



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**MARIA DE FÁTIMA BASTOS NÓBREGA**

**PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA  
DIMENSÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

**FORTALEZA - CEARÁ  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Maria de Fátima Bastos Nóbrega

PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA DIMENSÃO DO  
GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área de Concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza – Ceará  
2006

Universidade Estadual do Ceará

Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde

Título do trabalho: PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA  
DIMENSÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Autora: Maria de Fátima Bastos Nóbrega

Defesa em: 28/12/2006

Conceito obtido: Satisfatório

Nota obtida: 10,00 com louvor

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
Universidade Estadual do Ceará  
Orientadora

---

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis  
Universidade Estadual de Feira de Santana  
1º Membro

---

Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas  
Universidade Estadual do Ceará  
2º Membro

---

Profa. Dra Ana Fátima Carvalho Fernandes  
Universidade Federal do Ceará  
Suplente

## **DEDICATÓRIA**

A toda minha família, que sempre esteve presente apoiando-me nas conquistas diárias, incentivando-me a batalhar para alcançar meus ideais.

Ao meu marido, Lúcio, pelo companheirismo, compreensão e por acreditar no meu potencial.

Aos meus filhos, Natan e Giulia, pelo amor incondicional, que me inspira cada vez mais a buscar o crescimento profissional.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado equilíbrio, serenidade, saúde e força para superar todos os obstáculos que apareceram nesta caminhada; por me fazer acreditar em mim, no meu potencial, e por permitir que eu esteja aqui, hoje, fechando mais este ciclo da minha carreira profissional.

As minhas eternas companheiras de luta, amizades sinceras que construí na primeira turma do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde. Pela solidariedade, pelas palavras de otimismo, pelos momentos felizes e pelos momentos difíceis que conseguimos superar juntas.

Aos meus colegas de trabalho, parentes e amigos que me incentivaram e acompanharam nesta caminhada.

À querida Selda, enfermeira do HUWC que me ajudou na coleta de dados, sendo incansável na busca dos sujeitos para realização da entrevista.

À minha amiga Socorro Veras, que fez a leitura da minha dissertação e projeto de qualificação, procurando ajudar-me a ser mais clara no que procurava dizer. Pelos momentos em que teve que ouvir minhas queixas, minhas lágrimas de desânimo e por sempre procurar me reerguer.

A minha amiga, Lucilane, que foi uma das maiores incentivadoras para que eu fizesse esse mestrado, por ter me ajudado a crescer como pesquisadora, pelos

A Profa. Marluce Araújo Assis, pelas orientações de leitura, por me fazer conhecer uma nova dimensão do gerenciamento em enfermagem e por estar sempre disposta a ajudar.

Às Profas Consuelo Helena Aires de Freitas e Ana Fátima Carvalho Fernandes, membro efetivo e suplente, respectivamente, da minha Banca Examinadora, pelas valiosas contribuições dadas a construção final do estudo.

A todos aqueles que compõem o Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, coordenadores, docentes, colaboradores e em especial à secretária Rafaela, por nos receber sempre com educação e boa vontade.

Ao Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará, onde exerço minha profissão de enfermeira, por ter me concedido tempo para fazer este mestrado.

A Fundação Cearense de Amparo a Pesquisa – FUNCAP, pelo apoio financeiro como bolsista.

A todos os profissionais do HUWC (Diretora de Enfermagem, Coordenadoras, enfermeiros gerentes, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem) que colaboraram como sujeitos desta pesquisa, através de seus depoimentos, suas experiências, que me receberam de forma tão calorosa, minha eterna gratidão.

Àqueles que, porventura eu tenha esquecido de citar o nome, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos. Vocês, com certeza, fazem parte desta estória.

## RESUMO

Estudo sobre o processo de trabalho em enfermagem hospitalar na dimensão do gerenciamento do cuidado em um Hospital Público de Ensino de Fortaleza-Ceará, com os objetivos de: Analisar a organização do trabalho (processo de trabalho) no gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem em uma unidade hospitalar pública de ensino de Fortaleza-Ceará no modelo clínico de intervenção, considerando: objeto, agentes, tecnologias, produtos e finalidades do trabalho em enfermagem; descrever as atividades gerenciais desenvolvidas pela equipe de enfermagem e suas articulações com as tecnologias produzidas no cotidiano hospitalar e compreender as concepções de trabalho gerencial da equipe de enfermagem que atua na referida unidade hospitalar pública de ensino. Trata-se de um estudo qualitativo realizado no período de julho a setembro/2006, em um hospital público federal de ensino localizado em Fortaleza-Ce, onde utilizamos como técnica de coleta de dados a observação assistemática e a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo formam 21 profissionais de enfermagem distribuídos entre três grupos de representação: grupo I (gestores de enfermagem - 11); grupo II (enfermeiros assistenciais - 05) e grupo III (técnicos e auxiliares de enfermagem - 05). A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo de Minayo. Os resultados revelam que o processo de trabalho em enfermagem na referida instituição é marcado pela distinta separação entre as atividades assistenciais e administrativo-burocráticas, onde ainda há predominância dos modelos clássicos de gerenciamento, fundamentados nas Teorias Gerais da Administração, com enfermeiros gerentes muito voltados para atividades burocráticas e resolução de conflitos e enfermeiros assistenciais, juntamente com técnicos e auxiliares de enfermagem assumindo o cuidado ao paciente. Mas este cuidado é fragmentado, tecnicista, existindo predomínio das tecnologias leve-duras e duras. Os enfermeiros se sentem com pouca autonomia e solicitam capacitação para o exercício da função gerencial, assim como revisão dos seus papéis. Mesmo diante dessas dificuldades, os profissionais mostram-se comprometidos e envolvidos com o trabalho. A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem é um avanço, que está em processo de construção e representará uma aproximação do enfermeiro com o cuidado integral. Como proposta para reorganização do processo de trabalho em enfermagem na referida instituição, centrada no modelo tecno-assistencial, com a finalidade de promover a cura, sugerimos que sejam feitas reflexões críticas quanto ao contexto atual, desenvolvendo um trabalho contínuo com o grupo de gerentes para revisão de suas competências, capacitação e a implantação de uma rede de auto-ajuda (rede de gerentes), onde o modelo de gestão colegiada fosse aplicado para que, compartilhando experiências e saberes, os mesmos possam redefinir e aprimorar sua prática, a partir de que surgirá uma enfermagem mais autônoma e voltada para as tecnologias leves e a atenção ao cliente sob os princípios da integralidade.

## ABSTRACT

This study is about the work process in hospital nursing in the dimension of care administration in a Teaching Public Hospital in Fortaleza-Ceará. It has as objectives: to analyze the work organization (work process) in the care administration of the nursing team in a teaching public hospital in Fortaleza-Ceará in the clinical model of intervention, considering: object, agents, technologies, products and purposes of the nursing work; to describe the managerial activities developed by the nursing team and their articulations with the technologies produced in the hospital daily and to understand the conceptions of managerial work of the nursing team that acts in the referred teaching public hospital. This is a qualitative study accomplished in the period of July to September/2006, in a federal teaching public hospital in Fortaleza-Ce, where we used as technique of data collection the systemic observation and the semi-structured interview. The subjects of the study form 21 nursing professionals distributed among three representation groups: group I (nursing managers - 11); group II (assistance nurses - 05) and group III (technicians and assistant nurses - 05). The data analysis was guided by the analysis of content of Minayo. The results reveal that the work process in nursing in the referred institution is marked by the different separation among the assistance activities and administrative-bureaucratic, where there is still predominance of the classic administration models, based in the Administration General Theories, with managers nurses working with the bureaucratic activities and conflicts resolution and assistances nurses, together with technicians and assistant assuming patient care. This care is fragmented, technical, existing prevalence of the light-hard and hard technologies. The nurses feel with little autonomy and they request training for the managerial function exercise, as well as revision of their roles. Even due to those difficulties, the professionals are committed and involved with the work. The implantation of the Systemization Attendance Nursing is a progress, that it is in construction process and will represent an approach of the nurse with the integral care. As proposal for reorganization of the nursing work process in the referred institution, centered in the model techno-assistance, with the purpose of cure promoting, we suggested that are made critical reflections as for the current context, developing a continuous work with the managers' group for revision of their competences, training and the implantation of solemnity-help net (managers' net), where the administration model was applied so that, sharing experiences and knowledge, the same ones can redefine and to perfect the practice, and an autonomous nursing will appear and will be turned around the light technologies and the customer attention under the beginnings of the integrality.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>13</b>
1.1 APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO DE ESTUDO	14
1.1.1 O recorte do objeto e os pressupostos teóricos	18
1.2 CAMINHO TEÓRICO	23
1.2.1 O processo de trabalho em saúde	23
1.2.2 O trabalho em saúde e a gerência	28
1.2.3 A construção histórica da enfermagem no espaço hospitalar - o processo de trabalho e o foco na gerência	31
<b>CAPÍTULO II – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>38</b>
2.1 TIPO DE ESTUDO	39
2.2 CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO	39
2.3 SUJEITOS DO ESTUDO	40
2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	42
2.5 CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	44
2.5.1 Etapa exploratória	44
2.5.2 Coleta de dados	45
2.5.3 Análise dos dados	48
<b>CAPÍTULO III – PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR NA DIMENSÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO</b>	<b>54</b>
3.1 O CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO E A ORGANIZAÇÃO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO	56
3.1.1 As ferramentas analisadoras	57
3.1.2 O processo de trabalho	62
3.1.3 O contexto	72
3.2 AUTONOMIA E VÍNCULO NA CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	79
3.2.1 O vínculo com a instituição e sua prática	79
3.2.2 As habilidades do enfermeiro	82
3.2.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem	84
3.2.4 Autonomia e poder	86
3.2.5 O desenvolvimento profissional	95
3.3 AS TEIAS DE RELAÇÕES ENTRE OS DIFERENTES SUJEITOS QUE INTEGRAM A PRÁTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM	101
3.3.1 As relações no interior da equipe	101
3.3.2 As relações multiprofissionais	108
3.4 O GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM – CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE EM BUSCA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL	114

<b>CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>136</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>155</b>
APÊNDICE A: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO ASSISTEMÁTICA	<b>156</b>
APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA (ENFERMEIRO)	<b>157</b>
APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA (TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM)	<b>158</b>
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	<b>159</b>
<b>ANEXO</b>	<b>160</b>
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	<b>161</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1.</b>	Distribuição dos informantes escolhidos para amostra, por segmento, cargo e categoria profissional. Fortaleza-CE, 2006.	<b>42</b>
<b>QUADRO 2.</b>	Grupo de participantes do estudo.	<b>46</b>
<b>QUADRO 3.</b>	Representação dos componentes do Grupo I.	<b>47</b>
<b>QUADRO 4.</b>	Representação dos componentes do Grupo II.	<b>47</b>
<b>QUADRO 5.</b>	Representação dos componentes do Grupo III.	<b>48</b>
<b>QUADRO 6.</b>	Primeiro recorte para análise de conteúdo por entrevistado.	<b>50</b>
<b>QUADRO 7.</b>	Confronto dos depoimentos do Grupo I.	<b>51</b>
<b>QUADRO 8.</b>	Confronto dos núcleos de sentido entre os Grupos I, II e III.	<b>51</b>
<b>QUADRO 9.</b>	Confronto dos “corpus de comunicação” entre os Grupos I, II e III.	<b>52</b>
<b>QUADRO 10.</b>	Representação dos documentos de acordo com a codificação.	<b>53</b>

**CAPÍTULO I**  
**CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

## 1.1 APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO DE ESTUDO

Quando fomos estimuladas a definir a temática a qual iríamos nos dedicar para desenvolver a pesquisa, rebuscamos na memória e capturamos os elementos da nossa vivência como enfermeira, e os vários questionamentos e reflexões desenvolvidas durante esses anos acerca do processo de trabalho em que estávamos inseridas.

Reportamo-nos, então ao início da nossa trajetória profissional, em agosto de 1990 quando recém-formada, conseguimos nosso primeiro emprego em uma instituição hospitalar privada. Passamos a trabalhar então, 44 horas semanais (oito horas diárias – segunda a sexta e quatro horas no final de semana, intercaladas entre sábados e domingos), desempenhando funções quase que exclusivamente administrativas.

A formação acadêmica que havíamos recebido nos conferia certa segurança no desenvolvimento de atividades assistenciais, visto que dominávamos toda a seqüência dos procedimentos de enfermagem (desde a técnica de lavagem das mãos até o preparo do corpo após a morte), conhecíamos os processos fisiopatológicos, desenvolvíamos com habilidade o processo de enfermagem da Wanda Horta<sup>1</sup>, mas não sabíamos lidar com a equipe de enfermagem, com tomada de decisão, com problemas do cotidiano da equipe. O pouco que havíamos conhecido nessa área, se resumia a discussões de textos em sala de aula e dos modelos de escala de serviço, e estágios de observação da dinâmica dos serviços de enfermagem, nos hospitais por onde passávamos durante o curso. A vivência, o cotidiano das relações interpessoais, os conflitos do dia a dia, nós não tínhamos a propriedade para assumi-los.

O hospital em questão contava com uma diretoria nova, que o havia recebido com inúmeros problemas no serviço de enfermagem, dentre estes:

---

<sup>1</sup> Wanda de Aguiar Horta, enfermeira brasileira, na década de 60 propôs que o processo de enfermagem estivesse fundamentado na teoria das necessidades humanas básicas, afirmando que suas manifestações ou alterações explicitadas por meio de sinais e sintomas, verbalizadas ou não, caracterizavam um problema de enfermagem, e, portanto, exigiam cuidado profissional do enfermeiro. (MIRANDA, 2002).

1. predominância de trabalhadores sem qualificação (atendentes de enfermagem), que estavam acostumados a tomar conta de tudo, resistentes à hierarquia, cheios de vícios, inclusive sendo responsáveis pela supervisão da equipe nos finais de semana e serviços noturnos (às funcionárias mais antigas e de confiança do Diretor clínico era delegado o papel de supervisor, um cargo que na realidade se restringia em “vigiar” o grupo para posteriormente, prestar contas aos patrões do desempenho detalhado de cada funcionário). 2. quadro de enfermeiros insuficiente (o que na realidade já estava causando problemas com o Conselho Regional de Enfermagem – COREN, pela exigência por lei<sup>2</sup> na manutenção de enfermeiro no cargo de gerência e supervisão da equipe). 3. baixa qualidade na assistência prestada ao cliente (conseqüente de todas estas dificuldades já apontadas).

Com a expectativa de que nós pudéssemos ajudá-lo a modificar este quadro tão indesejado que se apresentava e que repercutia significativamente na imagem da instituição enquanto prestadora de cuidados de saúde, o Diretor nomeou-nos enfermeira-chefe do Hospital<sup>3</sup>.

Para situarmos melhor o contexto em que estávamos sendo inseridas, caracterizaremos a instituição hospitalar, de acordo com aquele momento histórico. Tratava-se de uma instituição hospitalar ligada a uma organização religiosa pertencente à Ordem dos Camilianos (procedentes de Roma), que no Brasil se instalara em 1930, na Vila Pompéia – Estado de São Paulo, com a missão de zelar pelas atividades de formação religiosa e de pastoral da saúde, como também se estendendo às ações de assistência à saúde e assistência social. No Brasil, vários hospitais foram doados aos camilianos, sendo os mesmos administrados conforme os preceitos religiosos predominantes na época. A doação do hospital em destaque ocorreu em 1989, pelo Instituto de Previdência do Clero do Estado. (PROVÍNCIA CAMILIANA BRASILEIRA, 2006).

Retornando ao cenário de origem, o hospital em questão contava com 60 leitos, distribuídos em três pavilhões (porte vertical), onde constava de clínicas

---

<sup>2</sup> Lei 7498/86, Art. 11 – O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: I – privativamente: a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem. (COREN, 2006).

<sup>3</sup> Enfermeira-chefe era o nome dado à enfermeira responsável pela administração do serviço de enfermagem daquela instituição hospitalar.

médicas e cirúrgicas, centro cirúrgico, centro obstétrico (sala de parto, pré-parto), clínica obstétrica, berçário, unidade especializada em oncologia e unidade de terapia intensiva. Havia apartamentos (particular e convênios) e enfermarias; era mantido predominantemente pela verba do SUS e complementada pelos convênios e particulares. Contava com uma equipe de enfermagem constituída de um quadro bastante reduzido de enfermeiros e com predomínio de atendentes de enfermagem.

Dentre as decisões tomadas enquanto atuamos como chefe de enfermagem na referida instituição (onze meses), podemos citar: recrutamento e seleção de novos profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares) – para substituir os funcionários que não se adequavam às mudanças exigidas pela atual administração; instituição de normas e rotinas de funcionamento – para disciplinar e padronizar as atividades desenvolvidas, definição de papéis; aplicação de medidas disciplinares como advertências, suspensões aos profissionais que não cumpriam as “determinações” instituídas; entre outras.

Fizemos algumas modificações consideráveis naquele hospital, contratamos profissionais mais qualificados, aumentamos o quadro de enfermeiros, capacitamos os profissionais já existentes através de treinamentos ministrados, além de termos contribuído com o nosso potencial de profissional enfermeiro como cuidador, pois por muitas vezes estivemos a beira do leito tentando prestar um cuidado mais humanizado. Mas somos cientes que, como gerente de enfermagem nos deixamos dominar muito pelo poder, pelos interesses organizacionais, puramente burocráticos e aprendemos que é preciso resgatar o que tem de melhor no ser humano, buscar no seu contexto, na sua essência, as suas potencialidades. É preciso trabalhar COM a equipe e PARA o paciente, estes sim, são o nosso foco de atenção.

Após esta primeira experiência, passamos a questionar a dicotomia existente entre o que vivenciávamos na prática, no cotidiano de trabalho e o que nos era apresentado nos bancos da universidade.

Posteriormente, passamos a trabalhar como professora de curso profissionalizante de enfermagem, experiência que nos permitiu conhecer mais de

perto os profissionais de nível médio e compreender a relação existente entre estes e os enfermeiros. Passamos então a desmistificar a imagem que havíamos formado de total domínio do poder por parte do enfermeiro, e subalternidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem e compreendemos que a relação interpessoal desenvolvida no espaço de trabalho da enfermagem deve ser permeada de muito diálogo, companheirismo, respeito e ética.

Em 1994, ingressamos como enfermeira por concurso público, no hospital que hoje serve de campo de investigação para nossa pesquisa, sendo designada pela Diretora de Enfermagem da referida instituição para trabalhar em uma unidade de clínica médica. Foram cinco anos de trabalho nesta unidade, como enfermeira assistencial.

Privaremos-nos de relatar com detalhes a nossa trajetória como enfermeira assistencial na referida instituição para não induzir nenhum julgamento prévio dos fatos que iremos apresentar no decorrer da apresentação dos resultados do estudo. Salientamos apenas que este foi mais um motivo que nos inquietou na necessidade de aprofundar o conhecimento nessa área, em busca de resposta as nossas inquietações.

Em 2001, passamos a trabalhar como enfermeira do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, setor responsável pelo acompanhamento e coordenação de estágios, pesquisas e eventos na área, desenvolvimento de cursos de capacitação e treinamentos para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e assessoria à Diretoria de Enfermagem e sua equipe de Coordenadores e Gerentes de Unidade, para o desenvolvimento da equipe e a prestação da assistência de enfermagem com qualidade.

Como enfermeira do serviço de educação continuada em enfermagem tivemos a oportunidade de acompanhar de perto a dinâmica de trabalho do corpo diretivo da enfermagem, suas dificuldades, as mudanças instituídas e suas repercussões, compartilhando das dificuldades e assessorando na tomada de decisões.

O conhecimento da temática fora complementado por duas especializações na área: em 1995, o curso de especialização em Administração Hospitalar e em 2004, o curso de Especialização em Gestão Universitária. Este último culminando com a produção da monografia intitulada: Perfil Gerencial dos Enfermeiros de um Hospital Público de Ensino de Fortaleza-CE. (NÓBREGA, 2005), onde apresentamos o perfil dos enfermeiros gerentes de unidades de um hospital público federal considerando os aspectos sócio-demográficos, a capacitação na área de gestão, experiência anterior, características inerentes ao cargo que os mesmos possuem e as atividades gerenciais desenvolvidas na Instituição.

As várias vertentes aqui apresentadas culminaram com o interesse pelo aprofundamento da temática e a busca de respostas para as questões encontradas no nosso cotidiano de trabalho, ora como enfermeiro-gerente, ora enfermeiro-assistencial, outro momento discente ou assessor, professor. A verdade é que, seja qual for a oportunidade que nos é dada, as relações de trabalho precisam ser revistas, refletidas e transformadas para o alcance de objetivos comuns.

#### 1.1.1 O recorte do objeto e os pressupostos teóricos

Falar sobre o processo de trabalho em enfermagem nos remete a buscar a sua história na organização do processo de trabalho na indústria e em outros setores da economia, fundamentado em estruturas produtivas, hierárquicas e mecanicistas que marcaram a sua gênese, e se propagaram para os trabalhadores da saúde, e particularmente, da enfermagem.

Nogueira (1997) considera que o processo de trabalho em saúde contempla três aspectos fundamentais: a natureza formativa dos profissionais de saúde, a gestão e gerência dos serviços e a produção propriamente dita. A dimensão da gerência dos serviços, na opinião do autor, não é tarefa fácil, pois a direcionalidade dos atos técnicos produzidos na saúde depende do comportamento dos profissionais que a compõem.

O trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo. (RODRIGUES; ARAÚJO, 2006, p. 2).

Esta visão “coisificada” do sujeito, na relação profissional nos serviços de saúde ainda perpassa a organização do trabalho e tem sido ponto de crítica entre autores que vislumbram uma relação mais flexível, dinâmica e cooperativa, pautada no diálogo e na construção coletiva, onde o homem seja sujeito imerso na história e na sociedade, com capacidade de reagir ao contexto, com autonomia, buscando satisfazer os seus interesses e necessidades (CAMPOS, 2000).

O mesmo autor, havia relatado que as organizações de saúde dificilmente têm se preocupado em produzir sujeitos sociais, pela sua prática gerencial em controlar os trabalhadores, ao invés de estimulá-los a se constituírem como sujeitos autônomos e responsáveis.

Falando especificamente do processo de trabalho em enfermagem, Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) concordam que o mesmo configura-se em uma combinação de três ações básicas que se complementam: cuidado, educação e gerência dos serviços de enfermagem. Estas ações direcionam-se para o atendimento às necessidades do indivíduo e desenvolvem-se de maneira interligada.

Trataremos neste estudo de uma dessas faces do processo de trabalho do enfermeiro – o gerenciamento – não por considerarmos de maior importância, mas pelo interesse despertado pelo tema em virtude da nossa trajetória profissional e pelas inquietações advindas do cotidiano de trabalho em instituição hospitalar pública de ensino, em que vivenciamos a dinâmica organizacional do serviço de enfermagem, em doze anos de serviço.

O gerenciamento dos serviços de enfermagem, em instituições de saúde constitui-se em uma atividade extremamente complexa e polêmica visto que exige dos profissionais, competências peculiares para a implementação de estratégias adequadas ao atual contexto.

Apesar de obter, na sua formação acadêmica, conhecimentos acerca do processo gerencial, o enfermeiro ainda vivencia conflitos e incertezas no decorrer da sua atuação específica nesta área. Isto se dá, na opinião de Trevisan *et al.* (2002), pelo fato deste incorporar funções gerenciais ao seu trabalho, que se somando às demais atribuições, gera uma dicotomia entre o que se espera do enfermeiro, na visão dos teóricos de enfermagem, e o que se verifica na sua ação cotidiana nas instituições de saúde.

Estudos de Ciapone e Kurcgant (2004, p. 401) confirmam

A necessidade da participação da academia e dos serviços, num esforço conjunto para rever as práticas e as intervenções necessárias, no âmbito gerencial, repensando as dicotomias existentes entre os propósitos e projetos de formação da força de trabalho em saúde e propósitos e projetos dos serviços, implicando em mudanças na visão de mundo, de idealista para realista.

Concordamos com Trevisan *et al.* (2002) quando falam que ainda ocorre com os enfermeiros gerentes a cobrança para que cumpram normas e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado, ou para fatos não contemplados no esquema.

As gerentes de enfermagem, muitas vezes, assumem o cargo em situações emergenciais, quando da necessidade de mudança de postura administrativa ou nas relações de trabalho dentro da unidade, se deparando com conflitos e problemas de difícil resolução, que exigem do gestor poder de negociação, maturidade, experiência e discernimento para desenvolver suas ações de modo a satisfazer às necessidades do cliente (paciente), do corpo funcional (constituído de profissionais de extrema heterogeneidade, principalmente no aspecto atitudinal, e da administração, diante da falta de recursos financeiros, humanos e materiais).

Observamos que a capacitação para o exercício da gerência, na maioria das vezes, não é o pré-requisito considerado, até mesmo pela grande recusa por parte dos enfermeiros em aceitar o cargo.

A importância da prática de gestão, bem como a participação dos enfermeiros e o espaço que ocupam na dinâmica do processo organizacional das instituições de saúde contemporâneas, remete-nos a pensar no caráter complexo e polêmico da gestão, que, por conseguinte constitui-se desafio teórico-prático para os gestores do setor saúde, especialmente os enfermeiros, que têm sobre si responsabilidades de gerir unidades e serviços. (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004, p. 395).

Baseados nestes conhecimentos, levantamos os seguintes questionamentos:

- Como se organiza o trabalho no gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem em um hospital público de ensino de Fortaleza-Ceará?
- Quais os elementos que compõem as atividades gerenciais da equipe de enfermagem e suas articulações com as tecnologias produzidas no referido espaço hospitalar?
- Quais as concepções da equipe de enfermagem sobre o trabalho gerencial em uma unidade hospitalar pública de ensino?

No sentido de compreender essa realidade a pesquisa objetiva:

- Analisar a organização do trabalho (processo de trabalho) no gerenciamento do cuidado da equipe de enfermagem em uma unidade hospitalar pública de ensino de Fortaleza-Ceará no modelo clínico de intervenção, considerando: objeto, agentes, tecnologias, produtos e finalidades do trabalho em enfermagem;
- Descrever as atividades gerenciais desenvolvidas pela equipe de enfermagem e suas articulações com as tecnologias produzidas no cotidiano hospitalar;
- Compreender as concepções de trabalho gerencial da equipe de enfermagem que atua na referida unidade hospitalar pública de ensino.

Fundamentados nesses objetivos, elaboramos os seguintes pressupostos teóricos:

- O processo de trabalho do gerenciamento do cuidado é nuclear no campo das práticas de enfermagem hospitalar e constitui-se em um processo histórico;

- No processo de trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino, os mesmos continuam desenvolvendo práticas gerenciais de enfermagem pautadas nos modelos funcionalistas e burocráticos;
- As relações sociais estabelecidas entre os gerentes de enfermagem e os diferentes interlocutores da saúde em instituições de ensino públicas, que produzem os serviços de saúde devem ser compreendidos a partir do reconhecimento dos conflitos e interesses diferenciados entre os sujeitos; suas representações (enquanto cargo executivo) são portadores de ideologias e visões de mundo diferentes na conformação de suas práticas de gerenciamento.

O estudo apresenta relevância pelas reflexões suscitadas acerca do processo de trabalho do enfermeiro gerente da instituição hospitalar de ensino, como também pela contribuição que poderá gerar para a implementação de um programa de gestão participativo, democrático, viável que venha a desenvolver e promover excelência no ensino, na pesquisa e atenção à saúde, com responsabilidade social, integrado ao modelo de saúde vigente (BARROS FILHO, 2004).

