204C0C8F7A0AAA96A7A08CD3C98?sequence=1>. Acesso em 02/10/12.

CASTILHO V., GONÇALVES V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT P., **Gerenciamento em Enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 157-70.

CASTILHO V., GONÇALVES V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT P. (coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. p. 155-67.

CAVALCANTI, A. C. F.; MARTENS, C. D. P. Gerenciamento de Risco nas Aquisições Públicas: uma análise empírica de um Hospital da Rede Sentinela. In: Encontro da ANPAD, XXXVII, 2013, Rio de Janeiro. **Trabalhos**. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2013/09%20%20GOL/PDF%20GOL%20-%20Tema%208/2013_EnANPAD_GOL671.pdf>. Acesso em: 28/10/13.

CHAVES, L. D. P.; CAMELO, S. H. H., LAUS, A. M. Mobilizando competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**; v. 13, n. 4, p. 594, out.dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13406>>. Acesso em: 25/07/12.

CHIAVENATO, I. **Administração de materiais: uma abordagem introdutória**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo, EPU, 1991. p. 191-205.

CNES - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO BRASIL. **Quantidade de Hospitais de Ensino por Unidade Federação**. Brasília: Agosto/2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 29/09/13.

CNES - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO BRASIL. **Indicador de Hospitais de Ensino no Paraná**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=5001&VListar=1&VEstado=41&VMun=&VComp=&VContador=13&VTitulo=E. Acesso em: 15/10/12.

CNS- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466/12. **Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 09/07/13.

COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400007&script=sci_arttext. Acesso em :22/10/12.

DALLORA, M. E. L. V., FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2008; 41 (2): 135-42. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N2/rev_a_importancia_gestao_custos_hospitais_ensino.pdf. Acesso em: 18/11/12.

FAZENDA, N. R. dos R.; MOREIRA, V. R. V. Trabalho em equipe. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* (org.). **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 59-66.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Comunicação. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* (org.). **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 49-58.

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

FLEURY M. T. L., FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. Adm. Contemporânea - RAC**, Edição Especial, p. 183–196, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 20/09/13.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCISCO, I. M. F.; CASTILHO, V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 3, p. 240-4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a04.pdf>>. Acesso em: 28/09/12.

FREIRE, P. S. *et al.* Processo de sucessão em empresa familiar: gestão do conhecimento contornando resistências às mudanças organizacionais. **JISTEM J. Inf. Syst. Technol. Manag. (Online)**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180717752010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/10/13.

FURUKAWA, P. de O.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25/09/12.

GARCIA, S. D. *et al.* Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev bras enferm**, Brasília, v.65, n. 2, p. 339-46, mar-abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000200021&script=sci_arttext> Acesso em: 23/05/13.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p.

GELBCKE, F. *et al.* Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 515-20, Jul.-Set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a18.pdf>>. Acesso em: 23/05/13.

GIL, R. B. **O processo de notificação de queixa técnica de material de consumo de uso hospitalar no contexto do gerenciamento de recursos materiais em um hospital universitário público**. 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29082011-150211/ptbr.php>>. Acesso em: 14/07/12.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GONÇALVES, J. E. L. As empresas são grandes coleções de processos. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 1, jan.-mar. 2000. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S00347590200000100002.pdf>. Acesso em: 29/09/13.

GROSSI, M. G.; BITAR, E. A substituição de materiais de consumo na dinâmica de trabalho do enfermeiro em um hospital cardiológico. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 8, n. 8, 2012. Disponível em: <<http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/1560>>. Acesso em: 30/09/13.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Revista Ciência da Informação**, v. 33, n. 1 (2004). Disponível em: <<http://revista.ibict.br/cienciadainformacao/index.php/ciinf/article/viewArticle/62/56>>. Acesso em: 20/10/13.

HARADA, M. de J.; PEDREIRA, M. L. G. O erro humano e sua prevenção. In: **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 10/10/2013.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto – Enferm.**, vol.18, n.2, p. 258-265, abr.-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000200008&script=sciarttext>>. Acesso em: 01/08/12.

HONÓRIO, M. T., ALBUQUERQUE, G. L. A gestão de materiais em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 4, n. 3, p. 259-268, set.-dez. 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5206/3361>>. Acesso em: 13/11/12.

INFANTE, M., SANTOS, M. A. B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2007, v. 12, n. 4, p. 945-954. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 10/06/12.