Considerando a problemática da gestão dos serviços de saúde, os meios muitas vezes inadequados de escolha de profissionais com o perfil adequado para assumir o papel de gestor, a fragilidade na formação acadêmica dos enfermeiros na área de gestão, comumente distante da prática e as falhas na capacitação dos enfermeiros para assumir a função de gerentes, que se constituem em pequenos cursos, sem continuidade é que propomos este estudo visando o conhecimento da realidade e a mudança deste paradigma.

O estudo justifica-se visto que possibilitará a produção de novas pesquisas na área em questão, de modo a transformar as práticas gerenciais encontradas no cotidiano, em relações mais integralizadas, democráticas e construtivas.

## 1.2 CAMINHO TEÓRICO

### 1.2.1 O processo de trabalho em saúde

Para iniciarmos uma reflexão acerca do processo de trabalho em saúde é preciso compreender alguns dos seus conceitos básicos. Etimologicamente, a palavra trabalho deriva de *tripalium* (instrumento de tortura utilizado para punir criminosos, que ao perderem a liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado), passando a idéia inicial de sofrimento, desqualificação, castigo. Posteriormente, passou a ser reconhecido como ofício, tendo na língua portuguesa o significado de atividade, ocupação, algo contrário ao lazer. (CODÓ; SAMPAIO; HITOMI, 1993).

Até o Cristianismo, o trabalho era visto como forma de enriquecimento, mas tendo como consequência o distanciamento de Deus. Esta idéia foi trazida na Bíblia, segundo Lima (2001, p. 73), no livro do Gênesis, que relata que, perante a desobediência de Adão e Eva, Deus os condenou com o trabalho, ou seja, que a partir daquele momento, estes somente poderiam se alimentar se “arrancassem o alimento à custa de penoso trabalho [...]”.

Os valores culturais, as crenças, os mitos tiveram grande influência na percepção do trabalho como algo negativo, que era conferido como uma sentença e não como uma forma de subsistência.

Marx trouxe outra conotação ao trabalho, desmistificando as idéias do senso comum, e levando o homem a refletir sobre ele. Este atribui relação entre o trabalho, o homem e a natureza, conferindo ao homem a capacidade para atuar ativamente neste processo, modificando-o, impulsionando-o e controlando-o (MISHIMA et al., 1997). O homem

[...] defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (MARX, 1980, apud MISHIMA et al., 1997, p. 269).

Essa nova visão de trabalho, instituída por Marx, desfaz a conotação negativa que se tinha deste, visto como castigo, transformando-a em trabalho defendido como labor. Essa nova percepção coloca no homem a idéia de trabalhador produtivo, oriunda do mercantilismo e capitalismo. (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

Essa idéia de produtividade do trabalho se propaga por todas as esferas da sociedade e o homem passa a ser visto como um meio para atingir as finalidades capitalistas, que vale pelo que produz. Outro aspecto importante referido por Mishima *et al.* (1997), é o reconhecimento de três características fundamentais no trabalho humano: a sociabilidade, a historicidade e a intencionalidade.

Diferente do trabalho do animal, o homem pode, separadamente do ato próprio do trabalho em si, pensar o que irá realizar. Merhy, no texto “em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde” (MERHY, 2006), descreve uma comparação feita por Marx entre o trabalho de um arquiteto e o trabalho de uma abelha, que retrata esta intencionalidade.

Segundo Marx, uma abelha para produzir sua moradia (a colméia), segue sempre o instinto e como se estivesse obedecendo a um código fixo, a produz sempre da mesma forma. Ou seja, ela repete os mesmos rituais, com os mesmos materiais, geração a geração. Já o homem-arquiteto, para construir uma moradia, ele a projeta mentalmente, antes mesmo da concretização da obra, ao processo de trabalho em si; e tem a autonomia de, a cada nova casa que irá projetar, criar um novo modelo, de acordo com as suas expectativas.

Vale ressaltar outra diferença encontrada entre o trabalho do homem e o da abelha, é que a abelha o planeja no momento da execução e o homem tem a liberdade de planejá-lo e posteriormente executá-lo.

Fazendo uma breve síntese da visão capitalista do trabalho, este começou a ser valorizado a partir da revolução industrial (século XIX), quando o homem foi visto como meio de produção de capital. A revolução industrial trouxe

ainda a divisão social do trabalho, com a fragmentação das tarefas, a hierarquia, o controle e a necessidade de coordenação das atividades. (BRAVERMANN, 1987).

Importante se faz que estabeleçamos alguns conceitos elaborados por Merhy (2006) para a compreensão do processo de trabalho. Utilizaremos, portanto o exemplo relatado pelo autor, que se refere ao trabalho do marceneiro.

Segundo Merhy (2006), para que o marceneiro produza uma cadeira, ele utiliza alguns componentes: o trabalho em si – que é o ato próprio de executar a operação, o conjunto de elementos utilizados como matéria prima (madeira, prego) e as ferramentas (martelo, serrote) utilizadas por ele para a produção da cadeira. Estes três elementos reunidos não produzem uma cadeira, se não forem articulados, através de um certo modo de organização, com uma determinada finalidade, pela ação e desejo do marceneiro. Para chegar ao produto final, o marceneiro utilizou sua “sabedoria”; sem ela, não haveria produção da cadeira, mas simplesmente um “amontoado de materiais”.

Observamos que estas ferramentas e a matéria prima são produto de um trabalho anterior, ou seja, um dia foram produzidas por outro marceneiro através de um trabalho em ato; um dia foram trabalho vivo mas hoje são denominadas trabalho morto, estão “cristalizados”. À sabedoria utilizada pelo marceneiro, para produzir a cadeira, com um modelo que o agrada, ou agrada àquele sujeito que o encomendou, chamamos de saberes tecnológicos ou um certo modo de saber fazer algo.

Interessante ressaltar que este é um processo dinâmico, ou seja, a cadeira que hoje é trabalho vivo, amanhã se transformará em trabalho morto. Ao trabalho vivo, chamamos de instituinte, ou seja, que está em ação e ao trabalho morto, que está cristalizado, chamamos de instituído.

Esses conceitos (instituído e instituinte) foram trazidos por Foucault, e se referiam às críticas às instituições tradicionais – instituídos, e a inserção de comportamentos não convencionais – instituinte. (TESTA, 2006, p. 57).

Interessante lembrar que o homem tem autonomia, aqui denominada por Merhy de “autogoverno”, para se utilizar (ou não) desse trabalho morto (instituído) na realização do seu trabalho vivo (instituinte).

saberes tecnológicos e agentes que estão imersos em um espaço instituído, onde está presente o trabalho morto, profundamente cristalizado e onde diariamente se constrói o trabalho vivo em ato, ou seja, existe uma dinâmica relacional constante entre o instituinte e o instituído. O trabalho vivo é o trabalho em ação, e o trabalhador pode usar da criatividade e autonomia, utilizando os instrumentos que estiver a seu alcance para atingir os objetivos pretendidos (SCHIMITH; LIMA, 2004).

No trabalho em saúde, obtemos como resultado a construção do espaço interseção entre o usuário e trabalhador de saúde, onde este (trabalhador) satisfaz as necessidades do usuário, sendo essas necessidades muitas vezes vistas como carência de saúde ou ainda como um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo. A finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, resultando na cura e na saúde do cidadão. A produção do trabalho em saúde se dá no momento exato do consumo, por isso a sua dinamicidade (MERHY, 2006).

Peduzzi (2002) considera o trabalho em saúde como reflexivo, e imprescindível à sociedade, tendo algumas semelhanças e diferenças com o modo de operar o trabalho na sociedade contemporânea. Consideram-se as semelhanças, pela incorporação da alta tecnologia e pelo modo de gerenciamento pautado, predominantemente, nos moldes tayloristas e fordistas, o que vem desencadeando diversos conflitos nas relações profissionais e constrangimentos organizacionais. Atribui como diferença à natureza peculiar do saber e o rápido desenvolvimento de pesquisas nesta área.

O trabalho em saúde, na sociedade capitalista, objetivou recuperar a saúde do trabalhador, visando mantê-lo produtivo, para satisfazer os interesses da classe dominante, em uma atenção voltada exclusivamente para os aspectos biológicos da doença (MISHIMA, 1995).

Nogueira (1997) faz uma abordagem crítica do processo de trabalho em saúde, referindo que o mesmo não pode ser visto com a mesma dimensão da indústria, pois não se realiza sobre coisas e máquinas mas sobre pessoas. Essas

peças participam ativamente desse processo de trabalho, numa inter-relação dinâmica, sendo, portanto, co-participes do sucesso ou fracasso do mesmo.

Ainda, para Nogueira (1997), no processo de trabalho em saúde, há uma integração entre os aspectos manuais e intelectuais, apesar de reconhecer que os médicos detêm certas funções intelectuais, enquanto as atividades manuais são delegadas a outros elementos da equipe.

Na nossa opinião, esta integração não é percebida em todos os serviços de saúde, pelo contrário, a separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual é bem presente e cultivada nas instituições.

Outro aspecto revelado pelo autor é a fragmentariedade dos atos, ou seja, o trabalho é subdividido por atividades ou especialidades. Essa característica é bem evidente, no atendimento ao cliente nos serviços de saúde. Diferentes profissionais executam suas atividades, de acordo com a sua especialidade (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros) e dependendo da área, ainda existem as subdivisões (os médicos atendem distintas especialidades; os profissionais de enfermagem dividem os procedimentos a serem executados). Teixeira (2006) complementa que ainda predominam o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de qualquer possibilidade de integração das diversas áreas.

### 1.2.2 O trabalho em saúde e a gerência

Consideramos, de acordo com diversos autores, entre eles, Mishima (1995) e Nogueira (1997), que a gerência é um dos componentes do processo de trabalho, tendo a flexibilidade de transformá-lo e ser transformado por este, conforme as finalidades das organizações de saúde. Para Mishima (1995), abrange quatro dimensões específicas e complementares: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

Como dimensão técnica compreende todos os conhecimentos e habilidades necessárias ao desenvolvimento das ações gerenciais, ou seja, o direcionamento do processo de trabalho. A dimensão política está ligada à articulação que deve existir entre o processo de gerenciamento e as políticas sociais e de saúde.

Quanto a dimensão comunicativa, refere-se a habilidade em estabelecer negociação nas relações de trabalho, estando o desenvolvimento da cidadania a função implícita de emancipação dos sujeitos sociais.

Chiavenato (2000), apesar de pertencer a uma linha teórica diferente, também defendeu a necessidade dessa multiplicidade de conhecimentos.

Existem três tipos de habilidades que o gerente deve possuir para obter sucesso na organização, ou seja: **habilidade técnica**, que consiste na utilização do conhecimento científico, nos métodos, nas técnicas e equipamentos específicos para a realização das tarefas gerenciais; **habilidade humana** ou capacidade de discernimento para trabalhar com pessoas, utilizar a comunicação, compreender formas de atitudes e motivações e desenvolver uma liderança eficaz; **habilidade conceitual** ou capacidade do gerente em lidar com idéias e conceitos abstratos e filosóficos e princípios gerais de ação. (CHIAVENATO, 2000, p. 2).

Observamos que a gerência enquanto parte do processo de trabalho é considerada dinâmica e interdisciplinar, visto que envolve não somente ações de ordem técnica, mas também políticas, econômicas e sociais presentes nas instituições de saúde. Do mesmo modo, requer do profissional uma visão holística, multidimensional e flexível.

Não se pode gerir um grupo de trabalho sem considerar o contexto em que o mesmo está inserido, seus valores, suas atitudes, suas necessidades. A gerência se constrói a partir de um objetivo, em prol da coletividade. Vaghetti *et al.* (2004) concluíram que não se pode gerenciar sozinho, de forma assistemática, descontinuada.

Muitos profissionais competentes tecnicamente se perdem ao gerenciar serviços por não conseguirem atingir o equilíbrio entre tomada de decisões e implementação das ações. Ciapone e Kurcgant (2004, p. 405) falam que: “[...] a

prática gerencial não é neutra, [...] esta corresponde a um dado modelo de organização de trabalho assistencial e gerencial adotados nos diferentes serviços.”

No caso de organizações onde predominam as regras de mercado (sustentadas pelo modelo neoliberal), a gestão obedecerá aos princípios da administração empresarial, onde se privilegia a produtividade e o lucro. Entretanto, nas organizações onde predominam os interesses coletivos, a perspectiva administrativa busca a organização da produção das ações de saúde tendo como substrato o conjunto das necessidades sanitárias de uma coletividade (CAMPOS, 1994).

Os modelos mais tradicionais de gestão são representados por estruturas altamente hierarquizadas, onde as profissões se agregam de forma verticalizada, havendo o apoderamento dos grupos socialmente mais reconhecidos (no caso, os médicos), e cada categoria profissional elabora suas próprias linhas de trabalho, objetivos e normas, não havendo integração no desenvolvimento das atividades. Existe uma burocratização dos processos, cada um faz somente aquilo que é ligado a sua área técnica, conseqüentemente, ocorrem os conflitos entre os grupos.

Campos (2002) ressalta, entretanto, que as experiências radicais de horizontalidade de organogramas, onde o poder se distribui de forma igual entre todos os profissionais que desenvolvem suas atividades na instituição de saúde, também não apresentaram resultados satisfatórios. Com o tempo, os profissionais tornam-se resistentes e diminuem suas capacidades de executarem procedimentos típicos de sua profissão ou especialidade, mesmo quando necessário. Para Campos (2006), esta forma de gerenciar o trabalho em saúde está ligada ao modelo taylorista, onde há existência de supervisão direta, controle de horário e produtividade.

A abordagem de gerenciamento a ser utilizada nos serviços de saúde, enquanto instrumento de processo de trabalho, pode se constituir, na opinião de Mishima (1995), como elemento primordial para a implementação de mudanças pela sua função integrativa.

É importante que os novos modelos de gestão assegurem ao usuário acesso, acolhimento, aumento da capacidade resolutive, inclusive com ampliação do seu grau de autonomia. E que os trabalhadores em saúde façam uma gestão colegiada, onde possam somar seus conhecimentos de forma dialética, com responsabilização e compromisso social.

Observamos que muitas concepções surgem acerca do gerenciamento, entretanto, esperamos que a transformação da prática gerencial seja fundamentada nestas teorias, mas principalmente voltada para o sujeito, não como objeto mas como principal agente desta ação.

### 1.2.3 A construção histórica da enfermagem no espaço hospitalar - o processo de trabalho e o foco na gerência

Para falarmos sobre o início da enfermagem hospitalar, precisamos nos reportar a história do nascimento do hospital, visto que a enfermagem é uma das profissões que se origina a partir deste e para conhecê-la, é preciso compreender o aparecimento do hospital, sua finalidade e sua evolução.

Somente no final do século XVIII, o hospital passou a ser considerado como instrumento terapêutico, com finalidades médicas, quando Howard e Tenon elaboram estudos da estrutura física e funcional do mesmo e, através dos seus diagnósticos, despertam o interesse para sua recuperação. (FOUCAULT, 1979).

Antes do século XVIII, o hospital era um abrigo de assistência aos pobres e doentes. Sua função era retirar do convívio dos nobres, aqueles doentes e pobres, para que fossem cuidados por pessoas religiosas, caridosas ou alguns leigos voluntários, que estavam lá para fazer caridade. Segundo Foucault (1979), não havia nenhuma finalidade curativa naquela atenção dispensada aos doentes, mas somente aliviar-lhes o sofrimento, assegurar-lhes a salvação da alma. Do mesmo modo, àquelas pessoas caridosas eram também asseguradas as salvaçãoes de suas almas.

Muitas das pessoas que procuravam os hospitais eram mendigos, ladrões, loucos, prostitutas e os hospitais funcionavam também como um “filtro” para a sociedade. Fazendo uma síntese do que o mesmo representava naquela época, tinha a “função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população”. (FOUCAULT, 1979, p. 102).

Segundo Pitta (1999), embora os hospitais não tivessem a função primordial de cura, não se podia negar que alguns deles a conseguisse, entretanto os estudos demonstravam que produziam, no seu interior surtos epidêmicos devido a não manutenção de princípios básicos de higiene, desconhecidos na época.

A formação do médico naquela época (séculos XVII e XVIII) era totalmente voltada para a transmissão de conhecimentos teóricos, individualistas. Não havia contato com a prática hospitalar, as receitas eram passadas como uma herança, dos mais velhos para os mais novos que as testavam nos doentes. Não havia nenhum princípio científico nestas formulações, a cura se fazia por “um jogo entre a natureza, a doença e o médico”. (FOUCAULT, 1979, p. 103).

Conforme Foucault (1979), somente em meados do século XVIII, houve a preocupação em organizar os hospitais, pelo interesse econômico que o mesmo representava, em virtude da desordem que os traficantes estavam fazendo, em burlar a inspeção marítima, quando inventavam que estavam doentes e transportavam para os hospitais objetos preciosos e especiarias. De lá saíam, sem que fossem inspecionados. Outro fator considerado na reorganização dos hospitais (marítimos e militares) foi o aparecimento de doenças epidêmicas, trazidas para as cidades pelos homens, sendo necessário que se tomassem medidas urgentes para que as mesmas não se propagassem na sociedade.

Do mesmo modo, havia a preocupação com a saúde dos militares, pelo fato de que estes representavam um custo muito alto, haviam sido muito bem treinados e não poderiam morrer de doenças epidêmicas. Deveriam estar em plena forma para as guerras, só devendo morrer em batalha.

Ocorre então, a reorganização política e administrativa dos hospitais, extremamente marcada pela disciplina. Neste momento, o hospital se medicaliza, com o intuito de transformar as condições do meio em que o doente se encontra, voltando-se agora não mais para o doente individualizado, mas para o coletivo, de modo a dizimar as epidemias. Neste momento, o poder dentro da instituição hospitalar é transferido das instituições religiosas para o médico. A partir de então, socialmente o médico é o responsável pelo disciplinamento e organização do espaço hospitalar. (FOUCAULT, 1979).

Almeida e Rocha (1997) complementam que a transformação do hospital enquanto local de cura também se deu em virtude do capitalismo (revolução industrial), que trazia a necessidade da manutenção de mão de obra produtiva, e para isso era necessário ao homem que estivesse saudável. O médico é quem sozinho responde, neste momento pelas propriedades de fazer o diagnóstico e terapêutica.

Neste processo de nascimento do hospital como local de cura a enfermagem se institucionaliza, para juntamente com o médico, possibilitar esta recuperação do corpo individual, entretanto, é parte do trabalho médico. (CASTELLANOS *et al.*, 1989).

Neste momento ocorre também a divisão do trabalho em manual e intelectual, cabendo ao médico o trabalho mais intelectual (diagnóstico e terapêutica), o que garante a sua maior valorização no processo de trabalho. Com a ampliação da infra-estrutura institucional e a maior complexidade dos serviços, assim como aumento da demanda, ocorre a integração de outros trabalhadores ao serviço hospitalar, o que lhes confere um caráter coletivo.

Entretanto, foi Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, que oficializou os conceitos de enfermagem moderna e os conhecimentos de administração em enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Sua participação na Guerra da Criméia foi um marco na transformação da realidade dos hospitais daquela época. Através do trabalho desenvolvido com a

ajuda de 38 enfermeiras por ela recrutadas, conseguiu reduzir a mortalidade existente na época, entre os soldados.

Foram muitas as providências de caráter organizacional, instituído por Florence, envolvendo limpeza, disciplina, ordem e lazer. Era uma pessoa culta, bem posicionada socialmente, o que se tornava um paradoxo com as cuidadoras encontradas nos hospitais da época. Seu trabalho não se interrompeu com o fim da Guerra da Criméia, ao chegar na Inglaterra, continuou com a “organização de hospitais e formação de pessoal de enfermagem” (GOMES *et al.*, 1997, p. 234).

A prática da enfermagem, até o momento da medicalização do hospital (meados do século XVIII) era independente da prática médica, sendo suas ações voltadas a oferecer conforto a alma do doente. Enfermagem e medicina permaneceram independentes até o processo de transformação do hospital como local de cura, estando até hoje na busca por retomar sua independência e reconhecimento social.

A enfermagem hospitalar da época, então desorganizada, sem conhecimento específico e conduta reprovável, passa a se reorganizar em três direções a partir dos ensinamentos de Florence: a organização do cuidado – através da sistematização das técnicas de enfermagem; a organização do ambiente terapêutico – purificação do ar, limpeza; organização dos agentes de enfermagem – treinamento de técnicas e mecanismos disciplinares.

Florence institui disciplina rigorosa em seus agentes, assim como também o processo de hierarquia. Havia os profissionais que administravam – gerenciavam as atividades de enfermagem e os profissionais que executavam os cuidados diretos aos doentes. As administradoras ela chamava de *lady nurses* – eram as pessoas mais elevadas socialmente e as prestadoras de cuidados chamavam-se *nurses*, eram aquelas de nível social inferior (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Desse modo surgiu a divisão social do trabalho da enfermagem, que segundo Dantas (2000) trouxe como conseqüência, as relações de subordinação e dominação dentro da equipe, reproduzindo a situação das classes da sociedade.

Nos hospitais, apesar da hegemonia do médico, soberano entre os demais profissionais de saúde, o que predomina até os dias atuais, são as enfermeiras que asseguram o cuidado ao paciente.

Infelizmente, a gerência desse cuidado ainda se encontra predominantemente pautada nos conhecimentos oriundos das correntes funcionalistas tradicionais. Os principais influenciadores do gerenciamento em enfermagem foram às concepções administrativas de Taylor e Fayol.

Taylor e Fayol, no início do século XX, defenderam prioritariamente a racionalização do trabalho através da ênfase nas tarefas, na estrutura, na produtividade e na tecnologia. O homem como cidadão crítico, que pensa, sente, age, questiona e transforma fora deixado em segundo plano sempre em prol do crescimento da organização.

Para Médici e Silva (1995) e Silveira (1995), o modelo tradicional, unidimensional e lin063(t)7.846794(n)5.67061(n)-4.386969( )-352.3725396(m)-7.ê.33025(l)7.4

demonstrando uma mudança de postura e a preocupação com o bem estar físico e mental do trabalhador. Entretanto, estas conquistas não foram suficientes para a transformação do modelo burocrático e “engessado” utilizado pelos gestores, inclusive nos serviços de enfermagem.

O gerenciamento dos serviços de enfermagem existente na prática, seja estes hospitalares ou ambulatoriais, encontra-se muito distante do esperado. O que se observa é a reprodução dos modelos tradicionais, onde as estruturas hierárquicas de controle, submissão, obediência às normas e padrões são reproduzidas. A manutenção de teorias administrativas científicas e clássicas é predominante nas ações instituídas, o que concordam diversos autores, nos trabalhos desenvolvidos sobre a temática no campo da enfermagem (NASCIMENTO; ASSIS, 1997; MENDES et al., 2000; FRACOLLI; EGRY, 2001; ERMEL; FRACOLLI, 2003; FERNANDES et al, 2003; CIAPONE; KURCGANT, 2004; MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Nascimento e Assis (1997) questionam os modelos administrativos adotados nas instituições de saúde do Brasil, baseados nos fundamentos Taylor-Fayolista, apresentando como característica principal a resistência à transformação.

Na concepção de Mendes *et al.* (2000), para os gerentes de enfermagem que se renderam aos modelos tradicionais, o que vale é o progresso tecnológico. E para atingi-lo o homem é visto como máquina, modelo bruto preparado, condicionado e treinado a produzir, de modo a servir ao capital.

Fracolli e Egry (2001) enfatizaram a presença da tensão no interior do processo de trabalho entre os gerentes, resultado da burocracia, do controle do produto final dos trabalhadores em detrimento ao planejamento e avaliação dos profissionais e práticas de saúde. O controle de atividades, de materiais, de pessoas caracteriza os saberes clássicos da administração e a prática vivenciada no cotidiano da enfermeira gerente.

As influências das correntes administrativas tradicionalistas encontram-se fortemente impregnadas nas ações dos enfermeiros, que receberam toda essa bagagem ainda na formação acadêmica e a sedimentaram no mercado de trabalho.

Esquecemos também de nos voltarmos para o gerenciamento dos serviços, assim como enfoca Mishima (1995, p. 16), não numa visão de eficácia e eficiência, deixando de lado a afetividade, mas numa visão mais social, humanística, levando em conta que “no trabalho em saúde, a produção e o consumo estão contidos num mesmo momento, ou seja, o(s) indivíduos(s) portador(es) de necessidades recebe(m) imediatamente (na maioria das vezes) o resultado da intervenção realizada”.

É necessário construir uma prática gerencial mais dialógica, voltada para a busca incessante de práticas comunicativas entre gerentes e trabalhadores (CECÍLIO; MENDES, 2004), tendo uma maior aproximação do enfermeiro ao cliente (FERNANDES et al., 2003), utilizando – se mais da interação profissional, estabelecendo vínculos e o uso das tecnologias leves como o resgate do potencial cuidador.

Precisamos da participação da academia e dos serviços, num esforço conjunto para rever as práticas e as intervenções necessárias, no âmbito gerencial, repensando as dicotomias existentes entre os propósitos e projetos de formação da força de trabalho em saúde e aquelas dos serviços, implicando em mudanças na visão de mundo, de idealista para realista.

**CAPÍTULO II**  
**TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

## 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que compreende-nos as relações sociais, subjetividades e desejos. Bogdan e Biklen (1994) apresentam como características básicas para um estudo qualitativo: ter o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; que os dados coletados são predominantemente descritivos; a preocupação com o processo é maior do que com o produto; a preocupação com o significado das coisas é o foco do pesquisador e a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

## 2.2 CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Hospital Público Federal, que se caracteriza por ser um hospital de ensino, do município de Fortaleza-CE (Secretaria Executiva Regional III – SER III). O Hospital é parte integrante da Universidade Federal do Ceará, sendo referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde. Desempenha importante papel na assistência à saúde no Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS, teve sua origem em 1944 quando do início da construção do Hospital Carneiro de Mendonça, no bairro de Porangabussu, hoje Rodolfo Teófilo (BRASIL, 2004), culminando em 1952, quando foi iniciada a construção da 1ª Unidade do Hospital de Clínicas destinada a área de Medicina Interna e Doenças Infecto-Contagiosas (isolamento) em convênio com o Departamento Estadual da Saúde. Essa unidade constituiu-se o núcleo embrionário do atual Hospital Universitário<sup>7</sup>.

Hoje se destaca por prestar assistência de alta complexidade a saúde, indo deste transplantes hepáticos e renais a pesquisas clínicas avançadas. Considerado como a maior sala de aula da UFC, recebe alunos dos diversos cursos da área da saúde (graduação e pós-graduação) em estágios curriculares e

---

<sup>7</sup> HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, 2006.

extracurriculares, chegando a receber uma média de 1600 alunos por semestre<sup>8</sup>. Oferece à sociedade 239 leitos de internação, além de 08 salas cirúrgicas, 09 leitos de UTI e 125 consultórios especializados. O Centro de Atenção ao Idoso é referência no tratamento de doenças prevalentes nesta fase da vida.

Os recursos humanos de Enfermagem contam com uma Diretoria de Enfermagem, 03 coordenadorias e 19 gerentes de unidades, que juntas desenvolvem o gerenciamento das ações de enfermagem. Representam 40% da força de trabalho da Instituição (597 profissionais dos 1480 existentes), entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que desenvolvem suas atividades em horário ininterrupto, atendendo nas diversas unidades e especialidades.

A equipe de enfermagem é formada por distintas categorias profissionais: 149 enfermeiros e 448 técnicos e auxiliares de enfermagem<sup>9</sup>, distribuídos nas unidades de internação, unidades ambulatoriais e serviços especializados de forma racional, objetivando atender às necessidades de recursos humanos adequadas para a prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade. Cada unidade é gerenciada por um enfermeiro, sendo este responsável pela sua equipe. Os enfermeiros gerentes de unidades encontram-se diretamente subordinados a uma Coordenadoria, que por sua vez está subordinada à Diretoria de Enfermagem.

Para realização da pesquisa, encaminhamos o projeto para autorização à Diretoria de Ensino e Pesquisa do HUWC e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Foram observados os critérios éticos para as pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

### 2.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população existente é composta por: diretora de enfermagem (1), coordenadoras de enfermagem (3), enfermeiros gerentes (19), enfermeiros<sup>10</sup> (149) e Técnicos e auxiliares de enfermagem (434).

---

<sup>8</sup> Dados do último levantamento do Ministério da Educação e do Desporto (out/06).

<sup>9</sup> Dados obtidos na Diretoria de Enfermagem (dezembro/2006).

<sup>10</sup> Incluem-se enfermeiros assistenciais e demais enfermeiros que se encontram lotados em outros setores tais como: CCIH, Educação Continuada, Contas Médicas, Hemovigilância, Centro de Estudos entre outros.

Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórica-empírica,

O total de sujeitos pesquisados foi constituído de 21 profissionais de enfermagem, conforme representação no quadro a seguir.

**QUADRO 1.** Distribuição dos informantes escolhidos para amostra, por segmento, cargo e categoria profissional. Fortaleza-CE, 2006.

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>CARGO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>n</b>
Membros do segmento administrativo	Diretora de Enfermagem	Enfermeira	01
	Coordenadores de Enfermagem	Enfermeira	02
	Gerentes de Unidades	Enfermeiros	08
Membros do Segmento Assistencial	Enfermeiros		05
	Técnicos e Auxiliares de enfermagem		05
<b>TOTAL DE INFORMANTES</b>			<b>21</b>

Fonte: Elaborado pela Autora.

## 2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, optamos pela observação assistemática e a entrevista semi-estruturada, entre as diferentes técnicas.

A escolha da entrevista semi-estruturada foi relevante, por valorizar a presença do investigador. Oferece todas as perspectivas a fim de que os entrevistados alcancem a liberdade e a espontaneidade e os discursos possam enriquecer a pesquisa (TRIVIÑOS, 1990).

Para tanto, elaboramos questões que nortearam as entrevistas (APÊNDICES B e C) e que foram baseados nos objetivos e pressupostos teóricos, referidos anteriormente. O roteiro de entrevista teve a finalidade de orientar os relatos dos entrevistados e dessa forma, permitiu que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado, à luz dos discursos dos participantes que compõem o cenário da pesquisa.

Nesta perspectiva, foram elaboradas questões pertinentes e comuns e outras com especificidade, para cada grupo de respondentes, dado o caráter multidimensional dos participantes.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete, após autorização dos depoentes, e realizadas em locais agendados, previamente. Os locais utilizados como cenário para a aplicação da entrevista foram os próprios ambientes de trabalho, utilizando pequenos intervalos programados com antecedência, durante o horário de expediente. Tivemos muita dificuldade em conseguir dos profissionais escolhidos como sujeitos da pesquisa, tempo para responder à entrevista. A grande maioria alegava que não podia parar suas atividades para responder a pesquisa e por muitas vezes, nos solicitaram o formulário para que pudessem levar para casa e trazê-lo respondido. Várias vezes necessitamos remarcar a entrevista, e outras vezes escolher outro sujeito para substituí-lo.

As entrevistas duraram cerca de 15 minutos de gravação, nos quais os entrevistados, a partir do roteiro semi-estruturado, tiveram total liberdade de expressão para falar sobre a temática proposta. Durante as entrevistas não foram realizadas interferências valorativas sobre o que estava sendo expresso, no entanto, sempre que surgia no discurso estrutura relevante, prontamente, solicitávamos esclarecimentos ou incorporávamos novos questionamentos, sempre tendo como foco o objeto pesquisado. Ao todo, temos aproximadamente 300 minutos de gravações de entrevistas.

Para complementar a análise, utilizamos a observação assistemática, do processo de trabalho dos agentes envolvidos na pesquisa, utilizando para nortear a observação, temas pré-definidos (APÊNDICE A).

Com a observação obtém-se a informação no momento em que ocorre o evento, o observador está presente e ele mesmo registra os dados. A principal vantagem [...] reside no fato dos acontecimentos serem percebidos diretamente, sem nenhum tipo de intermediação, colocando o pesquisador diante da situação estudada tal qual como ela acontece naturalmente. (LEOPARDI, 2001, p. 194).

As observações foram feitas no cotidiano de trabalho dos sujeitos, procurando o entrevistador não interferir na naturalidade de suas ações. Utilizamos

diário de campo para registrar as anotações decorrentes das observações realizadas. Os dados serviram para confirmar ou refutar as informações obtidas através da entrevista.

Utilizamos documentos normativos usados pelo serviço de enfermagem da instituição, na perspectiva de compreender melhor o contexto e estabelecermos conexões com os dados obtidos nas entrevistas e observações, através do entrecruzamento dos discursos obtidos.

A escolha dos documentos foi intencional e estes foram explorados, paralelamente, às outras técnicas de coleta. Entretanto, a intencionalidade dos documentos foi se configurando, à medida que analisávamos os dados empíricos, pois nesse ínterim, manifestava-se a necessidade de outras fontes para complementar os diferentes aspectos relevantes do pesquisador. Dessa forma, os documentos analisados retratam o contexto das práticas dos envolvidos na pesquisa, para tanto selecionamos organogramas, regimentos, manuais e outros documentos.

## 2.5 CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

### 2.5.1 Etapa exploratória

Esta fase foi constituída para o estabelecimento de contatos preliminares com os sujeitos da pesquisa, com a finalidade de desenvolver vínculos que facilitasse o desenvolvimento do estudo.

Buscamos estabelecer o primeiro contato com os sujeitos escolhidos como prováveis participantes da pesquisa, para apresentar-lhes o estudo, seus objetivos, a metodologia de coleta de dados e sabermos se poderíamos programar a entrevista, caso concordassem em participar da pesquisa.

O vínculo estabelecido com os sujeitos foi facilitado pelo fato de trabalharmos na referida instituição há algum tempo. Após o aceite do sujeito, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, formalizando a parceria.

Programamos todas as entrevistas, para os meses de julho e agosto, nos horários da manhã e tarde, conforme a disponibilidade dos sujeitos. Muitas vezes, tivemos que remarcar os encontros por impossibilidade do entrevistado em nos receber, sempre justificando o excesso de atividades que desenvolviam.

O mês de julho coincide com período de férias da maioria dos enfermeiros que ocupam cargo de gerência na referida instituição, desse modo, necessitamos aguardar o retorno dos mesmos para realizar as entrevistas.

Em virtude desses dois fatores já referidos, tivemos que estender a coleta de dados por mais um mês (julho a setembro), para que pudéssemos atingir os objetivos da pesquisa.

Todos os sujeitos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCL). Este termo está em conformidade com a Resolução 196/96, que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996). Os registros gravados foram devidamente guardados, pela pesquisadora, sendo garantida a manutenção do sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, em 20 de junho de 2006 sob protocolo nº 002.06.01. Após a aprovação, encaminhamos carta de apresentação para a diretoria de enfermagem, solicitando autorização para o início da coleta de dados.

### 2.5.2 Coleta de dados

Iniciamos a coleta dos dados tão logo conseguimos a autorização do CEP e o consentimento dos sujeitos em participar do estudo. O critério de escolha foi facilitado pelo envolvimento da pesquisadora no campo (desde 1994), desenvolvendo

atividades com os sujeitos da pesquisa. A escolha foi do tipo intencional, de acordo com os critérios já mencionados, entretanto, contemplamos os preceitos éticos e técnicos necessários para garantir a cientificidade do trabalho de pesquisa.

A seguir, representaremos os diferentes sujeitos que participaram da pesquisa, em seus respectivos grupos.

**QUADRO 2.** Grupo de participantes do estudo.

<b>GRUPO</b>	<b>REPRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DE SUJEITOS</b>
I	Gestores de enfermagem	11
II	Enfermeiros assistenciais	05
III	Técnicos/Auxiliares de enfermagem	05
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>

Fonte: elaborado pela autora.

**GRUPO I** – Pertencem a este grupo 01 profissional enfermeira q

**QUADRO 3.** Representação dos componentes do Grupo I.

<b>Grupo</b>	<b>Cargo/categoria</b>	<b>Código</b>	<b>Tempo de serviço</b>	<b>Sexo</b>
I	Enfermeira/diretora de enfermagem	E1	27a	Fem
	Enfermeira/ coordenadora de enfermagem	E2	19a	Fem
		E3	23a	Fem
	Enfermeiro/ gerente de unidade	E4	14a	Fem
		E5	08a	Masc
		E6	20a	Fem
		E7	15a	Masc
		E8	02a	Fem
		E9	11a	Fem
		E10	11a	Fem
		E11	04a	Fem

Fonte: Elaborado pela Autora.

**GRUPO II** – Pertencem a este grupo 05 profissionais enfermeiros assistenciais, que atuam no cuidado direto ao cliente nas unidades de internação.

**QUADRO 4.** Representação dos componentes do Grupo II.

<b>Grupo</b>	<b>Cargo/categoria</b>	<b>Código</b>	<b>Tempo de serviço</b>	<b>Sexo</b>
II	Enfermeiro assistencial	E1	08a	Fem
		E2	16a	Fem
		E3	11a	Masc
		E4	07a	Fem
		E5	09a	Fem

Fonte: Elaborado pela Autora.

**GRUPO III** – Pertencem a este grupo 05 profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem<sup>14</sup>, que atuam na execução de procedimentos e prestação de cuidados ao paciente.

**QUADRO 5.** Representação dos componentes do Grupo III.

<b>Grupo</b>	<b>Cargo/categoria</b>	<b>Código</b>	<b>Tempo de serviço</b>	<b>Sexo</b>
III	Técnico/auxiliar de enfermagem	E1	02a	Masc
		E2	24a	Fem
		E3	08a	Fem
		E4	11a	Fem
		E5	04a	Fem

Fonte: Elaborado pela Autora.

Fazendo uma síntese dos sujeitos entrevistados, 82% da amostra foi composta por profissionais do sexo feminino, o que comprova a predominância do gênero na profissão. Quanto ao tempo de serviço, 54% dos profissionais que participaram da entrevista possuem mais de 10 anos de serviço na instituição (variando de 11 a 27 anos), o que nos dá maior confiabilidade nas informações conferidas através da entrevista.

### 2.5.3 Análise dos dados

Escolhemos como opção para o tratamento dos dados a análise de conteúdo crítica e reflexiva descrita por Minayo. Para a autora, “tenta ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir uma interpretação mais profunda” (MINAYO, 1998; p. 203).

A análise de conteúdo temática permitiu descobrir os núcleos de sentido da comunicação cuja frequência ou presença signifiquem alguma coisa para o

<sup>14</sup> Na instituição não existe distinção entre os cargos de técnico e auxiliar de enfermagem para delegação de competências.

objetivo analisado. A técnica de enunciação aplica-se bem a discursos dinâmicos, pois a autora acredita que na produção da palavra elabora-se um sentido e ocorre uma transformação (MINAYO, 1998).

Desse modo, seguimos alguns passos operacionais, que nos possibilitaram estabelecer relações entre as diferentes fontes, num processo de triangulação do material empírico e referencial teórico norteador, para posteriormente chegarmos às considerações que respondam aos questionamentos relacionados ao processo de trabalho em enfermagem hospitalar na dimensão do gerenciamento do cuidado.

- **Primeiro momento** – Consistiu na ordenação dos dados e informações, através da transcrição fiel do conjunto das entrevistas gravadas, realização de leituras e releituras do material coletado e organização dos dados em três conjuntos: o que contempla as falas dos sujeitos entrevistados, o que contém os dados obtidos nos documentos que foram ordenados e os dados complementares das observações realizadas no campo de investigação. Neste primeiro movimento objetivamos estabelecer a primeira classificação dos dados.
  
- **Segundo momento** – Organizamos as informações com base nos objetivos e pressupostos teóricos que norteiam a pesquisa, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos, estabelecendo núcleos de sentido. Esta fase foi desenvolvida em três etapas:
  - **1ª etapa:** realizamos a leitura flutuante e exaustiva do material transcrito das entrevistas. Fizemos a apreensão dos núcleos de sentido, a partir das idéias centrais sobre o tema em questão. Os núcleos de sentido que emergiram da leitura repetitiva dos discursos foram: responsabilização, competência, resolutividade, autonomização, organização da prática, ruídos organizacionais, vínculo/integração, concepção de trabalho gerencial e autogoverno.

Após definição dos núcleos de sentidos, recortamos das entrevistas as falas que se relacionavam com cada núcleo de sentido correspondente, organizando –as em um quadro para cada entrevistado, conforme modelo a seguir. Ao todo foram 21 quadros, referentes aos 21 entrevistados.

**QUADRO 6.** Primeiro recorte para análise de conteúdo por entrevistado.

<b>Código<sup>15</sup>: G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> Categoria/ cargo: Enfermeira – Diretora de enfermagem</b>	
<b>Núcleo de sentido</b>	<b>Falas</b>
Responsabilização	
Competência	
Resolutividade	
Autonomização	
Organização da prática	
Ruídos organizacionais	
Vínculo/integração	
Concepção de trabalho gerencial	
Autogoverno	

Fonte: Elaborado pela Autora.

Realizamos um quadro para cada entrevistado, depois fizemos a integração dos conteúdos por grupo e núcleos de sentido, conforme o quadro que representamos a seguir, para estabelecer o confronto entre os significados revelados nas falas (horizontal e vertical). Ao todo foram 03 (três quadros), sendo cada um respectivamente para cada grupo de entrevistados.

<sup>15</sup> O código corresponde a junção do grupo a que pertence e o número de ordem do entrevistado (ver Quadros 3 a 5).

**QUADRO 7.** Confronto dos depoimentos do Grupo I.

Grupo: I Categoria/cargo: Enfermeira – Gestores de enfermagem				
<b>Núcleo de sentido</b>	<b>Entrevista 1</b>	<b>Entrevista 2 (...)</b>	<b>Entrevista 11</b>	<b>Síntese horizontal</b>
Responsabilização				
Competência				
Resolutividade				
Autonomização				
Organização da prática				
Ruídos organizacionais				
Vínculo/integração				
Concepção de trabalho gerencial				
Autogoverno				
<b>Síntese vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis, 1998.

Depois de estabelecidas a síntese horizontal e vertical, para cada núcleo de sentido, por cada categoria, passamos para o confronto de cada núcleo de sentido entre os diferentes grupos, estabelecendo mais uma vez as sínteses vertical e horizontal. O quadro a seguir demonstra este novo passo.

**QUADRO 8.** Confronto dos núcleos de sentido entre os Grupos I, II e III.

<b>Núcleo de sentido</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>	<b>Grupo III</b>	<b>Síntese horizontal</b>
Responsabilização				
Competência				
Resolutividade				
Autonomização				
Organização da prática				
Ruídos organizacionais				
Vínculo/integração				
Concepção de trabalho gerencial				
Autogoverno				
<b>Síntese vertical</b>				

Fonte: Adaptado de Assis, 1998.

Após o encontro das divergências e convergências entre os núcleos de sentido, entre os diferentes grupos, estabelecemos leitura exaustiva das sínteses o que nos permitiu elegermos as categorias empíricas do estudo.

- **2ª etapa:** Prosseguimos com a leitura transversal de cada “corpus de comunicação”, fazendo um recorte dos eixos temáticos, as correlações correspondentes de acordo com os objetivos da pesquisa e os pressupostos teóricos. Fizemos, então, um confronto entre as categorias empíricas a117(-)-132.242(d)5.67412(o)-9pasanteses.60201284(d)26(-9p)-os grup análises.60252.313(d)-4.33117(e)-4.32934(c)9.71032(o)-4.32934(c)2.805(r)2.805(e) através d12(o)-9p observação mentos.

Os documentos foram utilizados como ferramenta para a aproximação com o cenário em destaque; utilizamos a descrição oficiais que norteiam as diretrizes d12(o)-9p enfermagem n

**QUADRO 9.** Confronto dos “corpus de pos I, II e III.

<b>Categorias empíricas</b>	<b>Grupoal</b>	<b>Grupoall a</b>	<b>GrupoalllaSí</b>	<b>ntese horizontala</b>
O contexto da enfermagem em uma Hospital público e a organização do seu processo de trabalho		a		a
Autonomia e o vínculo na construção da prática em organizações de saúde.		a		a
As relações entre os diferentes sujeitos que integram a prática do cuidar em enfermagem.		a		a
O gerenciamento em enfermagem - concepções de uma equipe em busca da identidade profissional.		a		a
<b>Síntese vertical</b>		a		a

Fonte: Adaptado de Assis, a 1998.a

- **Terceiro momento:** neste momento desenvolvemos a análise final dos dados, a partir da construção das categorias empíricas que serão apresentadas, a seguir fundamentadas e relacionadas com o referencial teórico e outras experiências concretas sobre o problema de investigação.

Para melhor compreensão dos discursos, codificamos cada sujeito com a inicial maiúscula do grupo a que pertence (Grupo I – G<sub>1</sub>, Grupo II – G<sub>2</sub>, Grupo III – G<sub>3</sub>) acrescida da numeração correspondente como entrevistado (Entrevistado I – E<sub>1</sub>,..., Entrevistado 11 – E<sub>11</sub>). Portanto, cada sujeito recebeu uma denominação distinta, como exemplificamos, a seguir<sup>16</sup>.

G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> – diz-se Grupo I, Entrevistado 1. Sendo o Grupo I – Gestores de Enfermagem.

Para os referidos documentos, utilizamos a codificação: D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>,... D<sub>6</sub>. Portanto, no decorrer da análise os códigos serão utilizados para substituição da nomenclatura destes. No Quadro 10 apresentamos a discriminação dos mesmos, de acordo com a codificação.

**QUADRO 10.** Representação dos documentos de acordo com a codificação.

<b>Documento</b>	<b>Código</b>
Regulamento do HUWC / UFC	D <sub>1</sub>
Regimento da Diretoria de Enfermagem do HUWC / UFC	D <sub>2</sub>
Projeto de gestão da Diretoria de Enfermagem	D <sub>3</sub>
Manual de Procedimentos Operacionais Padrões	D <sub>4</sub>
Livros de Ocorrências administrativas da Diretoria de Enfermagem	D <sub>5</sub>
Relatórios anuais	D <sub>6</sub>

<sup>16</sup> A classificação dos grupos encontra-se no QUADRO II, p. 46.

**CAPÍTULO III**  
**PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR NA**  
**DIMENSÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UM HOSPITAL**  
**PÚBLICO DE ENSINO**

Este capítulo inicia-se com o título da referida pesquisa, pois acreditamos que o mesmo sintetiza toda dimensão da representatividade desta categoria profissional, da qual fazemos parte, e o enfoque primordial da sua existência – o cuidado humano.

Cuidar é mais que um ato é uma atitude. O cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, o cuidado representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). É perceber o indivíduo na sua totalidade, desde as suas necessidades básicas até as mais complexas, compreendendo seus temores, suas inquietações e suas dúvidas.

O cuidado, enquanto foco central da enfermagem, permite o estreitamento e estabelecimento da relação interpessoal, a satisfação das necessidades humanas, a aceitação do indivíduo em harmonia com o ambiente, a família e a sociedade, estimulando-o ao resgate da sua cidadania e qualidade de vida.

O gerenciamento do cuidado, a administração da assistência ou o CUIDAR GERENCIANDO, são denominações dadas ao estágio intermediário entre o cuidar e o administrar unidades de trabalho, que envolve o planejamento da assistência e o provimento de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários a sua realização. (ALVES, 1999).

O gerenciamento do cuidado passa por decisões compartilhadas, partindo da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade. Cada profissional, único e coletivamente, visualiza, percebe e planeja a assistência à saúde, baseado na individualidade do sujeito a ser cuidado, nas suas necessidades, adequando-as ao contexto e às condições humanas e materiais da unidade de saúde.

[...] o enfermeiro, ao intervir no cuidar gerenciando/gerenciar cuidando, relaciona-se com as demais categorias de enfermagem, profissionais da saúde e com a organização hospitalar na tentativa de produzir formas orgânicas ininterruptas de atendimento aos pacientes (VILLAS BOAS; LIBERALINO; MOTA, 1999, p. 164).

Entretanto, a prática experimentada no dia a dia das instituições de saúde acaba por dissociar estas duas dimensões da enfermagem. Esta dicotomia existente entre cuidar e gerenciar tem revelado a necessidade de tomada de decisões que venham a resgatar o verdadeiro papel do enfermeiro, ou seja, o cuidado ao cliente, integrando as dimensões assistenciais e gerenciais, visto que estas ações direcionam-se para o atendimento às necessidades do indivíduo.

Neste capítulo, procuramos descortinar o universo da enfermagem de um hospital público de ensino, quanto ao processo de trabalho no enfoque do gerenciamento do cuidado, verificando sua dinâmica institucional sob os vários olhares, dos sujeitos que fazem parte do contexto em destaque.

Construímos um discurso, buscando ser críticos e reflexivos, e enriquecendo os conteúdos com autores que defenderam a temática associada aos dados empíricos apresentados pelos entrevistados, complementados pelas observações realizadas e pelos aspectos relevantes dos documentos relacionados ao processo de trabalho da enfermagem.

Para apresentarmos os discursos, construímos quatro categorias empíricas, interdependentes e integradas que, reúnem na sua totalidade, a compreensão acerca do objeto de análise proposto. Procuramos, portanto, responder às questões norteadoras formuladas no início do estudo, contemplar os objetivos propostos e comprovar ou refutar os pressupostos teóricos idealizados.

### 3.1 O CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO E A ORGANIZAÇÃO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO

Para descrevermos o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem da referida instituição, faz-se necessário uma prévia aproximação com os sujeitos em estudo.

### 3.1.1 As ferramentas analisadoras

Constam como documentos oficiais que regulamentam o exercício das competências dos profissionais de enfermagem no HUWC/UFC<sup>17</sup>:

1. Regulamento do HUWC/UFC (D<sub>1</sub>);
2. Regimento da Diretoria de Enfermagem do HUWC/UFC (D<sub>2</sub>);
3. Projeto de gestão da Diretoria de Enfermagem (D<sub>3</sub>);
4. Manual de Procedimentos Operacionais Padrões (D<sub>4</sub>);
5. Livros de Ocorrências administrativas da Diretoria de Enfermagem (D<sub>5</sub>);
6. Relatórios anuais (D<sub>6</sub>);
7. Organograma do HUWC/UFC (D<sub>7</sub>);
8. Organograma do Serviço de Enfermagem (D<sub>8</sub>).

Destacaremos alguns aspectos relevantes observados nos documentos analisados.

#### 1. Regulamento do HUWC/UFC

Publicado no Diário Oficial do Estado do Ceará de 23.09.1977; na Seção II, os Arts. 31, 32 e 33 tratam da Coordenação de Serviços de Enfermagem (denominação hoje substituída por Diretoria de Enfermagem). Tratam, respectivamente das finalidades, competências e constituição (UFC, 1977).

Como finalidade, destaca “administrar e executar todas as atividades específicas de enfermagem [...]” (UFC, 1977) e na definição das competências, abre uma ampla abrangência, ressaltando o cuidado ao paciente, pesquisas em enfermagem, programas de educação em serviço, manutenção do ambiente e em destaque, a colaboração com as instituições de ensino para estágios (item d), assim como dá pleno direito à elaboração do Regimento.

---

<sup>17</sup> Dados fornecidos pela Diretora de Enfermagem (novembro/2006).

Anexo ao regulamento encontra-se o organograma, mostrando uma estrutura verticalizada, com a coordenação de enfermagem em mesmo nível de hierarquia com a coordenação de serviços médicos, mas diretamente subordinados ao diretor técnico-administrativo.

## 2. Regimento da Diretoria de Enfermagem do HUWC/UFC.

Segundo informações colhidas da Diretora de Enfermagem, o Regimento da Diretoria de Enfermagem foi instituído em 1979, já tendo passado por duas revisões (primeira revisão – 1998; 2ª revisão – 2004), entretanto os textos das revisões ainda não foram finalizados e submetidos à apreciação do corpo gestor do HUWC. Portanto, oficialmente, o regimento já possui 27 (vinte e sete) anos (HUWC, 1979).

O regimento da Diretoria de enfermagem do HUWC consta de seis capítulos, que tratam da missão, estrutura administrativa, competências, pessoal, do horário de trabalho e disposições gerais (HUWC, 1979).

Alguns pontos representaram relevância para a nossa investigação e serão colocados; as demais informações foram desprezadas por não apresentarem significância para o estudo.

### **1ª versão do regimento**

- a colaboração com o ensino aparece como competência para os seguintes segmentos: diretora de enfermagem, coordenadora e enfermeiro gerente;
- nas competências do enfermeiro assistencial (denominado enfermeiro de turno, na época) e dos técnicos e auxiliares de enfermagem não evidencia a colaboração com o ensino. Consideramos que todos os segmentos profissionais estão envolvidos diretamente ou indiretamente com as atividades de ensino, portanto a competência deveria ser incluída nas referidas categorias. A formação acadêmica ou profissional é um dos objetivos da instituição, visto que se constitui em um Hospital de ensino, o que justifica a inclusão das competências;

- as competências do enfermeiro gerente estão distribuídas em atividades assistenciais, administrativas e de ensino. As atividades assistenciais tais como: planejamento do cuidado de enfermagem (já evidenciando o diagnóstico de enfermagem), admissão e orientação de paciente – acolhimento, supervisão do cuidado prestado pela equipe, realização de visita aos pacientes, inclusive enfatizando o acompanhamento da visita médica (poderia ser modificada a versão para visita interdisciplinar) predominam em maior quantidade;
- as competências do enfermeiro assistencial (de turno) estão muito resumidas e incompletas; falta o enfoque da colaboração com o ensino e a inclusão de atividades administrativas de menor complexidade;
- a colaboração ou participação dos enfermeiros (coordenadores, gerentes e assistenciais) em atividades de pesquisa não foi incluída, ponto que deve ser ressaltado pela característica da instituição;
- dentre as atribuições dos profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) está o cateterismo vesical. Entretanto, é rotina da instituição a realização do procedimento exclusivamente por enfermeiro;
- consta no regimento a existência de quatro coordenadoras (capítulo II, Art 2º), portanto atualmente só existem três coordenadoras.

### **2ª versão do regimento (revisada em 2004)**

- o Art 8º traz as competências da diretora de enfermagem; logo em seguida, o Art 9º traz outras competências da diretora, entretanto as referidas competências são mais adequadas para outros profissionais.

### **3. Projeto de gestão da Diretoria de Enfermagem.**

O projeto de gestão foi apresentado pela Diretora de Enfermagem no primeiro ano de seu mandato (final do ano de 2004) à equipe de enfermagem e Direção Geral. Consta do planejamento de suas atividades, apresentação de missão, valores, da equipe gerencial, assim como resultados alcançados no primeiro ano e metas para os próximos anos (HUWC, 2004a).

Serve de parâmetro para avaliação dos resultados alcançados assim como transforma o modelo de gestão em um processo mais participativo.

#### 4. Manual de Procedimentos Operacionais Padrões.

Lançado em 2006, consta de um manual onde foram criteriosamente detalhadas e padronizadas as principais técnicas de enfermagem realizadas nas diversas unidades do hospital, assim como uma síntese das competências existentes no regimento da Diretoria de Enfermagem. Cada unidade possui um manual, denominado Procedimentos Operacionais Padrões – POP, com o objetivo de “proporcionar a assistência sistematizada, reduzindo os custos operacionais, assim como oportunizar o treinamento eficaz das equipes e a contínua atualização e aperfeiçoamento dos procedimentos técnicos”. (HUWC, 2004b).

O trabalho que consta neste manual é fruto de estudo e troca de experiência do grupo de Enfermeiros (as) que integram a Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, que consolidou um dos mais belos trabalhos coletivos re

são repassadas para a Diretora com duas finalidades: o conhecimento diário da dinâmica das diversas unidades e a tomada de providências, quando há necessidade da intervenção da mesma.