ITO, E. E.; PERES, A. M., TAKAHASHI, R. T; LEITE, M. M. J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>>. Acesso em: 20/09/13.

JORGE, A. A. F. A formação do enfermeiro e os conteúdos curriculares necessários para aquisição de competências e habilidades para o planejamento e a gestão em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, vol.03, nº. 03, ano 2012:p.1013-30. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/292/pdf>>. Acesso em: 15/10/13.

JUSTEN FILHO, M. **A pré-qualificação como procedimento auxiliar das licitações no RDC (Lei 12.462/2011)**. Informativo Justen, Pereira, Oliveira e Talmini, Curitiba, nº 56, outubro de 2011. Disponível em: <http://justen.com.br/informativo>. Acesso em: 10/10/2013.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. de L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/08.pdf>>. Acesso em: 25/10/2013.

KUWABARA, C. C.; T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. de. Gestão de Risco em Tecnovigilância: Construção e validação de um instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/06/13.

LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000300026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28/09/13.

LIMA, J. O. **Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde**. 142f. Dissertação (Mestrado Profissional - Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), Escola Nacional de

Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2531/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Lima_Jamile_Oliveira.pdf>. Acesso em: 23/10/12.

LIMA, S. V.; HADDAD, M. C. L.; SARDINHA, D. S. S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Rev. Cienc. Cuidado e saúde**, Maringá; v. 7, suplem. 1; p. 138-144; 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6585>>. Acesso em 12/10/13.

LOBO, M. S. C. *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007>. Acesso em 09/11/12.

LOURENÇÃO, D. C. de A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/10/13.

LOURENÇO K. G, CASTILHO V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 1, p. 52-5, jan/fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a10v59n1.pdf>>. Acesso em: 13/11/12.

LOURENÇO, K. G. **Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP**. 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-02102006-123541/pt-br.php>>. Acesso em: 14/07/12.

MACEDO, A. R. Lei de Licitações deve passar por ampla revisão no Congresso. **Câmara Notícias**, Brasília, 03 de maio de 2013. Seção de Administração Pública. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/441569-LEI-DE-LICITACOES-DEVE-PASSAR-POR-AMPLA-REVISAO-NO-CONGRESSO.html>>. Acesso em 12/10/13.

MACHADO S. P., KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, jul/ago, 2007, p. 871-877. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400009>
Acesso em: 13/10/13.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. Enferm.**, v.57, n. 5, p. 605-610, set.-out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500018>
Acesso em: 13/10/13.

MARCON, P. M. **O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário Administrativo**. 140 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade de Federal do Paraná. Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oPatriciaMarcon.pdf>>. Acesso em 25/10/13.

MARQUEZE, E. C., MORENO, C. R. DE C. **Satisfação no trabalho - uma breve revisão**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 30, núm. 112, 2005, pp. 6979. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100517107007>>. Acesso em: 17/10/13.

MARTINS, P. G., ALT, P. R. C. **Administração de materiais e recursos patrimoniais**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/10/12.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Contexto Texto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, junho de 2011 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200002>>. Acesso em: 17/10/13.

MORAES, M. F. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente**. 119f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/moraesmf.pdf>>. Acesso em 02/10/12.

OLIVEIRA, L. R. de; SCHILLING, M. C. L. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento estratégico em hospital. **REGE**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.

225-243, abr./jun. 2011. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/36736>>. Acesso em: 10/10/13.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. RENE**. v. 10, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a02v10n4.htm>. Acesso em: 15/07/12.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica – Projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. Bras. de Enferm.** v.58, n.6, nov.-dez. 2005, p. 723-726. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000600018&script=sci_arttext>
Acesso em: 10/10/12.

PARANÁ. LEI Nº 15.608, de 16 de agosto de 2007. Dispõe sobre normas sobre licitações, contratos administrativos e convênios no âmbito dos Poderes do Estado do Paraná. **Diário Oficial do Estado do Paraná** nº 7.537 de 16 de agosto de 2007. Disponível em:
<<http://celepar7cta.pr.gov.br/SEEG/sumulas.nsf/319b106715f69a4b03256efc00601826/b9a73f02292062988325733e0068bfbe?OpenDocument>>. Acesso em: 13/11/12.

PARRA, J. F. G.; ALVES, V. L. de S. Planejamento e organização. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* (org.) **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 191-200.

PASCHOAL, M. L. H.; CASTILHO, V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dez. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 16/10/13.