6. Relatórios anuais (das atividades desenvolvidas, resultados alcançados e metas propostas).

Ao final de cada ano, os gerentes de enfermagem realizam o relatório final anual das atividades desenvolvidas na unidade, assim com os resultados alcançados e as metas propostas para o próximo ano.

7. Organograma do HUWC/UFC.

Verificamos a existência do modelo vertical de subordinação hierárquica, característico das correntes tradicionais da Teoria Geral da Administração (TGA), sendo a Diretoria de Enfermagem diretamente subordinada ao Diretor Geral, e no mesmo nível de hierarquia dos demais diretores (administrativo, clínico e de ensino e pesquisa).

A horizontalidade na hierarquia com as demais diretorias é um fator positivo, visto que confere um estabelecimento de relações de trabalho mais democráticas e foge do tradicional modelo hegemônico centrado no médico, existente em muitas organizações hospitalares, onde a Coordenadora do Serviço de Enfermagem encontra-se hierarquicamente subordinada a este profissional.

8. Organograma do Serviço de Enfermagem.

Assim como o organograma do HUWC, este apresenta uma estrutura verticalizada, pouco dinâmica e inadequada para as tendências modernas.

Em síntese, são várias as ferramentas utilizadas pela Diretoria de enfermagem para avaliar os resultados alcançados pela sua equipe. Consideramos de extrema relevância a manutenção de instrumentos normativos, para padronizar as ações e acompanhar o processo de trabalho. Entretanto, sentimos falta de ferramentas analisadoras que avaliem os indicadores dos principais “termômetros”

que temos do nosso processo de trabalho – o paciente. É necessário que alcancemos a dimensão do cuidado que é o nosso principal foco de atenção, e esses resultados serão fidedignos quando conseguirmos através das tecnologias leves, alcançar o nosso objetivo.

### 3.1.2 O processo de trabalho

A Diretoria de Enfermagem do HUWC/UFC é um órgão de nível normativo, executivo e coordenador das ações de Enfermagem. Mantém com a Direção Geral uma relação de interdependência direta, resguardada a sua autonomia profissional. É legitimada através do regulamento do HUWC, oficializada por determinação legal do Reitor da UFC e Diretor Geral do HUWC/UFC (eleita por voto facultativo dos profissionais de enfermagem da instituição), tem sua autonomia conferida pelo Regimento Interno da Diretoria de Enfermagem<sup>17</sup>.

Como profissional comprometida com o seu papel na instituição, a Diretora de Enfermagem (G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>) preocupa-se em desenvolver no grupo a visão humanística que envolve não só a assistência ao paciente, como também a atenção ao usuário interno (profissional) e corpo docente-discente que utiliza a instituição como campo de estágio. Objetiva implementar a sistematização da assistência, para promover o real gerenciamento do cuidado, mas reconhece que na instituição em destaque o processo ainda se encontra incipiente.

Para Merhy (2006), os serviços de saúde precisam centrar-se mais no usuário, tornando-o mais autônomo para a partir do seu “modo de andar na vida”, resolver seus problemas.

Acreditamos que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem contribuirá para essa assistência centrada no usuário. Observamos que as organizações hospitalares estabelecem suas metas predominantemente centradas na produtividade, na eficiência, em detrimento do atendimento às necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. É preciso, portanto, investir em intervenções mais humanísticas.

---

<sup>17</sup> Dados extraídos do projeto de gestão da Diretoria de Enfermagem (D<sub>3</sub>).

[...] a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. (RODRIGUES; ARAÚJO, 2006).

G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> denomina-se como uma profissional que sabe ouvir as pessoas, assim como compartilhar e aprender com a cultura de cada uma delas. Mostra claramente em seu discurso, que desenvolve uma relação de acolhimento com os profissionais de enfermagem, de diálogo e de transformação. Além do desenvolvimento profissional, considera importante para sua função o apoio aos componentes da equipe de enfermagem, o que a torna gratificada.

A transparência administrativa é um diferencial entre bons e maus profissionais. Acredita que um processo de gestão deva ser transparente, colaborativo e humanístico.

[...] não me sinto mãe de ninguém, me sinto apenas uma pessoa que ouve e quando a gente ouve a gente entra no mundo das pessoas sem querer e a gente compartilha e aprende com elas também. Quando eu ouço, eu aprendo demais com eles porque a gente entra na cultura organizacional, a gente adentra no mais íntimo de cada ser (G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>)

Acolhimento e diálogo são estruturas das tecnologias leves, ou seja, das tecnologias das relações, tecnologias humanas. As demais tecnologias (duras – equipamentos, normas e estruturas e leve-duras – saberes estruturados), fortemente presentes no cotidiano em saúde, não podem prescindir o humano, o relacional.

Precisamos resgatar a essência cuidadora do processo de trabalho em

A Coordenação de enfermagem é exercida por três enfermeiras, indicadas pela Diretora de Enfermagem, sendo cada uma desta responsável pela supervisão dos serviços realizados pelos enfermeiros das unidades (G<sub>1</sub>E<sub>2</sub>). Possuem suas atribuições conferidas na legislação (D<sub>2</sub>, D<sub>4</sub>) e respondem, respectivamente pelas coordenações das unidades de clínicas médicas - 01 coordenadora; cirúrgicas - 01 coordenadora; atenção à pacientes externos e serviço de imagens - 01 coordenadora.

Colabora com a Diretoria de enfermagem no desempenho de suas funções e desenvolve uma articulação direta com os enfermeiros gerentes, funcionando como mediadora entre os dois segmentos, para a tomada de decisões. Na atual gestão, mudou sua denominação no organograma para Supervisora (D<sub>8</sub>).

Estabelece ainda contato com enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem. De acordo com os discursos apresentados, a coordenadora exerce a supervisão destes profissionais, de forma indireta. Em alguns casos, a coordenadora presta assistência direta ao paciente (G<sub>1</sub>E<sub>2</sub>).

[...] Passo em todos os setores [...] às vezes passo [...] A gente tenta otimizar ao máximo a assistência de enfermagem [...] porque a parte operacional realmente fica com os auxiliares de enfermagem e as enfermeiras assistenciais (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>).

A gerência em enfermagem é exercida por enfermeiro, indicado pela Diretoria de Enfermagem (as coordenadoras de enfermagem participam do processo de escolha dos gerentes, indicando nomes), que desenvolve suas competências de acordo com a legislação (D<sub>2</sub>, D<sub>4</sub>). É responsável na unidade de internação (ou ambulatorial), pela manutenção da unidade e do cuidado ao cliente. Coordena a equipe de enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A organização do processo de trabalho dos enfermeiros gerentes, nas unidades de internação, segue geralmente a mesma rotina, diferenciando apenas em algumas especificidades que são relacionadas a vários elementos, tais como: o perfil do gerente, da equipe de enfermagem e multiprofissional, estrutura física e tipo de unidade.

As atividades desenvolvidas na instituição são basicamente de caráter administrativo-burocrático. Ele elabora escala de serviço para a equipe de enfermagem de sua unidade, procede a trocas de escalas, cobre plantões que estejam porventura descobertos (sem profissionais devido às faltas e licenças médicas), faz o diagnóstico das necessidades de recursos humanos e dá providência destes, junto à Coordenação e Diretoria de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares, funcionários para a central administrativa<sup>18</sup>), atividades outras como dar provisão de recursos materiais, perceber as necessidades de relacionamento, de aprimorá-las, identificar situações diversas que estejam atrapalhando o bom desenvolvimento do relacionamento da equipe de profissionais, quer seja enfermagem ou demais profissionais, outras atividades como a questão do absenteísmo da unidade, realizar o diagnóstico, comunicando à Coordenação e sugerindo providências (G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>).

Distribuir os profissionais de enfermagem por turno, de modo a garantir um quantitativo de profissionais suficiente para atender às necessidades da unidade, providenciar material de consumo e permanente, fazer ofícios e

[...] organiza o serviço para que ele flua de uma maneira ideal para todos, e que no final a gente tenha um bom atendimento aos nossos pacientes (G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>).

Alguns gerentes ainda realizam reuniões mensais, com a equipe multiprofissional e o grupo de residentes, internos e alunos, para favorecer a integração multiprofissional, assim como proporcionar o conhecimento da rotina, do dia a dia na clínica (G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>). Outros recebem o plantão, juntamente com a enfermeira assistencial, para estar sempre inteirada de cada paciente. Além de realizar todas as atividades administrativas já descritas, fazem reuniões com a equipe de enfermagem e tentam manter um contato por e-mail com a equipe multidisciplinar (G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>).

As observações do cenário institucional quanto ao processo de trabalho dos enfermeiros gerentes nos levaram a confirmar as informações que emergiram dos discursos. Os gerentes absorvem o maior tempo de seu trabalho entre o

---

<sup>18</sup> A central administrativa é o mais novo componente da estrutura administrativa do HUWC. Os profissionais da central administrativa são responsáveis pelas atividades burocráticas da unidade de internação, tais como: protocolos, pedidos de material, censo, admissões. Funciona como um serviço de secretariado dentro da unidade de internação, ficando subordinados aos enfermeiros, que coordenam e direcionam suas atribuições.

desenvolvimento de atividades administrativo-burocráticas, quase não restando tempo para acompanhar a prestação do cuidado ao paciente, ou mesmo executar atividades assistenciais. Em algumas unidades, muito pouco, observamos a intervenção do gerente no cuidado.

Uma das atividades que mais consome o tempo dos gerentes é a preparação e reorganização constante das escalas de serviço. Os gerentes preparam as escalas, fazem várias alterações (em decorrência da solicitação constante dos profissionais de enfermagem, predominantemente do nível médio, para realizar alterações em seus horários de trabalho), digitam (as secretárias das unidades muitas vezes não são encarregadas pela função) e passam o mês todo realizando reajustes para suprir as necessidades de pessoal da unidade.

Os fatores que geram este problema, sob nossa percepção são: – reduzido quadro de pessoal, não havendo profissionais suficientes para cobrir folgas e faltas; – dupla jornada de grande número de profissionais, (muitos possuem dois ou três empregos e necessitam ajustar suas escalas); inabilidade dos secretários de unidade – poderiam pelo menos digitar e fazer as alterações, mas muitos não dominam a informática; falta de recursos materiais – algumas vezes existem secretários habilitados, mas não existem computadores e impressoras disponíveis para uso; inadequado estilo de trabalho do gerente – que muitas vezes centraliza as atividades, não as delegando.

Almeida e Rocha (1997) relatam que a divisão técnica leva a uma quebra no processo de trabalho, visto que a fragmentação do trabalho – uns planejam e outros executam – leva a mais cruel consequência, que é a incapacidade progressiva para o acompanhamento do processo e dos seus resultados.

O enfermeiro gerente realiza inúmeras atividades, não lhe restando tempo para se dedicar ao cliente, à supervisão adequada da equipe, para proceder às orientações, a educação permanente do seu grupo. Até mesmo para estreitar os laços de relacionamento com a equipe multiprofissional. Torna-se um autômato, pouco reconhecido e valorizado pelo cliente.

As orientações quanto à condução do referido trabalho, são recebidas através de reuniões mensais e extraordinárias com a Coordenação e Diretoria de Enfermagem (G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>).

O enfermeiro assistencial é o profissional que “passa mais tempo com o cliente”, prestando o cuidado direto assim como também desenvolvendo a supervisão do trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Outra atribuição do enfermeiro assistencial é a orientação e o acompanhamento aos estudantes de enfermagem que desenvolvem estágio na instituição. Geralmente, a rotina é a mesma em todas as unidades, diferenciando apenas em algumas situações.

Segundo G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>, na unidade onde o mesmo trabalha, o cuidado ao paciente é planejado diariamente pelo enfermeiro assistencial e fornecido pela equipe de enfermagem (enfermeiros e profissionais de nível médio).

Em outra unidade, o desenvolvimento das ações de enfermagem segue uma rotina padronizada, que é baseada em uma experiência trazida pelo gerente de um hospital da Bahia. Utiliza-se um formulário onde são descritas as atividades realizadas diariamente pelo enfermeiro, então este vai traçando seu planejamento e desenvolvendo o seu cuidado, mas baseado em atividades, tarefas (G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>).

Outros referem que os enfermeiros da sua unidade prestam o cuidado ao cliente baseado na observação não sistematizada (G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>). Para G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>, o planejamento das atividades é desenvolvido de maneira “informal”, utilizando as rotinas pré-estabelecidas.

A distribuição dos pacientes a serem assistidos (ou mais conhecida como divisão de leitos) pela equipe é feita por este profissional (G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>, G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>, G<sub>1</sub>E<sub>11</sub>). O enfermeiro do serviço noturno faz a divisão de leitos para a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem que irá trabalhar durante o dia, e o enfermeiro assistencial que trabalha durante o dia faz a divisão de leitos para a equipe que irá trabalhar, posteriormente, à noite. Cada profissional fica com um número determinado de pacientes (leitos), aos quais irá prestar todos os cuidados de enfermagem naquele período de trabalho. Geralmente ficam dois enfermeiros assistenciais por período, e

a distribuição é feita por igual, levando em consideração o número de atividades, para não sobrecarregar nenhum membro da equipe. Os cuidados mais complexos ficam sob a responsabilidade do enfermeiro ( $G_1E_{11}$ ,  $G_1E_9$ ).

Campos (1992, p. 66) enfatiza que os profissionais de enfermagem existentes nos hospitais se assemelham aos trabalhadores da indústria moderna, pois submetem-se a “horários de trabalho bem definidos, supervisão direta, papéis e tarefas precisas e subordinação técnica dos superiores”.

A entrevistada ( $G_2E_1$ ) descreve toda a rotina do enfermeiro assistencial na unidade de internação: inicia-se desde a passagem de plantão, que é coordenada pelo enfermeiro assistencial que está saindo, onde é realizada a leitura do livro de ordens e ocorrências<sup>19</sup>, é feita a visita aos pacientes, por toda a equipe, para que o grupo que está chegando se aproprie do contexto e possa traçar seu plano de atividades. Neste momento são identificados os pacientes a serem encaminhados para exames e cirurgias, os procedimentos a serem realizados (p. ex. curativos) e admissões a fazer.

[...] Tem ainda o preenchimento do livro de relatório de ocorrências, que é feito nos três períodos (manhã, tarde e noite), onde se registram os pacientes que foram admitidos, quais os pacientes graves, os pacientes que irão realizar exames, os tipos de exame que irão ocorrer no período, os pacientes que têm curativo a realizar e o nome dos profissionais que trabalharam no período ( $G_3E_2$ ).

Após receber o plantão, o enfermeiro faz a vistoria do carro de urgência, e das condições materiais da unidade como um todo, para posteriormente providenciar as reposições (materiais e equipamentos) de modo a permitir um bom funcionamento da mesma.

Dando seguimento, é feita a visita nas enfermarias, para examinar se há algum problema que ficou pendente, ou necessidade de chamar algum profissional como do serviço social, ou da nutrição. Após a visita, é feita pela enfermeira a lista de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro no plantão, momento em que é feita a divisão (por leitos), ficando cada enfermeiro com um determinado número de

---

<sup>19</sup> Ferramenta administrativa própria das unidades de internação, onde todas as ocorrências do período ou agendadas (exames, cirurgias a realizar, encaminhamentos, procedimentos de rotina, etc) são registradas pela secretária ou enfermeiro da unidade.

leitos e suas respectivas tarefas, atuando junto à equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem no desenvolvimento das atividades do dia a dia. Uma das enfermeiras fica responsável também pela parte burocrática a ser realizada. São tomadas providências, ainda, para a manutenção da unidade limpa e organizada e o controle da roupa de cama dos pacientes.

A enfermeira atendeu à necessidade de organizar racionalmente as atividades parcelares [...] assumindo a coordenação, supervisão e controle em todas as áreas de atendimento, intermediando relações entre os vários agentes (médicos, atendentes, visitantes), bem como entre os diversos setores [...]. (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1997, p. 58-59).

Outras atividades inerentes ao enfermeiro são: a reorganização da equipe de enfermagem (no caso da falta de algum componente), a divisão do banho dos pacientes acamados, orientação quanto à questão de mudanças de escala (trocas e dobras), organização do prontuário do paciente junto com o auxiliar de enfermagem que atua como secretário, admissão do paciente com o registro no prontuário e no livro de ocorrências, transferências, participação de reuniões multidisciplinares (quando designado pelo enfermeiro gerente da unidade), como por exemplo, da comissão de prevenção e controle de infecção hospitalar (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>) e outras questões burocráticas (G<sub>3</sub>E<sub>5</sub>).

[...] O enfermeiro assistencial gerencia o cuidado prestado pela equipe; quando ocorre uma admissão, ele providencia tudo, realiza todos os curativos durante o período, verifica se tem algum paciente a ser encaminhado para exames ou cirurgia, observando se foi feito o preparo adequado a cada tipo de procedimento e providencia o encaminhamento do mesmo (G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>).

Em algumas unidades, a divisão de pacientes também é feita para os enfermeiros assistenciais, por se tratar de unidades que recebem pacientes mais comprometidos. Especificamente no caso da unidade gerenciada por G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>, ficam duas enfermeiras por turno, (excepcionalmente ficam três), que assistem ao mesmo paciente por quinze dias, permitindo desse modo um maior acompanhamento do mesmo.

Já na unidade onde (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>) trabalha que também é uma unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos, a rotina é um pouco diferente. Os enfermeiros

fazem a opção por dividirem os leitos ou prestarem o cuidado juntas, visto que a complexidade é maior.

[...] a gente costuma dividir os leitos, entre os auxiliares de enfermagem, e entre nós enfermeiras, dependendo de quem está na equipe. Cada um também divide para cada auxiliar correspondente ou então, de acordo com a necessidade, às vezes as duas juntas prestam o cuidado, porque a rotina daqui é bem complexa (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>).

Toda equipe segue o plano de cuidados, tentando assim, melhorar a condição do paciente. Ele é estabelecido por prioridade, ou seja, aqueles pacientes mais graves, recebem o cuidado em primeira mão, sem negligenciar os demais.

Quanto à prestação de cuidados diretos aos pacientes, o enfermeiro assiste aos pacientes graves, realizam procedimentos técnicos que, pela rotina da instituição, são específicos do profissional (passam sondas, curativos, eletrocardiograma (ECG), glicemias, aspiração traqueal, entre outras).

Nos casos de parada cardiorrespiratória, outras urgências ou quando há necessidade de ajuda, todos os profissionais se unem para desenvolver o trabalho.

A supervisão da equipe também é atribuição do enfermeiro, assim como a orientação, em caso de necessidade. Já existe uma rotina pré-estabelecida onde os enfermeiros assistenciais se responsabilizam pela supervisão de toda a equipe.

[...] Eles estão aí para orientar, para ver alguma falha que a gente tenha, porque todo mundo tem, é necessário. Eles procuram corrigir (G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem ainda não está sendo implantada pelos enfermeiros, fato lamentado por estes (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>). Apenas um enfermeiro afirma está utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem da referida instituição desenvolvem atividades mais elementares, sob a supervisão do enfermeiro. As atividades realizadas e sua rotina foram descritas com detalhes por G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>.

De acordo com a mesma, ao chegar na unidade, o profissional toma conhecimento de quais os pacientes que irá cuidar, então recebe suas prescrições,

separa a medicação de cada paciente para o período, prepara e administra as medicações. Faz o banho no leito dos pacientes que não podem tomar banho sozinho, a mudança de posição, troca de lençóis e os demais cuidados. Ressaltou ainda que tem que seguir a prescrição do paciente, na realização de suas atividades. Os auxiliares e técnicos de enfermagem ficam responsáveis ainda pelas anotações do balanço hídrico.

Nas unidades cirúrgicas as atividades desenvolvidas são: preparo pré-operatório do paciente (medicação analgésica ou anestésica, verificação dos sinais vitais e os cuidados de enfermagem como um todo), o encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico, assim como trazer o paciente da sala de recuperação, e os cuidados no pós-operatório.

Não existe distinção de competências entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, na referida instituição as duas categorias desenvolvem as mesmas atividades.

Para G<sub>3</sub>E<sub>4</sub>, o cuidado ao paciente é construído, individualizado. Cada paciente tem o seu plano de cuidados, e nesse plano de cuidados são vistas as necessidades, tanto as básicas quanto às de maior complexidade. Toda equipe segue o plano de cuidados, tentando assim, melhorar a condição do paciente.

Ele é estabelecido por prioridade, ou seja, aqueles pacientes mais graves, recebem o cuidado em primeira mão, sem negligenciar os demais. Quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, somente um dos entrevistados referiu ser a mesma utilizada no cuidado ao cliente.

Um dos aspectos ressaltados por G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>, foi que a proporção de pacientes graves para cada profissional só assegura que o cuidado seja prestado a medida do possível, o que compreendemos que os mesmos (profissionais) encontram-se sobrecarregados e deixando a desejar na qualidade da assistência prestada ao paciente.

O que percebemos é que a enfermagem da referida instituição é atuante, dentro de suas limitações, mas necessita rever seus processos, suas competências,

redefinindo suas ações e seus valores, para voltar-se mais ao cuidado integral ao cliente. Não a aplicação de técnicas, fragmentadas e descontextualizadas do sujeito, mas a ação coletiva em função de um sujeito holístico, social, dinâmico e que representa o eixo da nossa profissão.

Concordamos com Assis *et al.* (2006), quando falam que a enfermagem somente será reconhecida quando olharmos de forma mais crítica para o exercício da nossa prática e quando nos tornarmos autônomos, na luta pelo nosso espaço social.

### 3.1.3 O contexto

O contexto organizacional interfere diretamente na atuação da equipe de saúde. A enfermagem, como é a categoria que permanece intensivamente no âmbito hospitalar, percebe com maior propriedade os desajustes e suas influências na atenção ao cliente.

Muitos foram os problemas revelados pelos entrevistados, de caráter estruturais e funcionais, que comprometem o cuidado ao paciente. Entre eles, foram citados: a deficiência de pessoal, ou seja, o número de profissionais insuficiente para atender às necessidades ( $G_1E_9$ ) – é uma situação constante que gera uma assistência deficiente, desmotivação e estresse para a equipe ( $G_1E_3$ ); deficiência de material, como por exemplo, lençóis – o que atrasa, por exemplo, a higiene do paciente e conseqüentemente a troca do curativo, além de gerar desconforto ( $G_1E_3$ ); ausência de sala para a chefia de enfermagem ( $G_1E_9$ ) - observamos a insatisfação

Outro aspecto ressaltado foi a falta de manutenção dos equipamentos e a falta de equipamentos ( $G_1E_9$ ), condição considerada relevante pelo gerente para o bom desempenho de suas atividades.

Outros elementos foram levantados como fatores que geram dificuldades na implementação da assistência de enfermagem ( $G_3E_1$ ). A sobrecarga da equipe de enfermagem, que fica com grande número de pacientes graves, que são admitidos e que, requerem uma atenção maior da equipe, já em número insuficiente e que na sua percepção, são pacientes que deveriam estar em um leito de UTI e na unidade não permanece por falta de vaga; a falha na comunicação entre os setores também gera problemas, como, por exemplo, pacientes que são admitidos na unidade e que nem mesmo o enfermeiro tem tomado conhecimento. A burocracia é outro fator que dificulta o tratamento dos pacientes.

Todos esses elementos comprometem a assistência de enfermagem prestada ao cliente na instituição. Na opinião de um dos entrevistados, falta um pouco de organização. Apesar de estar tudo escrito em livros ( $G_3E_1$ ), não funciona do jeito que é pra ser, e sua visão, quando foi admitido na instituição, era de que tudo funcionava adequadamente. Para ele, a Diretora de Enfermagem pensa que tudo funciona corretamente. Na unidade em que trabalha não é utilizada a sistematização da assistência de enfermagem.

[...] não sei se ela não sabe ou se sabe e finge que não sabe. Eu não sei! ( $G_3E_1$ ).

[...] Agora melhorou, mas às vezes tem dia que aqui não tem nem sabão para a gente lavar as mãos. A nossa água que às vezes falta, o bebedor que a gente teve que comprar porque o hospital não deu, ai fica difícil, o trabalho da gerência ( $G_3E_2$ ).

Outros aspectos observados foram as contradições decorrentes de posturas centralizadoras e burocráticas por parte de alguns enfermeiros. Acreditamos que, em alguns casos intencionam a resolutividade dos processos, mas são modelos que interferem no relacionamento do grupo e, conseqüentemente, virão a provocar reações de conflito. Dois exemplos se destacam, quanto a postura.

Verificamos que existe uma intervenção direta de  $G_1E_2$  na resolução dos problemas pontuais que ocorrem nas unidades, quando a mesma não encontra

respaldo nas suas gerentes, ou seja, nota-se que existe uma intervenção direta do coordenador nas atividades que poderiam ser delegadas, pela própria inoperância dos serviços, observa-se na fala:

[...] Orientações a pessoas que estão precisando de um cuidado mais especial por parte da enfermagem, que não encontre respaldo na sua gerência imediata (G<sub>1</sub>E<sub>2</sub>).

[...] A minha coordenação é um trabalho de grande valia para as gerentes que estão sob meu controle (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>)

Curioso observar a denominação dada por G<sub>2</sub>E<sub>7</sub> aos enfermeiros assistenciais – “enfermeiros operacionais”. Expressa uma valoração voltada para a técnica e ao mesmo tempo, uma desvalorização do gerente em relação ao enfermeiro assistencial. A expressão utilizada restringe o enfermeiro assistencial a “mero tarefeiro”, autômato, alienado e submisso.

Uma questão que merece ser repensada pela enfermeira é como articular suas funções de trabalho e se envolver mais nas necessidades da clientela, adequando-se as normas, à complexidade da assistência, numa atitude mais compreensiva da finalidade do processo de trabalho, sem fazer disso um exercício de poder que a colocou muitas vezes em confronto com os outros agentes e clientela, acarretando uma insatisfação e falta de perspectiva no trabalho. (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1997. p. 59).

No que se refere à indefinição de papéis, um dos profissionais faz sérias críticas aos enfermeiros que trabalham em sua unidade, relatando que existe um certo descaso com o cuidado ao paciente por parte deste profissional. Refere que a grande maioria deixa sobre o técnico e auxiliar de enfermagem a responsabilidade total pela prestação de cuidados aos pacientes. Relaciona situações constrangedoras que colocam em questão o papel do enfermeiro na referida unidade, como se segue.

[...] tem muitos enfermeiros com capacidade, mas tem outros que não têm compromisso, não chega perto do paciente, acha que ela só é mesmo para fazer os curativos. Eu acho que uma pessoa que passa, não sei quantos anos numa faculdade para fazer só curativo [...] não dá assistência [...] O paciente traqueostomizado, não é toda enfermeira que vai lá aspirar, lavar a cânula, tem pessoa que não chega nem na porta do quarto, porque tem nojo, porque fica com a garganta doendo, porque não sei o quê, sempre é assim [...] Não com todas, tem umas duas ou três que faz, faz com o prazer mesmo de fazer, de ajudar, mas têm muitas que quando chegam lá, diz: não, não quero não! Que recebe o plantão e fica no repouso conversando, aí depois na hora de ir embora, pergunta o que foi que houve, para entregar o plantão para a outra [...] Tem enfermeiro que não sabe nem quem é o paciente que está na enfermaria, ela não conhece, enquanto a gente conhece todo mundo por nome e sabe toda medicação que ele toma, porque se não tiver

a plaqueta com o nome lá: é o número tal ali, o que hein, que ele tem? Não são todas, mas como fica a maioria, uma vai pegando o mal da outra [...] a gente fica aprendendo com o médico e com o paciente também, que ele já tem a visão do que é a necessidade dele, do que é que ele pode passar, então ele diz: olha! eu não posso fazer isso, eu não posso fazer aquilo, então ele já diz para a gente. A enfermeira às vezes nem sabe, porque às vezes mal entra numa sala dessa. Muitas vezes a responsabilidade fica só para o auxiliar e para o técnico (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

Observamos no discurso, que existe uma percepção muito negativa acerca do enfermeiro por parte do profissional de nível médio, e isso deve ser repensado, pois, muitas vezes nos vimos afastados do cuidado ao paciente por imposição do sistema organizacional, que nos leva a assumir inúmeras atribuições burocráticas e até mesmo, atribuições de outros profissionais, não nos restando tempo para nos dedicarmos ao nosso real objeto de trabalho, o cuidado ao paciente.