PAULUS JR, A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 30-45, dez. 2005. Disponível em:
<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Gerenciamento.pdf>>. Acesso em: 13/11/12.

PEREIRA, S. R. *et al.* Sistema de informação para gestão hospitalar. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 170-175, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/206/171>>. Acesso em: 10/10/13.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Rev. Texto & contexto enferm**; v.15, n. 3, p. 492-499, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-07072006000300015>. Acesso em: 09/09/13.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 137-154.

PERRENOUD, P. Construir competências é viras as costas aos saberes? **Pátio. Revista pedagógica**. Porto Alegre, n. 11, p. 15-19, nov. 1999a. Disponível em: <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_39.html>. Acesso em: 18/10/13.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999b.

PERRENOUD, P. **Desenvolver competências ou ensinar saberes? A escola que prepara para a vida**. Porto Alegre: Penso, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C.T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Método, avaliação e utilização**. ed. 5. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática. Clínica e prática hospitalar**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Santos, 2002. 999 p.

POZO, H. **Administração de recursos materiais e patrimoniais: uma abordagem logística**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PRIMO, L. P.; CAPUCHO, H. C. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital da rede sentinela. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 26-30, mai./ago. 2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS03_artigo_05.pdf>. Acesso em: 10/10/13.

REZENDE, J. M. A institucionalização do ensino médico - A escola de Salerno e as primeiras universidades européias. In: REZENDE, J. M. **À Sombra do Plátano crônicas de história da medicina**. São Paulo: FAP – UNIFESP Editora, 2009. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ensinomédico.htm>>. Acesso em: 29/09/13.

RIO DE JANEIRO. Advocacia-Geral da União. Consultoria-Geral da União. Núcleo de Assessoramento Jurídico no Rio de Janeiro. Parecer JLRGR/RGP/NAJ/CGU/ AGU nº 12G3/2006. Interessado: Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde. *In Brasil. Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: estratégia de vigilância sanitária de prevenção*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

RODDICK, A. Relacionamento e trabalho em equipe: fatores resolutivos para o êxito do trabalho. In: Marx, I. C. **Competências da enfermagem: sedimentadas no Sistema Primary Nursing**. Petropolis, RJ: EPUB, 2006.

ROSA, R. A. **Gestão logística**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC [Brasília]: CAPES, UAB, 2010.

SANTOS, E. V.; LIMA, R. J. O. Gestão de recursos. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* (org.) **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2011. P. 37-47.

SANTOS, I. dos; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/10/13.

SANTOS, J. L. G. dos *et al.* Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Agosto 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25/10/13.

SANTOS, M. N. P. dos. **Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares: Estudo de Caso**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade do Porto, Coimbra, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19172/3/Desenvolvimento%20de%20Competencias%20Profissionais%20com%20a%20Educao.pdf>. Acesso em: 13/10/13.

SERAFIM, S. A. D. **Impacto da informatização na dispensação de medicamentos em um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-08112006150520/pt-br.php>. Acesso em 10/10/13.

SERRANO, M. T. P.; COSTA, A. da S. M. C. da; COSTA, N. M. V. N. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Portugal, III Série, n. 3, p.15-23, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf>>. Acesso em: 10/10/13.

SILVA, R. B. *et al.* **Logística em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

SOUZA, F. M. de; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 5, out, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19/10/13.

SOUZA, V. A.; BANDEIRA, D. L.; MUNIZ, R. J. Proposta de modelo de avaliação de fornecedores de materiais em empresas públicas: um estudo de caso na CEEE-D. In: **IX Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração. 2012. On line**. Trabalho apresentado na modalidade Comunicação tipo Paper. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2012/38/2012_38_5103.pdf>. Acesso em: 14/10/13.

TEIXEIRA, R. de C.; MANTOVANI, M. de F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, junho, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200022>>. Acesso em 18/10/13.

TRINDADE, E. *et al.* Estudo multicêntrico de pré-qualificação: estudo de caso sobre equipos. **BIT – Boletim Informativo de Tecnovigilância**. Número Especial. Brasília, DF, dez. 2010. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_dez_2010/PDF/Ed1_especial/Estudo_multicentrico_de_pre_qualificacao_Estudo_de_caso_sobre_equipos_BIT1.pdf>. Acesso em: 13/11/ 12.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).

VIANA, J. J. **Administração de materiais: um enfoque prático**. São Paulo: Atlas, 2002.