Mas também não é de todo falsa a prerrogativa de que alguns enfermeiros acomodam-se nessas atividades e esquece-se de participar ativamente do processo de trabalho que lhe é inerente, perdendo espaço e dando motivos para que comentários desse tipo sejam disseminados e marquem negativamente uma categoria profissional que já conquistou respeito e dignidade ao longo dos anos, mostrando suas potencialidades. Talvez se tratam de pessoas que não estão realizadas profissionalmente, que exercem a profissão por pura falta de opção.

Na verdade, devemos reunir esforços para reduzir ao máximo esse “modelo” de profissionais, procurando já na academia, despertar no graduando o que é ser um enfermeiro, em toda sua plenitude. Mostrando não somente as virtudes, mas também os percalços da profissão, para impedir que novos profissionais medíocres sejam formados e se disseminem pelo mercado de trabalho. Àqueles que já estão presentes, no nosso cotidiano, nos resta tentarmos a transformação dessas posturas ou a neutralização, através de tomada de consciência coletiva da equipe e dos próprios pacientes e usuários do sistema de saúde, para que estes, conscientes de seus direitos, não se deixem desrespeitar por profissionais que não zelam pela qualidade do que fazem.

Retornando à entrevista, a profissional de enfermagem cita muito a questão da responsabilidade pelo cuidado ao paciente, que na sua opinião, deveria ser de toda equipe, mas observa na sua realidade de trabalho que existe uma

sobrecarga nos técnicos e auxiliares de enfermagem, e segundo a mesma, muitos deles não possuem nem mesmo conhecimento suficiente para assumir determinadas atribuições. Refere que o cuidado ao paciente é responsabilidade da equipe como um todo e, principalmente o paciente grave deveria ficar sob a responsabilidade do enfermeiro, mas que na sua unidade são os auxiliares e técnicos de enfermagem quem cuidam, exceto no caso de alguns enfermeiros. Os pacientes com procedimentos mais complexos, com doenças infecto-contagiosas, estes tipos de pacientes “ninguém chega nem perto!” (*sic*).

De acordo com a entrevistada, deveria ser tomada alguma medida em relação ao problema citado, através do setor de recursos humanos, serviço social ou psicologia.

[...] bota o povo dos recursos humano para trabalhar! serviço social para trabalhar! psicólogo pra trabalhar! tem gente aí sem fazer nada e os funcionários precisando (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

Um dos entrevistados (G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>) justifica que as dificuldades advêm do fato de ser uma instituição pública, o que na sua opinião, seria muito mais fácil se fosse uma instituição particular.

Este paradigma existente de que o serviço público não funciona por falta de recursos (humanos e materiais) precisa ser repensado. Trabalhar com seriedade, compromisso e ética nada têm a ver com o tipo de instituição em que desenvolvemos nossa atividade. As deficiências de caráter operacional podem ser resolvidas mediante o investimento de recursos, mudanças de estratégias mas a atitude profissional é algo subjetivo e depende primordialmente do “querer ser”.

Rossi e Silva (2005) defendem que parece haver uma dificuldade, uma acomodação e uma certa passividade de alguns profissionais diante da necessidade de atualizar sua prática, de buscar novas tecnologias, novas formas de fazer e principalmente novas formas de ser no trabalho.

Promover espaço para o Ensino é uma finalidade da instituição, e os profissionais que nela trabalham são os facilitadores desse objetivo. Entretanto, na

opinião de G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>, existe uma dificuldade entre os profissionais da sua área em assimilar, como uma de suas competências, o papel de educador. Alguns enfermeiros não possuem interesse ou ainda habilidade para a função, coisa que afeta o desempenho e a imagem institucional. A mesma acredita, ainda, que parte dessa responsabilidade está na própria escola (ou universidade) que não prepara o profissional para atender a estas expectativas.

Outro fator apontado por G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> como causal, é a modalidade de concurso público instituído pela própria universidade, para contratação, que prioriza apenas preencher o déficit de pessoal, não estabelecendo critérios de seleção que vislumbrem também as habilidades do profissional para o ensino. A atual gestão (Diretoria de Enfermagem e Serviço de Educação Continuada) tem trabalhado em prol da mudança desse paradigma.

A instituição em destaque recebe estudantes e profissionais da área de enfermagem, que necessitam de orientação e acompanhamento no desempenho de suas atividades. Por se tratar de um hospital-escola, constitui-se como sua missão acolher docentes e alunos, assim como propiciar espaço para o desenvolvimento de pesquisas.

Entretanto, para G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>, o apoio dispensado ao acadêmico, pelos enfermeiros não é o satisfatório, justificando que estes não apresentam condições de dar a devida atenção aos alunos, em virtude da sobrecarga de atividades que os mesmos desenvolvem. Além disso, G<sub>1</sub>E<sub>3</sub> demonstra claramente em seu discurso a insatisfação pela ausência do professor acompanhando o aluno nas atividades de estágio.

[...] O trabalho gerencial numa instituição de ensino, de enfermagem deveria ser melhor porque a gerente fica muito sobrecarregada de trabalhar com acadêmicos [...] o acadêmico que chega aqui pra ter uma prática, para aprender, principalmente porque ele não vem acompanhado do professor, o professor fica lá fora e ele fica diretamente com a gerente, a gerente não dá a devida atenção [...] está certo que em algumas clínicas ficam professoras com eles, mas não são em todos os setores [...] A enfermeira sozinha para 30, 40, 60 leitos, para supervisão. Imagina para supervisionar o aluno e muitas vezes o estágio fica a desejar (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>).

Outro fator relacionado ao aprendizado dos acadêmicos, que na sua opinião reflete negativamente, é a falta de material nas unidades de internação, que dificulta até mesmo o desenvolvimento de atividades básicas.

A estrutura física das unidades de internação também é apontada pelos profissionais como inadequada para acolher os estagiários. Para G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>, o quantitativo de estudantes que chegam para estágio, (às vezes chegam dez alunos, que somados à equipe da unidade, são mais cinco profissionais, somando quinze pessoas) para circularem dentro de um espaço físico de cinco metros quadrados, que é o posto de enfermagem, atrapalha.

Outro problema que indica (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>) é que as prescrições dos pacientes ficam passando de mão em mão (alunos, internos, residentes e profissionais), e não há um controle, o que atrasa a realização dos procedimentos.

Problemas estruturais, despreparo da equipe, falha na comunicação entre profissionais, déficit de pessoal, inadequação do perfil do profissional para atender aos objetivos institucionais. Muitos são os possíveis fatores que desencadeiam essas dificuldades.

Merhy (2002) compara o cotidiano institucional como um espaço de significações, que se expressa como uma dobra, onde de um lado o cenário é composto por agentes em situação institucional e do outro se mostra um mundo distinto, dos sentidos e sem sentidos, ou seja, um mundo onde os agentes se revelam, despertam as atenções para as falhas ocorridas no mundo anterior.

É nesse despertar que devemos crescer, buscando alcançar transformações reais neste cenário instituído. Somente com mudança de paradigmas, atitudes mais críticas e reflexivas e um trabalho conjunto, alcançaremos um espaço de trabalho mais justo, coerente e democrático.

## 3.2 AUTONOMIA E VÍNCULO NA CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

### 3.2.1 O vínculo com a instituição e sua prática

Os enfermeiros demonstram compromisso com a instituição, assim como também, na função que desempenham. Têm consciência da seriedade e responsabilidade que assumem, assim como se referem à equipe que coordena como pessoas também envolvidas e comprometidas com o seu objeto de trabalho – o cuidado.

Na opinião de G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>, são enfermeiras que estão sempre presentes para prestar assistência, que somam com grupo, e não somente para desenvolver atividades administrativas.

É consenso entre os entrevistados o comprometimento com o que fazem, apesar de reconhecerem que enfrentam dificuldades no decorrer de sua prática. As dificuldades foram descritas por G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>, como fator motivacional para o desempenho de sua função, pois a motivação advém de conseguir conquistar aquilo que busca, com muita luta e pelo fato de aprender a criar. Para outro gerente (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>), mesmo diante de dificuldades, investe e acredita naquilo que faz.

As Coordenadoras (G<sub>1</sub>) referem que resolvem os problemas que ocorrem no serviço de enfermagem com compromisso e iniciativa. Buscam encontrar soluções juntamente com os gerentes, entretanto, quando não conseguem resolvê-los, buscam apoio da Diretoria de Enfermagem, de modo a não deixar nenhum problema pendente.

G<sub>1</sub>E<sub>8</sub> também desenvolve um trabalho de comprometimento da equipe de enfermagem com a qualidade do cuidado e com os resultados. Existe um envolvimento de todos na assistência não só ao paciente, mas também à família, e na realização dos procedimentos. É feita uma conscientização de que é preciso trabalhar em equipe, do envolvimento necessário para que o paciente não retorne à

instituição, sendo o funcionário também orientado do ponto de vista organizacional, para que siga as normas da instituição.

Verificamos uma visão muito otimista do gerente, que procura trabalhar com sua equipe, buscando o compromisso e o envolvimento conjunto na busca dos resultados. O gerente ressalta ainda sua preocupação em estar junto do enfermeiro assistencial, em cada turno, dando o apoio necessário.

Um outro modelo para garantir o envolvimento e o compromisso é adotado por G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>. Segundo ele, as decisões são tomadas em conjunto, através de reuniões que são realizadas semanalmente, com a participação de representantes de toda a equipe multiprofissional. Outro fato relatado é o desenvolvimento de atividades integradoras e momentos festivos, visando a humanização. Refere que na unidade tudo é muito trabalhado, não somente a humanização na relação interprofissional, mas na relação profissional-acompanhante.

Os profissionais são orientados também em relação ao paciente, para melhorarem o cuidado, e a inovação foi a inserção de um psicólogo na equipe, que vem trabalhando os sentimentos do paciente em relação a sua internação na referida unidade.

A construção de vínculo depende, portanto, do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas [...]. Depende também do modo como se encarregam de cada caso específico que necessite de atendimento singular. (CAMPOS, 1992, p. 69).

A subjetividade dos sujeitos deve ser percebida nas relações de cuidado. Muitas vezes, um gesto simples, um diálogo, ter um tempo para conversar com o paciente, perceber suas necessidades, é mais importante que o uso de equipamentos sofisticados.

Campos (1992) nos fala na “desmedicalização”, ou seja, o uso de práticas de vida saudáveis, educação em saúde, atendimento interdisciplinar como métodos terapêuticos eficazes. Para Merhy

O gerente procura inculcar no pensamento dos enfermeiros que trabalham na unidade o senso de responsabilização, e isso fica claro nas suas palavras:

[...] ele não pode entrar numa unidade, [...] principalmente [...] com o simples olhar de que vou cuidar do paciente, ele tem que entrar com a consciência de que ele vai assumir uma unidade [...] que ele é a cabeça, o principal de um trem, é quem decide tudo (G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>).

O compromisso com o cliente e com o cuidado foi ressaltado com ênfase em vários discursos, mas existem situações extremas, em que o gerente se coloca como único responsável pelo sucesso da assistência. É o exemplo de G<sub>1</sub>E<sub>2</sub>, onde observamos que o gerente de enfermagem coloca-se mais na situação de provedor das condições necessárias à unidade para que a sua equipe possa prestar ao paciente uma assistência de enfermagem de qualidade.

O enfermeiro gerente tem que buscar sempre dar resposta imediata às situações que se apresentam (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>, G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>, G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>), sendo esta uma das suas principais qualidades. Existe a necessidade de encontrar respostas imediatas aos problemas surgidos, essa é uma cobrança constante que o próprio profissional se faz, continuamente, observada em suas atitudes e em seus discursos.

Não podemos desconsiderar que é importante ao enfermeiro gerente a iniciativa e o dinamismo, que esteja preocupado em manter a equipe coesa, a unidade funcional, ou seja, dê condições para que as coisas aconteçam dentro da unidade (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>), mas este não pode ser o único foco de atenção do gerente. Ele precisa aprender a delegar mais, a estabelecer prioridades e um planejamento do seu trabalho. Não pode passar o tempo todo a “apagar incêndios”.

[...] aquilo que for de responsabilidade minha, eu faço e aquilo que for para delegar, eu delego ao auxiliar responsável pelo paciente (G<sub>2</sub>E<sub>4</sub>).

Apesar de todos os esforços dos enfermeiros gestores, G<sub>1</sub>E<sub>7</sub> considera que a falta de compromisso ainda é um dos problemas existentes na instituição. Segundo o entrevistado, a mesma está atrelada a uma questão cultural da própria universidade, mas que já vem acenando, de forma positiva, para mudança.

Entretanto, nos seus espaços de trabalho os enfermeiros gerentes desenvolvem estratégias para mudar esse panorama. Cada um, a seu modo, e de acordo com as peculiaridades de seu setor, busca o envolvimento de sua equipe para que o cuidado ao cliente tenha a qualidade necessária.

[...] Primeiro tinha que haver uma mudança na cultura da própria universidade, porque eu acho que existe no momento, sinalização da democratização da universidade [...] tem que haver essa mudança de mentalidade, essa mudança de cultura, tanto da universidade como um todo, como do próprio hospital. (G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>)

### 3.2.2 As habilidades do enfermeiro

O profissional de enfermagem está 24h dentro da instituição, portanto, na opinião do enfermeiro é o profissional que fica mais perto do paciente, sendo geralmente o que primeiro percebe o que acontece com este. O enfermeiro é um pilar muito importante dentro dessa unidade, estando o seu funcionamento muito dependente dele, desde que o mesmo tenha essa relação e essa visão de toda a unidade (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>).

Consideramos essa “visão da unidade” como a capacidade gerencial que é inerente ao enfermeiro. Para Junqueira (1990), o conhecimento necessário para o desenvolvimento das funções gerenciais abrange os aspectos técnicos, administrativos, políticos e psicossociais. Portanto, essa complexidade de saberes precisa ser conquistada ou aprimorada, no cotidiano institucional.

Apesar do reconhecimento de seu potencial, do seu espaço no ambiente hospitalar como elemento imprescindível na ação do cuidado, alguns aspectos foram ressaltados como relevantes.

É necessário que, no seu processo de trabalho, o enfermeiro procure tomar decisões baseadas em prioridades, buscando fazer o diagnóstico da unidade, o levantamento das necessidades e o reconhecimento da instituição, para que, nesta interseção possa encontrar soluções viáveis e resolver os problemas mais urgentes (G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>).

O enfermeiro tem que ter uma visão ampla de tudo o que acontece dentro da unidade, e essa ação do enfermeiro deve passar não só pelas atividades específicas que ele faz, mas a visão tem que ser inclusive, geral, de toda instituição ( $G_2E_2$ ).

Bertoncello e Franco (2001) referem que a preocupação com a eficiência e a organização se torna mais importante no cotidiano institucional, e desse modo afastam os enfermeiros da relação com o paciente. O excesso de atividades burocrático-administrativas é uma realidade no campo da enfermagem, que ao longo da história foi condicionada dessa forma.

O enfermeiro assistencial necessita aprimorar sua capacidade para tomar decisões, pois é ele quem responde pela unidade na ausência do gerente. Então, a enfermeira assistencial na sua opinião, também é uma gerente, quer queira, quer não. Apenas quando é algo que a mesma não se acha com competência para resolver, ou em situações nas quais não lhes foi delegada autonomia para tomar decisões, fica-se pendente para resolver no momento seguinte, pela gerente do setor.

[...] Então, está tendo um problema burocrático, que a chefe está ausente, se comunica com ela e se a chefe achar que a gente tem condições, a gente manda algum ofício por procuração, ou alguma pendência que a chefe deixa, avisa alguma coisa, então a gente faz uma gerência paralela, na ausência da chefe porque algumas coisas acontecem na unidade que a gente tem que se responsabilizar e geralmente procuram quem, a enfermeira ( $G_2E_3$ ).

Desse modo, o enfermeiro assistencial pode e deve compartilhar dessas decisões. No caso de problemas na unidade, que exijam resolutividade no momento, quando o gerente não está na unidade, outro exemplo é auxiliando na elaboração de escalas. O enfermeiro gerente não pode, também, deixar de prestar assistência ao paciente, realizar procedimentos como curativos e aplicação de medicações parenterais ( $G_1E_3$ ).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem possuem uma opinião formada sobre os enfermeiros. O grupo reconhece que é o enfermeiro, o profissional que está à frente, na unidade, tomando todas as decisões para resolver as intercorrências que acometem a dinâmica do serviço e o bem-estar do paciente.

Mesmo aqueles profissionais enfermeiros, considerados mais acomodados pela equipe, são reconhecidos como quem toma a frente, nos casos de urgência, e assumem o cuidado, adotando providências, avaliando a necessidade da chamada do médico, tudo seguindo uma organização (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

Para os técnicos e auxiliares de enfermagem, os enfermeiros mais comprometidos são sempre cheios de iniciativa, na resolução de problemas da unidade (G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>).

### 3.2.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem

A comunicação constante com a Diretoria de Enfermagem é considerada importante, para que os problemas encontrados na unidade possam ser compartilhados (G<sub>1</sub>E<sub>11</sub>).

Com relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, desde 2005 a Diretoria de Enfermagem em parceria com coordenadoras e gerentes de enfermagem, enfermeiros assistenciais e com o apoio do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem, vem intensificando as ações para a implantação definitiva de um modelo sistematizado e planejado do SAE<sup>20</sup> (atualizado, baseado em NANDA II<sup>21</sup>) na instituição.

Algumas unidades já avançaram bastante, e hoje se encontram aplicando o histórico, elaborando diagnósticos de enfermagem e intervenções, entretanto outras ainda não conseguiram iniciar o processo. O grupo já conseguiu avançar, este ano, com um curso sobre a temática, oferecido aos enfermeiros para sensibilizá-los sobre o assunto e agora está na fase de revalidação da prescrição de enfermagem e elaboração das intervenções.

---

<sup>20</sup> A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação das ações de assistência de enfermagem.

<sup>21</sup> *North American Diagnosis Association*. Classificação dos diagnósticos de enfermagem, 2ª versão, lançada em 2000. (BRAGA; CRUZ, 2003).

O cuidado humano é a essência do trabalho da enfermagem, entretanto, nas instituições hospitalares, está sempre marcado por procedimentos, e muito distante do interagir e compartilhar. Esta concepção defendida por Lima (2001) se evidencia no cotidiano, quando nos vemos absorvidos por atividades burocráticas, ou quando próximos do paciente, sempre a desenvolver técnicas isoladas, correndo contra o tempo, para atingir a produtividade. Essa “lógica” irracional e fria pode ser modificada, se atingirmos o envolvimento integral dos enfermeiros na consolidação da SAE.

o cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves. Tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar (CECILIO; MERHY, 2003, p. 197).

G<sub>3</sub>E<sub>1</sub> referiu já ter implementado a SAE em sua unidade, e considera um avanço, um salto na qualidade da assistência aos clientes. Para outro enr,391.86878(i)1.3967

A aplicação da Sistematização da Assistência é um avanço na instituição, visto que traz autonomia em todos os aspectos. Ao profissional de saúde, enfermeiro consolida a sua prática fundamentada no conhecimento científico e ao paciente, estimula a “capacidade de enfrentar os seus problemas a partir de suas condições concretas de vida” (CAMPOS, 1992, p. 70).

Na opinião de G<sub>2</sub>E<sub>1</sub>, o cuidado em si precisa ser mais coordenado pela enfermeira, que ainda se envolve muito em atividades burocráticas, ou mesmo atividades de outros profissionais. Considera que a execução do cuidado em si ainda não está sendo muito aceito pelos enfermeiros, existem ainda muitas barreiras, receio, por acharem muito difícil, por ser algo novo. É necessário algo que incentive e estimule mais as pessoas para que voltem sua atenção para o cuidado.

Outro aspecto ressaltado foi que a atuação na unidade ainda deixa muito a desejar, até mesmo no próprio registro, pois não está sendo implementada a sistematização da assistência de enfermagem o que conseqüentemente leva a assistência de enfermagem a cair na qualidade. Muitas vezes observa (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>) que desenvolve tarefas que não são de sua competência, mas sim de outros

[...] Antigamente não, era relação de subalternos, você faz o que eu mando sem ter nenhuma opinião [...] a diretora de enfermagem era inacessível, ela tinha que primeiro agendar uma visita, daí as pessoas se desvaneciam dos sonhos, das suas aspirações e aí voltavam pro seu ambiente de trabalho altamente frustradas e desenganadas...quando a gente chegou aqui nós só faltávamos bater continência pra nossa Diretora de enfermagem...a gente vê muitas organizações engessadas com regras que tem que ser cumpridas, e o RH (Recursos Humanos) dessas instituições não estão alinhados nem comprometidos especialmente para cuidar dessas pessoas (G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>).

O referido enfermeiro tem uma visão muito otimista de sua prática, pois acredita que a enfermagem evoluiu de uma posição de subserviência, onde a visão missionária predominava nas práticas profissionais para uma postura mais científica e autônoma. Essa busca de autonomia nas suas relações de trabalho está atrelada a maior poder de decisão. Para as Coordenadoras, é necessário...

[...] Que haja uma autoridade maior por parte da enfermeira (G<sub>1</sub>E<sub>2</sub>).

A autonomia do enfermeiro é um elemento chave no desenvolvimento da função gerencial. Para G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>, no entanto, é algo ainda em construção, ou diria melhor, em conquista, mesmo passados tantos anos de desenvolvimento da categoria. É um ponto crucial numa organização, seja ela pública ou particular, e uma gerente necessita ter poder de decisão para que as coisas funcionem, tanto na aquisição de equipamentos como no recrutamento de pessoal para suprir as deficiências da unidade.

Para G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>, a falta de autonomia da gerente para tomar decisões, leva à demora na resolução dos problemas. Segundo a mesma, as necessidades sentidas são repassadas para seus superiores, entretanto, ficam passando “de mão em mão” (*sic*) e não são resolvidas. Do mesmo modo pensa G<sub>3</sub>E<sub>5</sub>, quando afirma que algumas coisas fogem à sua competência.

G<sub>1</sub>E<sub>3</sub> acredita que o que se observa, o que acontece no cotidiano da enfermagem, é a subutilização do potencial do enfermeiro e o desvio de suas funções para tarefas elementares, próprias de outros serviços operacionais, tais como os serviços de manutenção de equipamentos da unidade.

[...] já, já o enfermeiro está com ferramenta na mão consertando porta, banheiro, que não é nossa função e nem a gente deve fazer desvios de funções (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>).

Outro ponto crítico levantado pelo gerente é que a hegemonia da profissão médica ainda é valorizada e a prática de utilizar-se do poder embutido na figura do médico é um recurso muitas vezes utilizado pelos enfermeiros gerentes para a consecução de benefícios. Esta situação não é aceita por ele, que considera importante a manutenção da autonomia no desempenho de sua função.

[...] Em algumas situações eu observo, em algumas unidades, que, para conseguir um colchão, para conseguir um monitor, a gente vê os colegas se reunindo para pegar a assinatura do doutor fulano de tal que é o staff da unidade da qual compõe a clínica... E eu sempre digo pros colegas, no dia que eu for instituído chefe de unidade, líder de um grupo, é porque eu sou capaz de perceber a necessidade que há no momento, não tem esse negócio de eu fazer um documento pedindo, por exemplo, três colchões e pedir pra doutor fulano de tal assinar para que vejam. Ou eu sou capaz de resolver e vou solicitar o que é necessário para o bom funcionamento da unidade ou então é melhor pegar o doutor fulano e botar como chefe do serviço. Ou tem validade o meu nome, o que eu escrevo, a minha assinatura o que eu falo, porque se for pra toda vez o doutor fulano assinar, a gente tá fazendo tudo errado! (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>).

Campos (1992) escreveu sobre os poderes instituídos nas organizações hospitalares: o poder hegemônico do médico e o poder da alta administração. Neste espaço trabalham os profissionais de enfermagem, subjugados e pouco reconhecidos, apesar de serem estes que conduzem e organizam a dinâmica e o atendimento de qualidade ao paciente.

Por outro lado, alguns gerentes ainda se posicionam de modo a favorecer essa “tomada de autonomia” do enfermeiro, quando coloca nas mãos da direção a responsabilidade pelas decisões geradoras de conflito, na tentativa de manter um clima de harmonia com a equipe. É o que percebemos em G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>, quando revela que algumas decisões deveriam ser impostas diretamente pela alta direção, para não causar indisposição no relacionamento da gerente com a equipe.

Observamos, pelos relatos, que os gerentes (G<sub>1</sub>) consideram inexistir uma referência, padrão ou base a ser seguida, para o desenvolvimento do trabalho pelos profissionais de enfermagem, o que resulta na atuação independente destes, cada um trabalhando a seu modo, como julga que deve trabalhar, que é a melhor maneira.

[...] cada um fica mais ou menos fazendo a melhor maneira que acha, tenta passar pros outros, mas não existe, no meu entender, uma base sólida que direcione esse trabalho (G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>).

Desse modo, os profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) assumem uma postura muito arredia, sem controle, onde se invertem os papéis de líder e liderado, e essa situação precisa ser retomada.

[...] os que são liderados querem se rebelar contra os que lideram, sem um prévio diálogo, sem um prévio consentimento de situações e as coisas tem que ser bem estabelecidas (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>).

Alguns atribuem este comportamento a heranças culturais, processos instituídos, as pessoas são acostumadas a se autogerirem, e somente utilizando barganha, os gerentes conseguem desenvolver seu trabalho.

[...] não dá pra gente simplesmente mandar porque a instituição não funciona assim, já vem culturalmente, já é cultural que aqui não manda e a gente faz, aqui a gente pede. Então com isso as coisas vêm funcionando porque eu tento pedir e na maioria das vezes eu sou atendida e eles sabem que quando eles pedem, eu podendo fazer, eles podem contar comigo (G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>).

Na percepção do enfermeiro (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>), os profissionais da unidade em que trabalha possuem uma autonomia exagerada, que prejudica a qualidade da assistência prestada ao paciente e a dinâmica, como um todo, organizacional. Pior do que isso é que considera que nenhuma providência é tomada para mudar essa situação. Acredita que o profissional poderia sofrer as conseqüências pelas falhas cometidas, mas afirma que isso não acontece.

[...] As pessoas se sentem estáveis, intocáveis, e fazem coisas aberrantes aqui, que eu já presenciei [...] eles fazem o que querem, tomam as condutas que querem e nada é feito pra mudar (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>).

Outro fato que o incomoda é a hegemonia da academia dentro da instituição. Na sua opinião...

[...] os protagonistas aqui são os estudantes, e a gente os coadjuvantes...a gente dá o suporte para o benefício deles, e eles nunca são cobrados pelas condutas deles, condutas não médicas, condutas de organização da unidade (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>).

É preciso repensar as posturas adotadas pelo enfermeiro no seu cotidiano, que muitas vezes se acomoda diante da dominação e do poder hegemônico de outros profissionais. Conquistar espaço e autonomia através da mudança de atitude, não de eterna defesa, mas mostrando o seu potencial, o seu compromisso com um trabalho ético e sólido. De acordo com Rossi e Silva (2005), é preciso estimular reflexões sobre as novas possibilidades do fazer, com o enfoque no indivíduo que busca satisfazer suas necessidades de saúde, rever os conceitos relacionados às questões gerenciais, trazendo-o para o resgate da autonomia.

A autonomia está relacionada então, a definição de papéis na enfermagem. Para G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>, O excesso de tarefas repetitivas muitas vezes impede o enfermeiro até mesmo de realizar anotações e registros sobre as atividades desenvolvidas, como também de dedicar um tempo ao estudo, a realização de cursos de capacitação e atualização.

[...] Tem dias que eu estou assim agitada, que eu me vejo assim como meros tarefeiros, mero realizadores de tarefas, que a gente às vezes não consegue nem anotar, registrar as atividades que a gente fez, tem dias que eu me sinto assim executor de tarefas. A gente às vezes não tem campo pra desenvolver uma pesquisa, estudar mesmo, até pela sobrecarga de trabalho, a sobrecarga da carga horária, que a gente não consegue disponibilizar tempo pra um curso, pra uma especialização, acho que a gente fica às vezes a beira [...], só como tarefeiro. Executa, executa, mas não tenta aprimorar (G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>).

O descontentamento com o modo como desenvolve o seu trabalho e a maneira como se percebe, apenas como força de trabalho produtiva também está evidente nas falas dos enfermeiros. G<sub>2</sub>E<sub>3</sub> faz uma relação entre o modelo de trabalho que desenvolvia em outra instituição e o modelo ao qual está necessitando se “adaptar” (sic).

[...] Quando eu entrei aqui na clínica [...], eu notei que era um trabalho muito mecanicista, fiquei até um pouco contrariado, entre aspas, porque não era o meu hábito de trabalhar. Trabalhava em um hospital que tinha mais complexidade tanto dos pacientes quanto de tecnologia, e eu senti um pouco isso quando eu vim pra cá. E estou procurando me adaptar, está sendo difícil, mas eu procuro seguir o que eu vejo, a forma que as pessoas que estão aqui há mais tempo fazem e procuro me adaptar a essa nova forma de trabalho, que pra mim foi difícil (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>).

Toda essa dificuldade está inserida em um contexto histórico. A enfermagem é uma profissão que necessita ser valorizada como um todo. Na opinião de G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>, somos uma profissão pouco reconhecida, em relação às outras

categorias profissionais, e isso influencia no poder de gerenciamento dentro da instituição hospitalar porque a enfermagem funciona mais como “coadjuvante”, o que nos limita até mesmo no gerenciamento de material, de condições de trabalho, pela nossa fragilidade como categoria.

Essa desvalorização é percebida na relação com a equipe multiprofissional, no estabelecimento de vínculo, de espaço de convivência, de confiança, de segurança profissional.

[...] eu procuro fazer o melhor que eu posso, mas tem uma certa dificuldade na unidade com a equipe interdisciplinar, porque complica, porque nem sempre a gente consegue fazer o que quer (G<sub>2</sub>E<sub>4</sub>).

A percepção do enfermeiro assistencial (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>), é que a própria condição institucional (pública, limitada por recursos e autonomia gerencial) funciona como agente potencializador das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro, sem contar ainda com as questões políticas internas, que diferenciam unidades, ou seja, afirma que a unidade vizinha é favorecida em detrimento da sua, fato que atribui a uma falha no gerenciamento do setor. Apesar das queixas atribuídas à gerência, reconhece que a mesma em parte é limitada, mas tenta fazer o melhor possível, para resolver os problemas da unidade que são inúmeros.

Essas limitações institucionais, na opinião de G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>, não dependem somente do gerente da unidade, e muitas vezes são problemas para os quais já cansaram de reclamar.

Dentre os diversos obstáculos revelados pelos entrevistados, um dos mais relevantes foi a indefinição de papéis. Um dos gerentes (G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>) demonstrou um pouco de desmotivação por não encontrar uma base para o seu trabalho, ou seja, um padrão pré-estabelecido que o direcione, que o norteie. Observamos que ficou implícita a idéia que cada um trabalha na tentativa de acertar, mas que na verdade não existe um eixo condutor.

Esta indefinição leva a sobrecarga de atividades, prioritariamente de natureza burocrática, decorrentes da falta de pessoal pelo qual passa a instituição. É

a falta de secretária que obriga o enfermeiro a digitar escalas e ofícios, a falta de contínuo que o leva a descer na manutenção para resolver problema de conserto do ventilador da enfermaria, deixando o paciente sem assistência. Até mesmo o fato de estar “parado” respondendo a entrevista da pesquisa foi apontado pelo gerente como “perda de tempo”, pois segundo o mesmo havia uma relação de tarefas a cumprir (G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>). Isso demonstra o quanto o profissional encontra-se condicionado a este automatismo alienante, que se manifesta como autocobrança, quando este se permite realizar alguma “tarefa que não está programada no seu rol diário”. A expressão desses sentimentos se revela nos depoimentos a seguir.

[...] Eu acho que o gerente na instituição fica um pouco sem base, um pouco sem padrão de trabalho porque não existe um padrão de trabalho, para que todo gerente, não existe um suporte que nos direcione no nosso trabalho (G<sub>1</sub> E<sub>4</sub>).

[...] a gente perde tempo um pouco desenvolvendo atividades, fazendo mil e uma coisas, indo para a manutenção atrás de material que a gente pediu há trezentos anos atrás, isso é perder tempo, sim. A gente perde tempo brigando atrás de roupa de cama, dez e meia da manhã a gente não fez um curativo porque paciente não foi banhado porque não tem feito a higienização adequada (G<sub>1</sub> E<sub>5</sub>).

Desse modo, a produção do cuidado fica em segundo plano, sendo, portanto um dos problemas mais ressaltados pelos profissionais.

[...] a execução da atividade administrativa legitimou-se no trabalho e sempre esteve presente na enfermagem, desde sua institucionalização. A dimensão prática das técnicas e a dimensão prática do saber administrativo resultaram na divisão técnica do trabalho na enfermagem: alguns agentes administrando e outros executando [...]. (GOMES et al., 1997, p. 247).

Como gerente, G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> considera-se co-responsável pelo desenvolvimento profissional de seus liderados e demonstra preocupação em desenvolver a autonomia dos mesmos, inclusive incentivando-os à capacitação profissional, principalmente voltada para a implementação do processo de enfermagem.

A autonomia pode ser vista ainda sob vários ângulos; para G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>, a falta de um espaço físico na unidade em que atua como gerente, onde pudesse receber um funcionário, conversar com ele e desenvolver algumas de suas atividades, é vista como falta de autonomia.

O poder embutido em cada profissional é algo que vai se construindo ao longo dos anos e muitas vezes se cristaliza definindo espaços bem delimitados e instituídos.

Este fato se mostra evidente no discurso de G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>, o mesmo acredita que cada profissional tem um espaço dentro da instituição, que deve ser respeitado e que nenhum profissional pode atuar dentro do espaço

Os enfermeiros novos, admitidos na instituição, moldam-se a esta estrutura “pré-fabricada”, mergulham profundamente na dinâmica instituída e se perdem de suas concepções modernas, trazidas de experiências acadêmicas ou mesmo de outras instituições em que trabalhem. Parece que existe um “total apagamento” de tudo o que gera reflexão, análise crítica e liberdade de expressão. A “ordem natural das coisas é adequar-se o mais rapidamente ao modelo instituído para não se sentir segregado”.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem também expuseram suas opiniões. A pouca autonomia do enfermeiro foi ressaltada pelo profissional como fator que atrapalha na implementação da assistência de enfermagem na unidade. Para G<sub>5</sub>E<sub>3</sub>, o enfermeiro deveria ter maior poder de decisão, pois muitas decisões ficam a critério do médico ou da própria direção.

[...] Eu acho que elas poderiam e deveriam ter maior poder de decisão, porque muitas vezes as coisas empacam aqui porque elas não dão poder de decisão pra elas, entendeu? Quase tudo aqui quem decide é o médico, coisas que elas tem total competência para resolver e não resolvem porque ficam dependendo do médico. Em questão de material, elas podiam ter um poder de decisão maior, aqui quando tem uma parada, elas têm que estar pedindo, implorando um equipamento para uma outra clínica. Não existe um poder de decisão de olha, eu estou precisando, eu vou levar, não existe! Eu acho que elas poderiam ter um maior poder de decisão para agilizar mais as coisas. Tornaria tudo mais fácil (G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>).

Outro aspecto que foi ressaltado foi que as atribuições muitas vezes ficam impedidas de serem realizadas por falta de material como luvas, aventais de proteção (em caso de pacientes contaminados), devido às dificuldades oriundas do fato de se trabalhar em um hospital público (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

A valorização e o reconhecimento profissional precisam ser melhorados. A falta de autonomia para tomar decisões gera demora em conseguir resolver os problemas da unidade, que necessitam muitas vezes de decisões imediatas (G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>). Para G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>, ainda é um fator a ser atingida, a hegemonia de algumas profissões ainda impera e o reconhecimento do enfermeiro custa a ser conquistado, o que só ocorre de forma pontual.

A situação se potencializa pela falta de estímulo e orientação para o crescimento científico.

[...] o que eu sinto é que nós não tivemos oportunidade de fazer trabalhos, de mostrar experiências que nós vivenciamos por falta de um empurrão, de literatura, de pesquisa, apesar de ver na faculdade, a gente não vê a fundo, e acaba o tempo, o corre-corre, você trabalha sábado, domingo e o tempo vai passando (G<sub>1</sub>E<sub>6</sub>).

### 3.2.5 O desenvolvimento profissional

Um aspecto importante a ser considerado para atingir a qualidade do cuidado é oferecer as condições necessárias ao enfermeiro gerente e sua equipe para o desenvolvimento do seu trabalho.

Essas condições ideais envolvem condições estruturais e também o conhecimento, que é a principal ferramenta para a implementação do cuidado. É necessário ao enfermeiro estar se atualizando, aprimorando seus conhecimentos para atingir as competências necessárias ao desempenho de suas funções.

Quando assume uma função de gerente, muitas vezes o enfermeiro somente detém a sua formação básica, predominantemente teórica e dissociada da realidade, ainda hoje fundamentada nas teorias administrativas clássicas, que apenas nos apresentam modelos de gestão com suas normas, estatutos, regimentos e organogramas, assim como métodos de elaboração de escalas de serviço, e fórmulas para dimensionamento de pessoal e previsão de custos.

Mas hoje acredito que para ser enfermeiro e gerente, ao mesmo tempo, é necessário conhecer além do que o banco da academia (formal) nos repassa, é preciso sim ter conhecimento teórico associado à prática, é necessário a práxis, e como dizem os educadores, é necessário aprender a re-aprender, através do cotidiano e de leituras mais reflexivas, mais críticas.

Ao gerente, é preciso ter, além do conhecimento das bases teóricas da enfermagem, para orientar sua equipe, desenvolver as atividades inerentes à profissão, ao ensino e à pesquisa, é preciso adquirir conhecimentos e habilidades para gerenciar o grupo, estabelecer diagnósticos situacionais, tomar decisões precisas e eficazes, além de estabelecer relações harmônicas, sem perder o foco do usuário e da integralidade da saúde.

Há necessidade de um processo de educação permanente, nos próprios serviços e a criação de uma “cultura gerencial” que terá que equacionar, entre outras coisas, o tipo de profissional mais “adequado” para “ser gerente”, a disponibilidade de tempo para o trabalho gerencial e a aquisição de novas habilidades, tais como a capacidade para “fazer uma boa escuta do grupo”, arbitrar conflitos e, fundamentalmente, ser capaz de inventar, sempre, novas e renovadas formas de tornar mais humano o ambiente hospitalar.

A formação do enfermeiro gerente, foi um dos aspectos discutidos pelos entrevistados, como de caráter essencial para o desempenho da função. É ferramenta indispensável para que ele possa cuidar com qualidade, com segurança. Um dos entrevistados (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>) considera o seu grupo envolvido com o aprimoramento, afirma que buscam continuamente o conhecimento através de cursos de pós-graduação, mas referiu que ainda necessitam melhorar a liderança, pois na sua concepção de líder, deve haver “espírito de servidão” da parte do enfermeiro, o que considera característica rara nos dias de hoje.

G<sub>1</sub>E<sub>2</sub> também se mostrou preocupado com a formação dos enfermeiros gerentes, ressaltando que os mesmos precisam ser capacitados para a função. Essa preocupação é sentida, em seus espaços de trabalho, principalmente quando se trata de um hospital de ensino, onde o enfoque no aluno, na aprendizagem, na relação teoria-prática, na práxis, é uma constante.

A dinâmica do cotidiano sensibiliza de modo diferente os distintos enfermeiros que atuam como gerentes de enfermagem, porque cada um vislumbra aquilo que possui maior significância no seu entorno, que depende muito da visão de mundo que possui.

A preocupação com o autodesenvolvimento é sentida, pela necessidade de dar respostas à solicitação e expectativa da equipe (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>). Existem aqueles que vislumbram o crescimento científico do grupo, e não somente o seu, e valorizam a integração docente-assistencial, afirmando ser também uma atribuição do gerente o compromisso com o desenvolvimento cognitivo e científico da profissão (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>).

Outro aspecto que hoje é valorizado pelos gerentes de enfermagem é o estímulo à produção científica, decorrente da troca de experiências entre docentes e enfermeiros assistenciais (aqui se incluem também os que assumem cargo de gerência). Sabe-se que esta integração tem dado como resultados, excelentes produções científicas que traduzem não somente reflexões teóricas e filosóficas, mas pesquisas aplicadas que têm gerado transformação nas práticas institucionais.

[...] se os docentes estivessem presentes, poderia haver um programa para incentivar as colegas assistenciais a elaborar trabalhos que eu sei que o que a gente perde de pessoas que têm uma experiência muito boa na prática e que não botam no papel por falta de tempo, de um empurrãozinho, de um apoio (G<sub>1</sub>E<sub>6</sub>).

Somente através do conhecimento, que nos permite estabelecer a relação teoria-prática, questionar nossas ações, conversar com outras pessoas, conhecer novas idéias, novas experiências, fazer leituras, dialogar com autores é que iremos amadurecer e consolidarmos nosso aprendizado para aplicarmos na nossa prática, no nosso cotidiano e a partir de então conquistarmos o nosso espaço.

É necessário que o enfermeiro se transforme em um profissional crítico, capaz de aprender em um mundo em transformação, que construa sua história, que aprenda fazendo e que busque a transformação do conhecimento (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Os profissionais já estão tomando consciência da necessidade dessa mudança, já se sentem, por exemplo, constrangidos em ter que apresentar “esta realidade aos estudantes de enfermagem que fazem estágio na unidade”, pois acham bastante restrito o fato de passar a manhã toda ligando para funcionários, para tentar fechar a escala, nos casos de faltas e licenças (G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>).

A necessidade do desenvolvimento das habilidades gerenciais foi um dos aspectos revelados nas entrevistas. O apoio da Coordenação e da Diretoria de Enfermagem foi um fator considerado importante no desempenho das funções do enfermeiro gerente, segundo estes, as dificuldades inerentes ao cargo são amenizadas quando além do conhecimento, possuem o suporte da Direção (G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>).

G<sub>1</sub>E<sub>8</sub> fala que necessita de apoio institucional no sentido de aprimorar os seus conhecimentos sobre liderança, para poder conduzir melhor sua equipe.

[...] nós iniciamos um trabalho com a equipe, uma idéia de equipe onde a gente tenta conscientizar o grupo que todos são responsáveis pelo gerenciamento do cuidado [...] mas de uma forma geral a gente está sempre acompanhando e procura ficar junto do enfermeiro assistencial no turno de cada um [...] dentro do gerenciamento que a gente tem na unidade a gente lidera pessoas e é necessário você estar sempre se preparando melhor, atualizando conhecimentos (G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>).

Existe um envolvimento e compromisso por parte da diretora de enfermagem, a qual demonstra também uma visão otimista da organização. Acredita que os profissionais de enfermagem encontram-se mais motivados e comprometidos com os projetos institucionais.

Entretanto, existem profissionais que se dizem insatisfeitos com o modelo de gestão utilizado em sua unidade, visto que representa um exemplo clássico de autoritarismo.

[...] Muitas vezes é uma ordem a ser cumprida ela tem que ser cumprida. E às vezes eu até gosto de usar esse ditado na brincadeira: “manda quem pode, obedece quem tem juízo” (G<sub>2</sub>E<sub>4</sub>).

Existem situações que necessitam serem mais trabalhadas, para uma tomada adequada de decisões, e nesse caso é imprescindível maior apoio da Diretoria de enfermagem e Coordenação (G<sub>1</sub> E<sub>11</sub>).

Estes problemas precisam ser discutidos, entre o grupo, a gerência e a direção do hospital. Sugestões foram dadas quanto à criação de um calendário de reuniões, no começo do ano, sistemáticas, para que as pessoas pudessem ser mais ouvidas, de modo a encontrar soluções para as dificuldades encontradas (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>).

Vale a pena refletir ainda sobre o processo de escolha de enfermeiros para ocupar o cargo de gerente de enfermagem. Um dos enfermeiros assistenciais (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>) revela sua experiência, visto que já assumiu esta posição que na sua percepção, é imposta ao enfermeiro, não lhe dando liberdade, autonomia para dirigir do seu modo a unidade. Até mesmo na hora do convite para a função, ele considera que não existe escolha, você é obrigado a aceitar e no exercício da função, se sentiu

incomodado por receber as ordens de cima para baixo e, do mesmo modo, ter que aplicá-las aos seus funcionários.

[...] A atividade gerencial daqui, eu acho que é um pouco imposta, você recebe um convite de que você vai ser chefe e quase que você é obrigado a aceitar mesmo que você não queira porque vem àquela desculpa: você tem o perfil, você se enquadra, o texto ainda é o mesmo e vai ser gerente. Mas às vezes você não gerencia a unidade do jeito que você acha que é pra ser, às vezes vem as coisas um pouco impostas, a gente até diz que vem de cima pra baixo, da goela abaixo e coisas assim, então aqui ainda está um pouco assim e a gente até se sente um pouco laranja, só pra executar as coisas que vem lá de cima, porque as vezes o que a equipe sente a gerente leva pra sua superiora mas nem sempre ela tem aquela oportunidade de escolha. Quando vem as ordens de lá pra cá, de tentar moldar, de tentar solucionar de outra forma, então a gerência aqui é meio que laranja. Recebe, é espremida e tem que fazer mesmo! A gerência em si, para eu falar, porque eu não gosto, talvez pela oportunidade, porque quando eu fui, foi meio assim, você vai ser, obrigado por aceitar sem nem responder (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>).

Na opinião de G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>, existem falhas no processo de escolha de enfermeiros para assumirem a gerência de enfermagem. A mesma afirma que alguns profissionais assumem o cargo sem o devido preparo, ou pela pouca experiência, tempo reduzido de trabalho na instituição ou realmente por imaturidade. Considerando, então que os critérios para a seleção devem ser revistos.

Rocha e Felli (2004) corroboram com essas afirmações, pois consideram que as gerentes assumem o cargo sem orientações específicas sobre o que irá realizar, passando de enfermeiro assistencial para enfermeiro chefe sem preparo prévio. Essas situações geram insatisfação e até mesmo desmotivam os profissionais para o exercício da função.

[...] Neste hospital, muita gerente está precisando ainda ser trabalhada, por imaturidade ou assim, por pouco tempo de casa, que a gente bota no cargo e não corresponde (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>).

Somando-se a isso, observamos que existe uma certa insatisfação em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe de enfermeiros. Pelo seu discurso, ela deixa explícito que os enfermeiros assistenciais precisam de maior envolvimento no processo de trabalho, principalmente no que se refere ao atendimento ao paciente, e que os enfermeiros gerentes precisam ser mais atuantes junto à cobrança de resultados de sua equipe, para que esta se envolva mais.

[...] Eu acho que precisa uma cobrança mais de perto [...] As enfermeiras gerentes estão precisando de mais envolvimento com relação à prestação de cuidados dos seus liderados (G<sub>1</sub>E<sub>2</sub>).

Esse modelo de trabalho em que se encontra inserido o enfermeiro de instituições hospitalares precisa de mudança. E os gerentes de enfermagem precisam de formação adequada para conduzirem essas mudanças. Para G<sub>1</sub>E<sub>11</sub>, a academia não prepara para a função, daí ocorre a insegurança no desempenho da mesma. Existe a necessidade de cursos de capacitação na área, promovidos pelas instituições de ensino, para os enfermeiros, pois estes possuem potencial para gerenciar, necessitando apenas da formação.

Os serviços, por sua vez, precisam estabelecer critérios na seleção de seus gerentes. Na opinião de G<sub>1</sub>E<sub>6</sub>, não há uma seleção adequada de profissionais para ocuparem o cargo. Ou são pessoas sem qualificação, ou pessoas que o ocupam por conveniência política. Considera que a instituição não qualifica profissionais para o cargo, sendo estas gerentes despreparadas para orientar, sem paciência pra ensinar.

Para Cecílio (2006) é preciso que as instituições profissionalizem os gerentes a partir de três diretrizes: oferecendo remuneração compatível e compensadora, qualificando-os e exigindo tempo disponível para o exercício da função.

Acreditamos que, pelo menos, a consciência crítica já está sendo despertada nos enfermeiros. A utilização de estratégias mais eficazes, que promovam um cuidado planejado, individualizado, humanizado e ao mesmo tempo integral, traduzem a vontade de avançar na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

[...] a vontade é muito grande, eu vejo, por parte de profissionais mesmo, enfermeiros, da implantação da sistematização da assistência de enfermagem, mas há algumas coisas que entram (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>).

### 3.3 AS TEIAS DE RELAÇÕES ENTRE OS DIFERENTES SUJEITOS QUE INTEGRAM A PRÁTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

#### 3.3.1 As relações no interior da equipe

Várias são as habilidades apontadas pelos enfermeiros gerentes como necessárias ao desempenho de suas funções. Entretanto, a habilidade fundamental, que se configura em elemento chave para o desenvolvimento de seu trabalho é a habilidade relacional. Um relacionamento saudável com a equipe de enfermagem, com a equipe multiprofissional, com pacientes e familiares, com os demais elementos humanos da Instituição, com alunos e docentes, enfim, com todos aqueles que desenvolvem, em caráter temporário ou permanente, atividades no âmbito da instituição.

É importante que o gerente conheça a equipe e trabalhe em prol de manter a harmonia no setor ( $G_1E_6$ ), que esteja disponível para o grupo, aberto ao diálogo, a críticas e sugestões, que compreenda suas necessidades ( $G_1E_4$ ), mas sempre mantendo a ética nas relações ( $G_1E_8$ ), ou seja, estabelecer bom relacionamento com sua equipe, sem envolver-se em questões pessoais.

Para  $G_1E_6$ , é preciso dar respostas às necessidades da equipe, estabelecendo limites, ou seja, ter facilidade de negociação com a equipe ( $G_1E_{11}$ ). Já a opinião de  $G_3E_7$  é que um gerente de hospital público tem que se tornar parceiro do funcionário com o qual trabalha, tem que utilizar a barganha, apesar de afirmar que mantém um clima de respeito e profissionalismo.

$G_1E_8$  ressalta que o gerente deve sempre procurar refletir acerca dos motivos que levam o profissional a agir de certa maneira, visto que esta atitude contribui para a manutenção de um clima favorável de trabalho, tornando as relações interpessoais bastante promissoras.

[...] ter uma participação direta com o grupo pra luta do dia a dia, que passa a ser uma luta, você todo dia tem aquela estória de ter que vencer um leão, pra continuar pro próximo dia ( $G_1E_{10}$ ).

Relata ainda a necessidade de manter harmonia com os diversos setores do hospital diretamente envolvidos na assistência, tais como setor de compras, almoxarifado, entre outros.

Para Merhy (2006), no interior das instituições de saúde existem agentes com territórios de significações bem definidos. Esta complexidade de mundos (de significação) traz, como consequência, ruídos no cotidiano decorrentes do entrecruzamento do trabalho vivo em ato com o trabalho morto.

O que o autor quis dizer, foi que existem distintos profissionais, cada qual com o seu modo de pensar e agir, ou seja, com seus valores, suas representações sociais. E no processo de trabalho, esses diferentes modos de pensar causam conflitos, principalmente porque predomina o modo tradicional de ação, e existem muitas resistências aos processos novos.

Portanto, a mudança desse paradigma requer negociações, diálogo e mudança de atitudes. Muitas vezes, não muito fáceis de se conseguir. Para Merhy (2006, p. 114), a instituição de saúde

[...] seria visto como uma trama de agentes que teriam certas intencionalidades nas suas ações e que disputariam naquela arena, o sentido global de sua "missão". Aqueles agentes atuavam fazendo uma mistura, nem sempre muito evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo mais público, formado pela presença conjunta dos agentes, suas intervenções e interações.

Outro ponto importante é não somente estabelecer um trabalho integrado com a equipe, mas também com a direção do hospital, estando sempre em busca de orientações, dialogando com esta, assim como também estando junto da equipe multiprofissional (G<sub>3</sub>E<sub>7</sub>). A integração com os docentes, também se faz necessário, pois possibilita a troca de experiências.

Bueno (2006) relata que é importante que se estabeleça a mudança das gestões organizacionais no serviço público. Na sua opinião, caracteriza-se como um sistema pouco resolutivo, mediocêntrico, com características de assistência curativa, onde as corporações são privatizadas dificultando desse modo, o acesso da população aos serviços. Magalhães e Duarte (2004) corroboram com as idéias do

autor, enfatizando que o trabalho em saúde no Brasil é sustentado pelo modelo clínico, centralizado na cura e no atendimento médico em hospitais.

A transformação dessa realidade se daria com a reorganização do processo de trabalho e adesão ao método de gestão colegiada, onde os conflitos são negociados sob a ótica das necessidades da população.

Percebe-se, que cada profissional tem o seu modo diferente de gerenciar as relações interpessoais, como também de percebê-las. Há necessidade de apoio institucional e de conhecimento, capacitação ao gerente para que o mesmo possa desenvolver suas atividades, estabelecendo um ambiente de trabalho mais harmônico, menos competitivo, atuando com maturidade e coerência.

As opiniões dos profissionais de enfermagem acerca das relações interpessoais no interior das equipes são as mais variadas possíveis e serão apresentadas na seqüência.

Na concepção de  $G_1E_1$ , as relações interpessoais dentro da equipe, na sua gestão, envolvem um clima de respeito, harmonia e horizontalidade, onde se abre espaço para as pessoas serem ouvidas, inclusive no aspecto pessoal, dentro de um movimento menos hierárquico entre diretora de enfermagem, coordenadores, gerentes, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A enfermeira ( $G_1E_3$ ) considera-se uma pessoa de fácil relacionamento, que estabelece negociação com sua equipe, que participa na tomada de decisões, sendo companheira inclusive nas ocasiões extraprofissionais.

Utiliza como estratégias para tentar resolver as situações de conflito e/ou estabelecer diálogo e tomada de decisões, muitas reuniões, conversas, dinâmicas, procurando estar sempre disponível e trazendo o grupo a refletir sobre as questões, mas sem deixar de colocar-se no lugar do outro. Enfatiza a importância de não colocar o poder à frente de tudo. Reforça a idéia de um trabalho em parceria, para a obtenção de bons resultados.

Estas estratégias utilizadas pelo profissional traduzem os caminhos a serem seguidos para atingirmos uma gestão participativa nas instituições de saúde. Magalhães e Duarte (2004) defendem que devemos investir no capital humano, de modo a transformarmos as práticas tradicionais de administração dos serviços de saúde. É preciso apostar nas potencialidades existentes no interior das equipes, buscar desenvolver um trabalho coletivo, compartilhado que gere ações respaldadas na responsabilidade, criatividade e liberdade.