VIEIRA, T. D. P.; RENOVATO, R. D.; SALES, C. de M. **Compreensões de liderança pela equipe de enfermagem**. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27706>>. Acesso em: 26/10/2013.

WEISZFLOG, W. **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Versão *on line*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 28/09/13.

YU, A. S. O. (Coord.) **Tomada de decisão nas organizações: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Saraiva, 2011. E-book.

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, _____ (enfermeiro), está sendo convidado a participar do estudo intitulado: “**Atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná**”. O objetivo desta pesquisa é descrever o papel do enfermeiro na gestão de materiais nos hospitais públicos de ensino do Paraná. Mediante este aceite, participará de uma entrevista, com duração média de uma hora, em local e horário por você escolhidos, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, e as falas forem transcritas, as fitas serão apagadas. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas somente para presente pesquisa.

Riscos e Desconfortos: Durante a entrevista, se não se sentir a vontade para responder alguma pergunta, tem a liberdade de não responder, bem como o direito de desistir da participação a qualquer momento.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos aos participantes do estudo, entretanto, com os resultados desta pesquisa, esperamos propiciar o melhor entendimento do trabalho do enfermeiro no gerenciamento em hospitais de ensino.

Despesas e remuneração: Não haverá custos e nem remuneração para os participantes do estudo.

A pesquisadora Priscila Conde Bogo, enfermeira, é a responsável pela pesquisa e poderá ser encontrada na Av. Tancredo Neves, 3224, Bairro Santo Onofre, Cascavel – PR, ou, contatada pelo e-mail: pribogo@gmail.com e pelos telefones: (45) 3321-5121 de quarta a sexta-feira das 7:00h as 19:00h ou a pelo telefone: (45) 9912-8438 de segunda a sexta-feira das 7:00h as 19:00h, para esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Priscila Conde Bogo
Pesquisadora Responsável

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 24 / 03 / 2013

<p>Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br</p>
--

APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais:Idade:Sexo:.....

II. FORMAÇÃO

Titulação:.....

Tempo de formação:.....

Tempo na atividade de gerenciamento de materiais:.....

Atividades desenvolvidas anteriormente:

.....
.....
.....

III. ENTREVISTA

1. Como ocorre o gerenciamento de materiais neste hospital. Qual o fluxo do processo?

.....

2. Você atua exclusivamente no gerenciamento de materiais? Descreva as atividades desenvolvidas no processo.

.....

3. Como ocorreu sua entrada no gerenciamento de materiais. Por quê?

.....

4. Quais pré-requisitos você acredita que o enfermeiro deve ter para atuar no gerenciamento de materiais?

.....

5. Como você adquiriu estes pré-requisitos?

.....

6. Algo mais que você gostaria de acrescentar sobre o seu trabalho no gerenciamento de materiais.

.....

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná.

Pesquisador: PRISCILA CONDE BOGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09281912.4.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 188.546

Data da Relatoria: 13/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado, proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, sob orientação da Prof. Elizabeth Bernardino. A análise de mérito foi realizada pela professora Liliana Larocca com parecer favorável. A pesquisa avaliará o papel do enfermeiro no gerenciamento de materiais hospitalares em hospitais de ensino do Paraná. Para tal a pesquisadora propõe uma pesquisa qualitativa, na qual entrevistará 8 enfermeiros, provenientes de 2 Hospitais de Ensino dos quais foram emitidos termos de concordância para a participação da pesquisa. A pesquisadora destaca a escassez de dados de literatura sobre o assunto e o número reduzido de profissionais envolvidos com esta atividade nos Hospitais de Ensino do Estado do Paraná (11).

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o papel do enfermeiro na gestão de materiais nos hospitais de ensino do Paraná

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras destacam que a pesquisa não oferece riscos à integridade física, emocional ou moral dos sujeitos e caso algum desconforto seja manifesto pelos sujeitos, este será avaliado, e a entrevista poderá ser cessada ou cancelada. Como benefício descrevem que a divulgação dos resultados da pesquisa contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico da enfermagem nessa temática.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com relevância científica e para atuação profissional na área de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com as recomendações deste CEP, o endereço no qual a pesquisadora pode ser contatada foi inserido ao TCLE.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Co participante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD, o projeto encontra-se aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

É obrigatório trazer ao CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para que seja carimbado com data de aprovação por este CEP/SD.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

CURITIBA, 24 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br