O relacionamento com o enfermeiro gerente é considerado, pela maioria dos entrevistados, um relacionamento cordial, harmônico, onde predomina um clima de respeito, sendo esse caracterizado como uma pessoa democrática, acessível, flexível, que procura tratar a todos de forma horizontal e dá oportunidade às pessoas de dar opiniões ( $G_2E_1$ ,  $G_2E_2$ ,  $G_2E_3$ ,  $G_3E_1$ ,  $G_3E_3$ ).

Ainda sobre as competências dos enfermeiros gerentes, a percepção existente é de que são pessoas que decidem pelo o que a maioria opina, respeitam a opinião de cada membro da equipe, não deixando de ser coerente, justo e orientando-os a respeitar o ambiente de trabalho e respeitarem-se entre si referem ainda que o mesmo adequa sua postura gerencial ao momento e à maturidade de sua equipe ( $G_3E_4$ ,  $G_3E_1$ ). Apesar de às vezes acontecer de ter alguém que discorda, de um modo geral, é uma boa relação ( $G_3E_1$ ,  $G_3E_3$ ).

Na unidade gerenciada por  $G_1E_4$ , existe democracia, todos têm oportunidade de expor suas idéias e opiniões, e no relacionamento multiprofissional há uma boa integração, favorecida por ocasião de uma reunião mensal promovida pela gerente na unidade, onde são apresentadas as rotinas e toda a equipe de enfermagem e suas competências aos alunos, residentes e internos que chegam na unidade.

O “bem-estar comum da equipe de enfermagem”, quanto às condições de trabalho foi citado por  $G_3E_2$  como sendo uma das preocupações do gerente de enfermagem de uma determinada unidade. Este é um fator positivo considerado pela profissional, pois segundo a mesma, foi a gerente que ajustou o vestiário, e agora está “juntando dinheiro” para comprar uma geladeira, que na sua opinião,

deveria ser preocupação da instituição, atender às necessidades básicas do profissional.

A relação estabelecida ente  $G_1E_7$  e sua equipe, pelas colocações feitas, parece ser a mais conflituosa. Este considera que o relacionamento interpessoal que envolve o gerente e a equipe de enfermagem é satisfatório e situacional, ou seja, depende da situação envolvida. Considera que a equipe é muito heterogênea, com diferentes graus de maturidade, e estes fatores afetam o tipo de relação, de acordo com cada situação vivida.

[...] O relacionamento envolvendo o gerente de unidade e enfermeiros de rodízio, este relacionamento poderá ser de cordialidade ou um relacionamento de certa resistência, isso vai depender muito da questão dos espaços porque cada um tem que respeitar o seu espaço ( $G_1E_7$ ).

Quando fala do relacionamento com os enfermeiros, observamos que, para  $G_1E_7$ , está condicionado ao espaço social ocupado por cada um, ou seja, o valor social atribuído ao cargo exercido e sua aceitação e/ou utilização na relação hierárquica.

Esta dificuldade de relacionamento entre o gerente e enfermeiro assistencial, foi revelada também por  $G_2E_4$ . Este declara ter muita dificuldade em ser ouvido e serem aceitas as suas opiniões pelo enfermeiro gerente. Considera ainda que esta dificuldade transforma-se em obstáculo ao seu desenvolvimento profissional, a sua autonomia.

[...] O gerente da unidade já é um pouco mais difícil por uma resistência que eu não sei nem dizer como, mas que não é tão fácil [...] É muito difícil porque nem sempre o que a gente pensa e sente é levado em consideração. [...] a gente dá uma proposta e não é o que a pessoa pensa, então ela vai de encontro e não quer porque não pensa assim, então as pessoas deveriam ser mais ouvidas [...] ah, eu tenho isso também para propor! ( $G_2E_4$ ).

Em relação aos enfermeiros assistenciais, estes foram considerados pela maioria, como pessoas de fácil recici-7.49527(e)5.67412(a)-4.32934(o)5.67412((m)-7.4971(e)5

[...] Eu gosto da forma delas trabalharem, da forma delas se dirigirem, de pedirem a gente, na orientação, eu gosto. Sempre que a gente tem dúvida, sempre que a gente recorre, elas estão aí pra ajudar. São enfermeiros capacitados, que buscam sempre estar se atualizando, e trazem novos conceitos para a equipe, favorecendo o crescimento de todos (G<sub>3</sub>E<sub>4</sub>).

Esta percepção positiva dos enfermeiros assistenciais favorece a integração, o crescimento da equipe como um todo e gera uma melhoria no atendimento ao cliente. Por tratar-se de um hospital de ensino, é importante alimentar na equipe esse interesse constante pela busca do conhecimento, pela troca de experiências e pela ajuda mútua.

Mas G<sub>3</sub>E<sub>2</sub> tem uma visão muito pessimista destes. Parece que, no contexto de trabalho do referido sujeito, existe uma intensa relação competitiva entre as partes, ou talvez de omissão mesmo por parte dos enfermeiros, que precisa ser revista e trabalhada porque são muitas as queixas apresentadas.

[...] Agora tem outros que têm compromisso, que gostam do que fazem, agora têm outras que não tem compromisso não, eu acho que não tem compromisso não, só do horário, o horário de entrar, e também não tem compromisso porque a maioria chega tarde, sai mais cedo, quer dizer, tem essa parte aí. Ela não faz o nosso trabalho, se terminar um soro, ela não vai se levantar ou, ela passa, olha ai ela vai chamar alguém ali, às vezes o auxiliar ou técnico está até ocupado, para mudar, que ela poderia ia até mudar. E é o trabalho dela também. A parte da enfermagem mesmo fica só com o auxiliar e o técnico, toda carga total é dela [...] Eu vejo alguém olhando para gente só para cobrar: você tem que fazer isso, você tem que fazer aquilo, a hora não sabe de quê (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

É imprescindível compreender as relações interpessoais e grupais no trabalho, com vistas a repensar as relações de cunho apenas pessoal, que muitas vezes predominam (URBANETTO, CAPELLA, 2004, p. 447).

Um aspecto revelado pelos gerentes, que merece reflexão, é a relação estabelecida na instituição entre enfermeiros e profissionais de nível médio. Para G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>, estas relações vêm sendo confundidas e transformadas, visto que são relações onde os papéis se confundem. Muitas vezes há uma relação de amigo e amiga, pai e filho, mãe e filha e esquece-se da hierarquia institucional que é ensinada na escola, na academia.

G<sub>2</sub>E<sub>2</sub> atribui os momentos de conflito com técnicos e auxiliares de enfermagem ao estresse do próprio dia a dia, mas afirma que os mesmos podem ser

resolvidos através de diálogo. Já G<sub>2</sub>E<sub>4</sub> acredita que tais dificuldades são ocasionadas porque alguns profissionais de nível médio “não querem ser regidos” (*sic*) pelos enfermeiros.

G<sub>2</sub>E<sub>3</sub> concorda com esta hipótese, pois, segundo ele o problema de relacionamento interpessoal na unidade é sério, muito difícil, pois na equipe de enfermagem não existe hierarquia entre profissional de nível médio e nível superior. Para G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>, esta relação vem se desgastando e parece só fazer parte do conteúdo programático, não sendo colocada em prática nas instituições, o que dificulta o estabelecimento das relações de trabalho.

A relação interpessoal entre o gerente e a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, na opinião de G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>, às vezes apresenta barreiras, que ele atribui até mesmo ao valor social do cargo em si.

Em alguns casos, percebemos que os enfermeiros gerentes têm um enorme receio em serem aceitos pelo grupo, em virtude dessa mudança de papéis instituídos. Os gerentes assumem claramente seus papéis sociais de amigos, pais, mães e às vezes até filhos dos seus funcionários, visando à aceitação no grupo e com isso buscando atingir seus objetivos dentro da unidade: a resolutividade dos problemas.

Esta postura se revela na fala de G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>, quando o mesmo se diz um pouco inseguro pela receptividade da equipe, visto que assumiu o cargo em substituição a um gerente muito querido pelo grupo, que desempenhava um bom trabalho, mas teve que se afastar, por problemas familiares.

Sabemos que existe, na realidade, muita questão cultural envolvida nessa relação de trabalho, e as carências sociais que vivenciamos nos levam a projetar naqueles que participam do nosso cotidiano esses papéis. Entretanto, não podemos nos tornar reféns dessas relações pouco salutares, e a nosso ver, nada profissionais. Podemos ser coerentes, justos, democráticos, humanos, agradáveis, empáticos, por vezes racionais, outras emocionais, mas sem nos tornarmos cúmplices, subservientes, prepotentes, autoritários, alienados e permissivos.

Observa-se pelo discurso de G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>, que este é um dos fatores que dificultam o processo de trabalho em enfermagem dentro da instituição. As relações interpessoais dentro do grupo, entre enfermeiros e enfermeiros, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e entre técnicos e auxiliares entre si são conflituosas, fato que atribui à falta de maturidade do grupo. Estes problemas de relacionamento interferem no desenvolvimento do trabalho do gerente, que na sua opinião, muitas vezes ainda encontra-se imaturo para assumir o cargo.

### 3.3.2 As relações multiprofissionais

Observamos que cada gerente tem uma forma de estabelecer o relacionamento com a sua equipe, assim como também diferem as opiniões dos profissionais de enfermagem quanto ao modo de perceber as relações multiprofissionais.

Na concepção de G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>, reconhecem-se avanços pelo modelo implementado na atual gestão, o que também perpassa as outras categorias profissionais. Considera que a enfermagem já atingiu, dentro da instituição, um reconhecimento e valorização perante os demais profissionais (ressalta a transformação de sua imagem, de caritativa para científica), conseguida através do trabalho que vem sendo desenvolvido, de acolhimento de residentes, internos, estudantes de enfermagem, que tem servido de exemplo para os demais profissionais.

Para G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>, predomina um clima de bastante integração entre a equipe de enfermagem e os demais serviços (residentes da medicina, a terapia ocupacional, a psicologia, a nutrição, os serviços gerais), o que atribui ao fato de que, na sua unidade, acontecem eventos sociais continuamente.

G<sub>1</sub>E<sub>9</sub> acredita que o momento ainda é de “conquista”, de entrosamento mais efetivo, de confiança mútua. Acha que a confiança plena só ocorrerá quando houver conhecimento mútuo. Mesmo com as reuniões que estão sendo realizadas, acredita que ainda tem muito a melhorar, apesar de já obter resultados positivos.

Mas considera que é preciso fazer um trabalho em conjunto, com visita da equipe multiprofissional ao paciente, pois essa realidade ainda não existe na unidade. Considera que a integração entre o nutricionista, o fisioterapeuta, o enfermeiro, o auxiliar, o médico, o residente, o interno, o serviço social é de grande importância na unidade. Na sua opinião, o serviço social muito distante.

G<sub>1</sub>E<sub>10</sub> tem um estilo bem peculiar de gerenciar. O relacionamento interpessoal entre o gerente e a equipe é considerado por ele bastante salutar. Procura estar sempre ao lado de seu grupo, e sabe que pode contar sempre com eles, assim como também se faz receptivo. Procura desenvolver atividades com sua equipe, fora do âmbito profissional, pois acredita que é preciso desenvolver amizade com estes. Realiza festas, promove futebol, procura ser companheiro.

Para G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>, existe um clima de integração e respeito tanto entre a equipe de enfermagem, equipe multiprofissional e entre a equipe e o gerente, algo que se transforma em fator motivacional importante em uma unidade de cuidados de maior complexidade.

[...] A relação aqui na unidade é muito boa, não tem aquele negócio de diferença, a equipe é bem equilibrada, a questão do respeito, de atender a solicitação do outro, independente de ser da equipe médica, de fisioterapia, de enfermagem, eu acho a unidade aqui muito harmoniosa. O que faz com que a gente se sinta bem, se sinta à vontade de questionar qualquer conduta, sugerir alguma coisa, então o ambiente é bem favorável para o desenvolvimento de um trabalho bom (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>).

Outras opiniões foram contrárias. Para alguns profissionais o relacionamento multiprofissional ainda precisa ser aprimorado, visto que existem algumas barreiras. Essa é a opinião, por exemplo, dos componentes do Grupo I (G<sub>1</sub>).

G<sub>1</sub>E<sub>5</sub> considera que a sua relação com a equipe de enfermagem e multiprofissional às vezes é harmoniosa, outras vezes amistosa. Entretanto, busca desenvolver um espírito de amizade, de respeito, de companheirismo e de profissionalismo, antes de tudo. Refere que algumas vezes é necessário chamar o grupo para um diálogo franco, onde é preciso ao gerente ter sabedoria para reverter situações estressantes. Considera que é preciso uma relação de mão dupla, mas sem conchavos, sem trocas nem acordos.

De acordo com G<sub>2</sub>E<sub>1</sub>, o relacionamento é, de um modo geral, um pouco conflituoso. Para, o mesmo precisa ser melhorado porque existem pessoas muito difíceis, que parecem não estar fazendo aquilo que gostam, “não estão no canto certo” (*sic*), apresentam dificuldade de relacionamento com a equipe.

Para G<sub>3</sub>E<sub>5</sub>, os conflitos na unidade não são resolvidos, principalmente porque não existe um contato mais próximo entre a equipe. As reuniões que são realizadas são muito distantes uma da outra, desse modo não se tornando proveitosas e não resolvendo os problemas que ocorrem na unidade.

Alguns relatos nos levam as reflexões. Segundo G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>, na unidade em que trabalha, o relacionamento interpessoal é muito difícil, com pouca colaboração, um nível de competitividade muito alto e de acordo com suas palavras, “uma distância entre as profissões” que o deixou um tanto assustado.

Relata que o gerente tem tentado estratégias, “normas de conduta” para melhorar o clima organizacional, mas acredita que não está surtindo efeito, e que essa situação vai permanecer assim, ainda por um longo tempo, apesar de o mesmo esperar por mudanças.

[...] Este conflito já é comum, mas aqui existe mais do que isso existe o conflito dentro das próprias profissões. O nível de competitividade é muito grande, colaboração é muito difícil entre as pessoas, não existe [...] aquela abertura de querer ajudar muito, não. Existe um clima meio pesado, eu sinto isso [...] As pessoas só modelam o comportamento baseado nas punições (G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>).

O problema de relacionamento encontrado na unidade de internação foi um dos fatores que o enfermeiro destacou na entrevista com maior relevância, pois, segundo o mesmo, nunca havia vivenciado em outros ambientes, onde havia trabalhado anteriormente, tanta competitividade entre os profissionais de saúde, desse modo ainda não havia se “adaptado” a situação. Na sua opinião, está faltando o estabelecimento de um tipo de “código de postura” entre os profissionais que trabalham, com direitos, deveres e obrigações.

G<sub>3</sub>E<sub>2</sub> corrobora com esta opinião. Para ele, as relações interpessoais na equipe são bastante conflituosas, e ainda existem grupos fechados, aos quais ela

chama de “panelinha” (*sic*), que trabalham sempre juntos e que não interagem com os demais. Esses conflitos atrapalham o desenvolvimento do trabalho, refletem no cuidado e nas relações multiprofissionais.

[...] Eu digo pra minha chefe; eu não tenho problema com paciente, meu negócio é com a equipe, eu não quero trabalhar com fulano, sicrano, eu digo! porque são problemáticas. Problema, eu já tenho o meu! Então, eu gosto mais das pessoas que...dá mais certo, sabe? Que não era para ser assim! Eu faço isso, mas não era para ser assim! Era para todo mundo ser igual, mas tem um ‘diferenciamento’, não da chefe! da própria equipe, sabe? [...] Está aí, tu está fazendo esse trabalho aqui, tu vai encontrar amiga tua que vai barrar, tu vai ver! (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

Segundo a entrevistada, isso ocorre porque estes profissionais vivenciam no seu cotidiano, vários problemas sociais, que são trazidos para o ambiente hospitalar e, como estes não são trabalhados por profissionais especializados, acabam por atrapalhar o desempenho, associado a diversos fatores oriundos da própria função, que é geradora de estresse, como: trabalho cansativo, salários baixos, condições precárias de trabalho quanto a infra-estrutura e material, reduzido número de recursos humanos, jornada dupla (pois possuem outros empregos), entre outros.

[...] eu acho que tem muita gente boa aqui, que se houvesse tipo uma reciclagem de recursos humanos, com um bocado de trabalho, coisa assim, melhorava a vida dela lá fora, ela ia melhorar aqui dentro, ia acabar essa história, essa confusão de um viver com raiva do outro, de não poder se encostar, uma clínica ser diferente da outra (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

G<sub>2</sub>E<sub>3</sub> refere que os médicos têm uma visão “diferente” sobre o que é enfermeiro e auxiliar de enfermagem. G<sub>2</sub>E<sub>4</sub> considera que o relacionamento com a equipe multiprofissional, principalmente com a equipe médica, é difícil porque estes profissionais não confiam muito na enfermagem, e isso gera desarmonia.

O que se observa nos depoimentos, principalmente dos enfermeiros assistenciais, é um clima de difícil relação, principalmente com a categoria dos médicos. Consideramos que isso ocorra, talvez por serem as categorias profissionais que mais contato possuem, no cuidado ao paciente, ou até pela característica histórica do poder centrado e socialmente construído do médico como o chefe da equipe de saúde.

Para Cecílio e Merhy (2003), esses conflitos ocorrem devido ao modelo medicocêntrico dos hospitais, centrado na cura de doenças, onde o principal agente do processo de trabalho, historicamente, continua a ser o médico. Neste processo, tanto a prática de enfermagem, quanto a de outros profissionais, é em boa medida comandada, modelada e orientada pelo ato médico, que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica. Esta condição estabelece uma relação de poder, de autoridade social, da prática médica em relação às outras práticas profissionais.

A própria natureza do hospital em que estamos inseridos remete-nos a esse processo de segregação. Apesar de ser atualmente campo de estágio para os estudantes da Universidade Federal do Ceará, nos diversos cursos da área da saúde (enfermagem, medicina, farmácia e odontologia), ainda é utilizado predominantemente pelos docentes e discentes do curso de Medicina. Esta categoria, inclusive, é quem ocupa cargos de grande representatividade dentro da instituição.

Existem visões que não são tão pessimistas. Para G<sub>2</sub>E<sub>1</sub>, apenas alguns profissionais não aceitam a opinião da enfermeira, mas a maioria é bastante acessível, entre eles cita os residentes, internos, fisioterapeutas e nutricionistas. Considera importante o trabalho integrado, multiprofissional, para melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

Pelo relato de G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>, no princípio havia dificuldade de estabelecer um diálogo com os residentes, até mesmo para conversar acerca do paciente. Considera que isso ocorria pelo fato da mesma ser novata, na época. No entanto hoje já considera o relacionamento razoável, tem melhorado bastante, visto que já participa das visitas clínicas juntamente com os residentes e professores.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça (CECILIO; MERHY; 2003, p. 198).

Não podemos mais alimentar estas posturas segregadoras, onde cada grupo de profissionais realiza o seu procedimento, toma a sua conduta e não compartilha suas informações, inquietações e dúvidas com os outros profissionais. Nesta luta pela conquista de pseudo-espacos, pois é assim que o consideramos, todos perdem. Perdem os profissionais porque não interagem, não crescem juntos e perdem os pacientes, vítimas de um trabalho fragmentado, dissociado e descontextualizado.

Precisamos acabar com estes “medos” sem sentido, de perder seus espacos, ou ainda esta ansia desesperada de ocupar espacos de outras profissões. Cada profissão tem o seu campo de trabalho, suas finalidades e propósitos na atuação junto ao processo saúde-doença, ainda que o foco de atenção se constitua no mesmo fim – o bem estar do indivíduo.

Segundo  $G_3E_2$  é importante desenvolver o respeito por todos os profissionais que participam da unidade, não somente profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros), mas o pessoal da zeladoria, os contínuos. Pois, segundo ela, eles fazem parte da equipe e...

[...] sem eles como é que ia ser a equipe? E tem muitos que gostam sabe? Ah, ele é o servente, deixa ele pra lá! Ai, aquele “bichovéi”, o contínuo! Não sabe nem o nome, não sabe chamar pelo nome, chama por contínuo como se contínuo fosse nome de ninguém, essas diferenças que eu particularmente, acho triste ( $G_3E_2$ ).

Portanto, é preciso repensar o processo de trabalho em saúde a partir da adoção de modelos gerenciais que se voltem para a prática gerencial dialógica, interdisciplinar, comunicativa e democrática, com maior envolvimento e compromisso das equipes, através da troca de saberes. De acordo com Campos (1998), a aplicação de um modelo gerencial dialético, capaz de lidar com os distintos conflitos (entre desejos sociais e necessidades individuais), que assegure o processo de

participação e a distribuição do poder, com meliori

essas expectativas dos atuais gerentes, entretanto nos desvencilharmos dessas propostas para abraçar modelos mais modernos torna-se um grande desafio.

Na instituição por nós investigada, essas práticas não se mostram muito distantes das experiências vividas em outras instituições de saúde. As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro gerente, predominantemente de natureza administrativo-burocráticas, foram descritas de acordo com as percepções distintas dos profissionais, conforme podemos observar, a seguir.

Uma das responsabilidades assumidas pelo enfermeiro gerente é o desenvolvimento de atividades burocráticas, muitas vezes em detrimento do gerenciamento do cuidado ao paciente. O próprio enfermeiro (G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>) internaliza essa prática, e a desenvolve no seu dia-a-dia, como atividade central. Observamos que, de certo modo, centraliza em si a responsabilidade pela provisão de material e organização do serviço.

[...] Tudo tem que estar organizado, tudo tem que estar providenciado para que na hora que precise, no caso de algum procedimento, tenha na Unidade (G<sub>1</sub>E<sub>4</sub>)

Para G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>, o gerenciamento de enfermagem não é composto somente por regras e normas, mas também pela liderança, sendo esta que deve prevalecer no comportamento organizacional.

Desse modo, faz uma distinção entre a função do gerente de ontem, voltado para regras, normas, regimentos e estruturas hierárquicas rígidas e o gerente de hoje, fundamentado na liderança, inteligência emocional e inteligência espiritual. Enfatiza a importância da gestão de pessoas, sobrepondo a gestão de negócios, de máquinas, que envolve prioritariamente a liderança, que na sua concepção, é uma característica inata.

O modelo gerencial em questão refere-se aos moldes tayloristas, que se caracterizou, prioritariamente, pela necessidade de manter alienados os trabalhadores. Relaciona-se ainda com a nítida separação entre o planejamento, concepção e direção dos processos de trabalho, das “tarefas de execução” (Campos, 2005).

Nas suas colocações enfatiza sempre a valorização do outro, de suas idéias, seus valores e constantemente reforça sua busca em favorecer o bem-estar do usuário externo (cliente) e interno (colaboradores).

[...] fazer gestão de pessoas será um grande diferencial e é uma dimensão esquecida nas organizações onde o estratégico está acima de qualquer objetivo esquecendo a dimensão mais nobre que são as pessoas que praticam o estratégico (G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>).

Apresenta uma atitude sempre de construção, de diálogo e humildade ao relatar o seu trabalho, enfatizando que buscou construir sua trajetória administrativa na instituição, fundamentando-se no diagnóstico das necessidades e dificuldades vivenciadas pelos usuários e colaboradores.

Demonstra muito compromisso com a organização e reconhece o potencial do ser humano para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, justificando que nenhuma máquina ou computador irá substituir o homem na assistência de enfermagem ao paciente. Observamos o enfoque da tecnologia leve predominando no discurso, embora reconheça o poder das tecnologias duras ocupando o espaço da assistência.

[...] Eu digo sempre que atrás de cada máquina, atrás de cada computador, tem ali um ser pensante que é capaz de transformar o frio dessa máquina numa assistência de enfermagem de muita qualidade, resolvendo o problema do cliente (G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>).

As atividades gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro na instituição, descritas por G<sub>1</sub>E<sub>1</sub>, relacionam-se à supervisão direta dos liderados, elaboração de escalas de serviço, colaboração (direta ou indiretamente) com a Diretoria de Enfermagem e Serviço de Educação Continuada em Enfermagem no planejamento e execução de cursos de capacitação para o pessoal de enfermagem, supervisão indireta de alunos de enfermagem que desenvolvem estágio na instituição, gerenciamento do cuidado e outras atividades administrativas.

As concepções de gerenciamento do Grupo I são centradas nas atividades administrativas, estes demonstram considerá-las as reais e prioritárias atividades a serem realizadas pelo enfermeiro que ocupa cargo gerencial na instituição em destaque. O fato revela-se no discurso de G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>, visto que esta

considera o trabalho do gerente predominantemente administrativo, apesar de reconhecer que a mesma “pode atuar junto ao paciente na hora da necessidade”.

Em outro momento de sua fala revela que o enfermeiro gerente às vezes, “por deficiência de pessoal, deixa de fazer administração para estar junto aos doentes”. A expressão “pode”, “na hora da necessidade”, “deixa de fazer administração para estar junto aos doentes” se traduzidas dizem que, apesar de não ser da competência do gerente assistir ao paciente, pela necessidade, ou seja, por não existir outra pessoa que faça, ele deixará de desenvolver suas atividades administrativas, gerenciais, para realizar atividades de outrem.

As atividades descritas pelos entrevistados como as desenvolvidas pelo gerente são: realizar supervisão da equipe, fazer reuniões, elaborar escalas de serviço e planejar o cuidado. As atividades relacionadas com o coordenador de enfermagem foram: planejamento, coordenação e orientação à equipe de gerentes.

Na opinião de G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>, o enfermeiro gerente desenvolve muitas atividades meramente burocráticas, onde tem que estar sentado escrevendo as interlocuções que devem ser feitas entre os diversos setores do hospital, a manutenção da estrutura física e organizacional da unidade em si, a provisão de material, além de resolver questões ligadas às inter-relações.

O processo de trabalho do gerente é descrito detalhadamente por G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>, delimitando todas as ações desenvolvidas no seu cotidiano. Segundo ele, o enfermeiro gerente é o responsável pelo bom andamento da unidade, promovendo uma adequada composição da equipe, realizando as escalas de serviço, de modo a distribuir os profissionais adequadamente, fazendo o levantamento do absenteísmo mensal para enviar ao setor pessoal e diretoria de enfermagem.

Faz a programação de férias para os funcionários, comunica as férias ao setor de pessoal, realiza a previsão de materiais e equipamentos para a unidade, solicitando materiais e equipamentos que estejam necessitando para um bom atendimento ao paciente, encaminha documentos. Observa se a equipe está cumprindo a escala, sendo pontual, assídua, se tem algum problema a ser resolvido,

procura conversar, resolver os conflitos também que possam existir, tentar entender. Com a equipe multiprofissional, especificamente com os residentes, todo mês passa a rotina da clínica, do trabalho, da equipe, através de uma reunião para eles conhecerem a unidade.

Um dos entrevistados (G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>) afirmou que algumas vezes necessita barganhar com outros setores como a farmácia, o setor de compras, para suprir as necessidades da unidade. Complementou ainda, dentre as suas atividades, a realização de reuniões com a equipe de enfermagem, ou com seus elementos em separado (enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem). Além disso, o enfermeiro gerente tem que ter uma visão geral da unidade, prevendo antecipadamente as necessidades, para que o serviço funcione bem.

Outras atividades do enfermeiro gerente são: promover treinamentos, servir de elo entre a equipe e a diretoria de enfermagem, realizar redimensionamento de pessoal, e procurar as melhores opções e soluções para os problemas encontrados, com a colaboração de toda equipe (G<sub>1</sub>E<sub>11</sub>).

Entretanto, G<sub>1</sub>E<sub>6</sub> declara que o gerente nem sempre consegue prestar assistência, ou seja, raramente isso acontece devido às questões administrativas, que são muitas e somente resolvida por este, o que o afastam da unidade ou do paciente.

De uma forma sutil e sublimemente, G<sub>1</sub>E<sub>11</sub> declara que o enfermeiro gerente

Um dos entrevistados (G<sub>1</sub>E<sub>3</sub>) considera o trabalho gerencial bastante desafiador, diante da realidade institucional enfrentada, onde falta material e recursos humanos, mas viável de realizar. Acredita que estes elementos contribuem para a manutenção de um bom ambiente de trabalho e a qualidade da assistência.

Preocupou-nos, entretanto, as considerações feitas por um dos gerentes durante a entrevista. Em sua abordagem, demonstrou conservar uma postura burocrática e autoritária, que não permite o autodesenvolvimento dos enfermeiros de sua unidade, mantendo-os restritos ao cumprimento de ordens e atribuições que são definidas por este. Este aspecto fica claramente evidenciado na seguinte fala:

[...] Alguns enfermeiros reconhecem seu espaço e, portanto tem um relacionamento de cordialidade, um relacionamento equilibrado, de serenidade, enquanto que outros já têm dificuldade de reconhecer seus espaços e tomam decisões e atitudes que não são pertinentes a seara do enfermeiro de rodízio, e sim da competência do enfermeiro gerente aí daí tem que haver uma abordagem educativa, você tem que orientar e muitas das vezes essa pessoas que está sendo orientada, ela não, repreende, às vezes toma atitudes até deselegantes e daí gera um conflito, um certo grau de animosidade, mas que a gente tem que insistir, que orientar e educar aquela pessoa para que ela seja conquistada e de repente ela siga as diretrizes, a filosofia de trabalho e as metas e os objetivos do enfermeiro gerente (G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>).

“As metas e objetivos do enfermeiro gerente” – esta última frase deixa claro que não se aplicam princípios de gestão compartilhada, apesar de, em outro momento, o gerente colocar-se como democrata:

[...] em que você tem que tomar uma decisão mais diretiva e tem situações em que você tem um relacionamento mais democrático. Existem dois extremos em que você tem que se situar, ora você se posiciona como perfeito democrata e existem situações em que você vai ter que se comportar, não diz de forma autoritária, mas uma decisão com autoridade e não com autoritarismo [...] você não permanece unicamente nos extremos, existe uma faixa de variação entre estes dois extremos que você vai se posicionar de acordo com a situação [...] a partir daí criar todas as condições necessárias para você criar uma área gerencial mais democrática, mais madura, de melhor qualidade (G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>).

Vale ressaltar que o enfermeiro gerente utiliza em sua fala, princípios da liderança situacional, onde considera importante o grau de maturidade dos colaboradores e a adequação do estilo de liderança que deve ser adotado para cada momento peculiar (SILVA, 2003) e da teoria sobre os estilos de liderança (CHIAVENATO, 2000), que reforça que o líder deve usar três estilos de liderança

(autocrática, liberal e democrática), adequando-se a situação, ao comportamento das pessoas e as tarefas a serem executadas.

G<sub>1</sub>E<sub>8</sub> refere que, nos momentos de grandes dificuldades, em que o enfermeiro assistencial necessita do suporte do enfermeiro gerente, este deve se “transformar” em um enfermeiro “operador” para ajudá-lo.

Outra dificuldade enfrentada é a indefinição de papéis da equipe de enfermagem. Tanto o enfermeiro, quanto o técnico e o auxiliar de enfermagem desempenham atribuições que fogem a sua competência (G<sub>3</sub>E<sub>5</sub>), ou seja, extrapolam os limites da mesma, absorvendo atribuições outras que lhes são delegadas, ou pela insuficiência de pessoal na unidade ou pelo poder de uns sobre outros ou pela falha organizacional, que não define através do regimento interno, claramente as atribuições de cada cargo.

G<sub>3</sub>E<sub>1</sub> enumerou algumas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na sua unidade tais como: fica responsável pelo posto de enfermagem e pelo material, delega atividades que o profissional de nível médio possa fazer, como exemplo, aprazamento de medicações nas prescrições médicas. Referiu que não há a sistematização da assistência de enfermagem e que o enfermeiro faz “somente” coisas burocráticas. Quanto ao gerente da unidade, o mesmo faz reuniões, onde discutem os problemas da unidade, inclusive os problemas relacionais.

Para G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>, as atribuições do enfermeiro gerente são: realizar escalas, resolver problemas burocráticos, participar de reuniões com a Diretoria de enfermagem, resolver problemas com equipamentos. Para ele, o gerenciamento é ligado a...

[...] a gente sabe da responsabilidade da gente, mas existe uma hierarquia, eles estão aí para orientar, para ver as falhas que ficam (G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>).

Para G<sub>3</sub>E<sub>5</sub>, o enfermeiro gerente, além das atribuições já referidas, participa reuniões com a Diretoria de enfermagem e com as demais gerentes de enfermagem para poder melhorar o serviço da unidade e conseqüentemente minimizar os problemas que existem.

Outra observação feita por um dos entrevistados (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>) é que, de um modo geral, o gerenciamento do cuidado em enfermagem não está muito bom, acredita que está “tudo muito bonito e escrito no papel”, mas na prática a coisa é diferente, pois os enfermeiros estão muito sobrecarregados.

Sabem que tem muitas coisas bonitas, que só estão escritas nos livros, mas que na realidade não funcionam. Segundo ele, se tudo o que está escrito nos livros funcionasse, a assistência ao paciente seria a mais adequada possível (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>).

[...] a gente presta a assistência de acordo com o que nos é oferecido, senão a gente tenta, puxa daqui, puxa dali, tenta fazer alguma coisa, mas nunca [...] sempre em prol do paciente, sempre lembrando que, ele é que está precisando, então a gente dá um jeitinho (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>).

Os enfermeiros assistenciais também já estão questionando sua prática, atualmente, estes se voltam para atividades rotineiras, de caráter predominantemente tecnicista, descontextualizadas e fragmentadas. O paciente está sendo visto em partes, através de prescrições de procedimentos isolados vindos de outros profissionais, que hegemonicamente dominam poderosamente, desde os mais remotos tempos, o ambiente hospitalar.

Os profissionais deixam de ser responsáveis pelos doentes e passam a ser responsáveis por procedimentos, fragmentando o processo terapêutico e dificultando a definição do responsável pelo acompanhamento integral do doente, bem como da articulação das várias ações necessárias para a recuperação deste. (ROLLO; OLIVEIRA, 2006, p. 323).

O autor fala da supervalorização de procedimentos, como a razão de ser das instituições. Este fato é comprovado na nossa instituição, através dos relatos dos enfermeiros e da observação do cotidiano. Existe uma dificuldade extrema dos enfermeiros em delegarem algumas atividades, de modo a conseguirem obter tempo para dar uma atenção mais integrada ao paciente. Esta prática (instituída) foi internalizada não somente pelos enfermeiros, mas pelos demais profissionais de saúde. Observamos que os técnicos e auxiliares de enfermagem costumam “julgar” a competência dos enfermeiros pelo número de atividades meramente tecnicistas que estão realizando. O enfermeiro “bom” na concepção da maioria destes profissionais é aquele que “desenvolve com dinamismo as tarefas”.

Esta concepção também existe no pensamento de muitos enfermeiros. Não acredito que o simples fato de realizar procedimentos técnicos seja o suficiente para julgar a competência do profissional. Se essas técnicas fossem realizadas de forma integral, ou seja, após a avaliação do paciente, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações e acompanhadas de uma evolução sistemática das condições de saúde deste, vislumbrando não somente os aspectos biológicos, mas numa atitude humanística, poderíamos então nos julgar profissionais competentes.

Esta prática não se verifica somente no campo da enfermagem. Cecílio (1997) fala das distorções do modelo assistencial, na atuação do médico.

Uma das faces mais prontamente identificáveis das distorções do atual modelo assistencial, além de todas as já apontadas, diz respeito à substituição de uma calorosa e humanizada relação médico-paciente, por uma excessiva e desnecessária solicitação de exames complementares. (CECÍLIO, 1997, p. 474).

O enfermeiro assistencial está mais envolvido com o cuidado em si ( $G_1E_4$ ), é o responsável pelo cuidado direto ao paciente ( $G_1E_7$ ,  $G_1E_{11}$ ), que está mais próximo ao leito, executando os procedimentos que são privativos do enfermeiro ( $G_1E_8$ ,  $G_1E_9$ ).

Apesar de toda essa crítica à prática em enfermagem

O enfermeiro assistencial é quem realiza procedimentos, tais como: eletrocardiograma, curativo. Ao paciente crítico, ele presta os cuidados ou então supervisiona o que a equipe está desenvolvendo. Também está presente e atuante na parada cardiorrespiratória. As atividades burocráticas que ele executa são: o aprazamento dos horários das medicações, na prescrição médica e o planejamento do cuidado a ser desenvolvido (G<sub>1</sub>E<sub>9</sub>). Esta é a concepção da maioria dos enfermeiros, mas existem profissionais que conseguem ter outra percepção do contexto.

G<sub>1</sub>E<sub>7</sub> se refere ao enfermeiro assistencial com um termo bastante peculiar, “enfermeiro operacional”. A palavra operacional significa: que está pronto para funcionar, operar, executar, sendo derivado da palavra latim *operatione*<sup>22</sup>. Ou seja, traz um significado de alguém que está apto a realizar ações ou atos que são deliberados por outra pessoa, de forma condicionada.

Diante dos vários discursos, onde os profissionais de enfermagem relataram as práticas com enfermeiros e gestores vivenciadas na instituição, passamos para o outro aspecto do cotidiano. Existe distinção entre o enfermeiro gerente e o enfermeiro assistencial? Os dois desenvolvem o mesmo trabalho? Procuramos descrever os aspectos mais relevantes sobre a temática, e as percepções dos sujeitos sobre o assunto.

Quanto à concepção de trabalho gerencial e sua relação com o cuidado e as ações assistenciais, G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> considera que não há grande diferença entre as

Outros profissionais não possuem uma visão tão otimista. Para G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>, este modelo de trabalho traz insatisfação, pois verifica uma distinção visível entre o foco de atenção do enfermeiro gerente e o do enfermeiro assistencial. Enquanto um está totalmente voltado a prover a instituição de materiais e recursos humanos, o outro cuida do paciente, estando por sua vez, distanciado do contexto organizacional, alheio a tudo o que se refere a questões gerenciais.

“Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável”. (CAMPOS, 2006, p. 235).

G<sub>1</sub>E<sub>8</sub> considera que as atividades do enfermeiro gerente objetivam dar condições à realização do cuidado ao paciente, sendo estas atividades administrativas e diferenciadas das atividades do enfermeiro assistencial. Afirma que o enfermeiro assistencial também desenvolve atividades gerenciais de “pequena intensidade”.

Para G<sub>2</sub>E<sub>1</sub>, o enfermeiro assistencial é o que executa, o que está mais voltado à assistência direta, ao cuidado, já o enfermeiro gerente é aquele que mantém a unidade munida de pessoal e material, responsável pela organização e manutenção da unidade, para um bom funcionamento. Não quer dizer que ele também não possa ir para a assistência direta, mas prioritariamente, ele tem que suprir a unidade, para que a mesma funcione na mais perfeita ordem.

O gerente fica muito distante do paciente, não porque ele queira, mas porque realmente tem muitos problemas burocráticos que ficam às vezes acumulados do dia anterior ou dos dias anteriores e que tomam muito tempo deste profissional. O enfermeiro assistencial fica mais com o paciente, questões de escala de serviço como faltas, em que necessitam serem remanejados profissionais para não afetar a assistência ao paciente, e outros problemas da unidade, tudo fica sob a responsabilidade do gerente.

[...] a dor de cabeça fica para o gerente [...] **N** problemas que a gerência tem, que leva para casa. A diferença principal é essa, que o gerente sempre leva os problemas do hospital pra casa e a gente, assistencial, graças a Deus não (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>). (grifo nosso).

[...] Na parte assistencial, a visão focada no paciente, nas necessidades do paciente, em tudo desse universo, a parte gerencial, não, é mais ampla. Ela vem dar um suporte a parte assistencial. Acho que essa é a principal diferença. A parte que fica na retaguarda, fica mais distante, fica mais ampla e que dá suporte (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>).

O enfermeiro gerente ainda se responsabiliza pela supervisão da unidade como um todo, do funcionamento geral, desde a questão da observação dos equipamentos, do nº de pessoal, da qualidade do serviço, a participação de reuniões com todo corpo dessa unidade de enfermagem (G<sub>2</sub>E<sub>2</sub>).

G<sub>1</sub>E<sub>7</sub> definiu algumas diferenças existentes entre o enfermeiro assistencial e o enfermeiro gerente, na sua concepção. Para este, o enfermeiro *operacional* é responsável pelo cuidado direto ao paciente, ou seja, a “atividade operacional propriamente dita”, sendo este o principal *operador* da equipe (composta também por técnicos e auxiliares de enfermagem). Observa-se uma distinta separação entre o valor social do enfermeiro gerente e o enfermeiro assistencial, na concepção do gerente, sentido nas suas expressões.

[...] nós poderemos dizer que as atividades dos enfermeiros operacionais, como o próprio nome diz é basicamente o cuidado direto, ou seja, são atividades operacionais propriamente ditas, como eu já falei é um dos nossos principais, senão o nosso principal operador [...] O enfermeiro assistencial é o nosso principal operador junto com os técnicos e auxiliares de enfermagem (G<sub>1</sub>E<sub>7</sub>).

G<sub>1</sub>E<sub>6</sub> parece atribuir uma distinção que sobrevaloriza sua função quando a compara às atividades desenvolvidas pela enfermeira assistencial. Considera maior a responsabilidade da gerente que, na sua opinião, muitas vezes está na sua casa e necessita resolver problemas que surgem na unidade, o que não ocorre com a enfermeira assistencial, que vem ao hospital com a finalidade de “cumprir seu turno de trabalho somente”.

Ela faz uma avaliação simplista do valor da enfermeira assistencial, em relação ao valor por ela atribuído a enfermeira gerente, na seguinte expressão:

[...] Claro que tem! A assistencial fica voltada só para o serviço de atendimento ao paciente. Ela fica mais na parte de contato com o paciente e cuidando do cliente, já a gerente, além de ter essa preocupação de saber se o paciente está sendo bem atendido, ela tem a função de avaliar, ver o setor se está funcionando, saber providenciar alguma necessidade do setor, administrar, fazer escalas, tem mil coisas que a assistencial não tem de jeito nenhum. A assistencial ela está ali, o dia dela, vai lá dá o plantão, tchau. A gerente, não. A gerente está em casa, às vezes recebe: olha, faltou fulano, tem que ajeitar escala, ela tem muito mais responsabilidade até na questão do bom funcionamento do serviço que a assistencial [...] então é muito maior a responsabilidade do gerente, eu acho (G<sub>1</sub>E<sub>6</sub>).

Apenas um dos enfermeiros teve uma impressão diferenciada, mais incisiva e segregadora, que distancia as funções gerenciais e assistenciais, como se as mesmas nada tivessem como ponto de interseção. Acreditamos que o fato se deva a sua vivência isolada, de unidade, na referida instituição.

[...] o gerencial está mais para a parte burocrática LITERALMENTE e o enfermeiro assistencial ele está LITERALMENTE na assistência (G<sub>2</sub>E<sub>4</sub>).

Merhy et al (2006) expressa esses sentimentos quando coloca que o cotidiano institucional é um cenário onde se expressam vários mundos de significações e onde os “ruídos”, as “falhas” do mundo instituído se confrontam com os estranhamentos provenientes do instituinte. Em outras palavras, são várias as visões de mundo, os significados, os valores atribuídos às diferentes situações do contexto institucional, que está profundamente marcado, no cenário particular em estudo, por posturas autocráticas, conservadoras, que ainda deixam vestígios que entram em contradição com as novas concepções gerenciais e com a forma mais democrática e crítica que os profissionais utilizam para reivindicar seus direitos.

Observamos que, para a maioria dos entrevistados, existe uma nítida diferença entre as atribuições do enfermeiro gerente e as atribuições do enfermeiro assistencial. Os enfermeiros gerentes, muitas vezes, até tentam assumir algumas atividades assistenciais, e alguns concordam que não deveria haver essa distinção. Entretanto, o foco da atenção do enfermeiro gerente na instituição investigada é a organização do ambiente, o provimento de materiais e recursos humanos e a resolução de problemas.

Acreditamos que está existindo uma inversão de papéis, pois o enfermeiro deve prioritariamente gerenciar o cuidado e gerenciar o cuidado é cuidar, acima de tudo.

É certo que todas as atribuições aqui referidas acabam convergindo para o foco no cliente, mas a verdadeira função da enfermagem está ficando a mercê, ou seja, a atenção ao paciente através do cuidado. O que vimos são profissionais que se esforçam para cumprir suas “tarefas”, dissociando-as da visão integral da assistência.

Aproveitamos para questionar os entrevistados sobre a “visão idealizada” por estes de trabalho gerencial em enfermagem.

A opinião de G<sub>1</sub>E<sub>5</sub> é que não deveria existir diferença entre enfermeiro gerente e assistencial, mas os dois deveriam ter como foco principal de trabalho o cuidado, a assistência ao paciente. O enfermeiro gerente não poderia se omitir de prestar um cuidado ao paciente, ele deveria estar apto a agir nas situações em que fosse necessário, não poderia separar suas funções do papel de cuidador.

[...] Percebo que a atividade gerencial do enfermeiro na instituição pública de ensino deveria ser direcionada além dos profissionais, de relacionamentos entre equipe multiprofissional e de enfermagem que ele lidera, além de dar providências de materiais, deveria principalmente ser o gerenciador do cuidado que é o fim primeiro do enfermeiro, o cuidado em enfermagem [...] deviam ser relações que se entrelaçam uma na outra, enfermeiro que cuida, enfermeiro que assiste, enfermeiro que vê como que está a equipe [...] Assim como o enfermeiro gerente é aquele que, teve uma parada, ele não pode dizer assim: não, eu só sou gerente, não posso entrar na parada não!(G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>)

Esse contexto gera uma preocupação do enfermeiro, também com a formação dos estudantes de enfermagem que passam pela instituição, em busca de sedimentar os conhecimentos teóricos obtidos na sala de aula, pois acredita que precisa ter uma visão diferente e melhor do seu processo de trabalho para que possa passá-la para eles. Refere que na sua época de acadêmico, acreditava que no hospital universitário encontraria um modelo ideal de assistência ao paciente, o que foi de certa forma, motivo de decepção, por isso não quer passar a mesma imagem para aqueles que estão em formação agora.

[...] Eu preciso ter uma visão diferente e melhor para que eu possa dar o melhor para os estudantes que vem. Eu era um estudante e acreditava que aqui tinha do bom e do melhor, tem, mas pode melhorar. (G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>)

Essa crítica à formação do profissional de saúde é defendida por Ceccim e Feuerwerker (2004), quando falam que a mesma está dissociada da organização dos processos de gestão, alheia aos debates críticos sobre os sistemas de estruturação do cuidado.

Esta, talvez, seja a explicação que temos para o que vivenciamos na prática. Os próprios estudantes, durante a graduação em Enfermagem, predominantemente não demonstram grande motivação para aprender a gerenciar. O que desperta o interesse nos campos de prática ainda continua sendo a técnica, o manuseio de equipamentos sofisticados (tecnologia dura), os processos patológicos, o tratamento da doença ratificando o predomínio do modelo biomédico.

A busca de conhecimentos na área se prende ao mundo ideológico, filosófico, teórico, sem propiciar ao graduando experiências reais de aprendizagem. Esse modo de aprender resulta em profissionais inseguros, insatisfeitos, submissos e agarrados aos modelos formais de administração, e com certa dificuldade para aceitar a criatividade e a diversidade na atuação profissional. (FORTE; PAGLIUCA, 2001).

Bueno (2006) ressalta a importância de promover capacitação dos quadros gerenciais com ênfase no acesso, acolhimento e vínculo, implementando uma gestão democrática, colegiada e eficaz.

Outros profissionais (G<sub>2</sub>E<sub>1</sub>), se revelam preocupados com a realidade atual, por acharem que o enfermeiro está um pouco acomodado em realizar tarefas rotineiras, necessitando então reativar a vontade de fazer valer o seu potencial; a satisfação pessoal precisa ser melhorada.

Do mesmo modo, os técnicos e auxiliares de enfermagem estão desenvolvendo sua consciência crítica e hoje já observam diferenças nas suas práticas. Porque são muitas as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia que os impedem de prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, mas mesmo

assim considera que não pode se deixar levar por isso, pois no final quem sempre é prejudicado é o paciente.

G<sub>1</sub>E<sub>1</sub> considera que o gerente de enfermagem necessita possuir habilidades e competências (técnica, administrativa, interpessoal, política) para o desempenho de sua função. Reconhece ser o trabalho de enfermagem desgastante e estressante, por seu caráter intensivo e contínuo (nas 24h), necessitando, portanto, de um apoio da Diretoria de Enfermagem.

Outras habilidades foram incluídas como consideradas de importância ao desempenho da função, são elas: experiência, segurança, conhecimento administrativo, da dinâmica da unidade e do próprio hospital (G<sub>1</sub>E<sub>6</sub>) e maturidade (G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>).

Para Junqueira (1990) o desempenho da função gerencial requer conhecimentos e habilidades não somente técnicas e assistenciais, mas também políticas e psicossociais.

Não se pode exercer a gestão de serviços quando não se tem uma visão ampla do contexto social e das políticas de saúde, e uma habilidade para lidar com as pessoas, compreendendo seus interesses, suas necessidades. O trabalho em saúde é dinâmico, intenso e deve proporcionar ao usuário resolutividade. Mattos (2004) ressalta que nenhuma pessoa deve sair do serviço de saúde sem uma resposta concreta às suas necessidades, ou seja, todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde devem ter a idéia central do acolhimento como finalidade na sua atenção.

G<sub>1</sub>E<sub>3</sub> fala da relação interpessoal que deve existir entre o gerente e a equipe, onde não ocorram preferências nem relações maternas, mas relações éticas e profissionais, onde se coloquem as coisas bem definidas e claras, se estabeleça uma relação de líder. Refere que o gerente precisa ter os instrumentos necessários para ser um líder, um “líder servidor”, que seja um exemplo, um modelo a ser seguido, ou seja, que possua as habilidades necessárias para a função.

Vale ressaltar a importância dada por G<sub>1</sub>E<sub>10</sub> ao trabalho realizado pelo enfermeiro assistencial, ou seja, o cuidado direto ao cliente e o seu reconhecimento de que o enfermeiro gerente também deveria estar ali, cuidando.

Outro ponto importante enfatizado por G<sub>1</sub>E<sub>5</sub> é que não haja uma dicotomia entre as atividades do gerente e do enfermeiro assistencial, porque na sua concepção o enfermeiro exerce os dois papéis em distintas situações, podendo o enfermeiro assistencial assumir o papel de gerente nos momentos em que o gerente estiver ausente e o gerente assumir o papel de enfermeiro assistencial sempre que houver necessidade.

[...] daí a gente percebe que se tem a visão de que enfermeiro gerente não pode fazer curativo, não pode tirar um cateter, não eu sou enfermeiro, tô valendo! E também a equipe vê o enfermeiro assistencial como aquele que também pode ajudar com relação à escala [...] O chefe, ele é chefe quando está aqui e quando está em casa também, mas o enfermeiro que está na assistência no momento, ele também é um profissional qualificado que pode e que deve buscar dar resultados as situações que exigirem resolutividade no momento. Assim como o enfermeiro gerente é aquele que, teve uma parada ele não pode dizer assim: não eu sou só gerente, não posso entrar na parada não. Aliás, espera-se do chefe daqui, o sabe-tudo, ninguém consegue puncionar uma veia, chama o enfermeiro gerente, aí se o chefe for lá e não conseguir! E a gente acaba fazendo uma dicotomia, enfermeiro gerente e enfermeiro assistencial, um que cuida da parte burocrática e a gente não sabe dizer o nome do paciente ou da patologia e outro que cuida da parte assistencial, que não sabe dizer com está a escala do dia seguinte porque cada um tem uma atividade (G<sub>1</sub>E<sub>5</sub>).

Nos enfermeiros assistenciais também se desenvolve a consciência de que são gerentes de unidade.

[...] eu tenho que passar para os enfermeiros assistenciais que eles são gerentes toda hora, principalmente na minha ausência [...] a questão principal é que hoje, eles têm que ser gerentes lá dentro, principalmente quando eu não estou aqui, que tem que responder por tudo o que acontece (G<sub>1</sub>E<sub>10</sub>).

G<sub>2</sub>E<sub>5</sub> afirma que o enfermeiro assistencial também é um pouco gerente, no seu espaço de trabalho, e que cada profissional precisa colaborar fazendo a sua parte, para que na unidade tudo esteja em sintonia, inclusive a equipe de enfermagem.

Uma característica citada por uma das enfermeiras (G<sub>4</sub>E<sub>1</sub>), que deve existir no enfermeiro gerente, é a neutralidade, ou seja, que ele tenha o mesmo

tratamento por todos os funcionários, assim como também que ele seja mais rigoroso, mais exigente na cobrança das responsabilidades dos mesmos.

[...] e precisa também entender que existem as pessoas que ele lida, ele tem que tentar equilibrá-las e satisfazê-las para que eles consigam trabalhar melhor. Tentar eliminar o que gere insatisfação dentro da equipe (G<sub>2</sub>E<sub>1</sub>).

A gerente deve ser democrática, procurar ver as necessidades e adaptar essas necessidades a cada profissional, suprindo-as na medida do possível. Quanto ao relacionamento interpessoal, procurar usar a equidade, tratar as pessoas de acordo com a resposta que ela vê daquela pessoa, procurar resolver o problema baseado nesse sentido de equidade (G<sub>2</sub>E<sub>3</sub>).

O gerente e a equipe ligado ao paciente, que é assistencial tem que trabalhar em conjunto. O gerente tem e deve ouvir a opinião do enfermeiro assistencial porque ele, por estar 24 horas com o paciente, sabe muito mais coisas de como a unidade andaria melhor.

[...] Não simplesmente impor, mas também ouvir e acreditar que a própria equipe está ali diariamente, e que também sabe como conduzir alguma coisa (G<sub>2</sub>E<sub>4</sub>).

Sobre o aspecto do relacionamento com o pessoal, considera importante que o gerente saiba manter um diálogo com sua equipe e um clima de harmonia, pois avalia que desse modo, a qualidade e a produção serão melhores. Apesar de achar importante o diálogo, compreender as razões que levam determinado funcionário a agir de certa maneira, adota uma postura de não envolvimento nas questões pessoais, pois acredita que o gerente não pode ser a “tábua de salvação” do funcionário.

Santos e Peluso (2006) enfatizam que a escuta é uma característica essencial que todo gestor deve ter. Este deve compreender que as pessoas têm diferentes interesses, necessidades e valores e que a saúde, está ligada a essa visão.

Mattos (2004) ressalta que a integralidade no setor saúde, não está ligada exclusivamente ao sentido das práticas de saúde, mas também a organização dos

serviços. Organizar o serviço de saúde com base na integralidade é, sobretudo, vislumbrar o sentido de horizontalidade nas relações entre os diversos profissionais e a integração de suas práticas em torno do bem estar do usuário.

G<sub>1</sub>E<sub>8</sub> considera importante que se desenvolva dentro do hospital um trabalho com os recursos humanos para melhorar as relações interpessoais na área de enfermagem, para que o gerenciamento melhore, visto que, na sua opinião, existe uma cultura instituída de gestões passadas, onde as relações eram verticalizadas, e não havia um bom fluxo de comunicação entre os funcionários.

Outro aspecto que aponta como relevante para o papel de gerente é a experiência e a habilidade de lidar com alunos, saber transmitir-lhes conhecimentos, orientá-los e conduzi-los no aprendizado (G<sub>1</sub>E<sub>6</sub>). Nas decisões se faz importante o apoio dos colaboradores, assim como também da diretoria geral, de enfermagem e dos coordenadores (G<sub>1</sub>E<sub>11</sub>).

As atividades gerenciais estão ligadas intimamente com a coordenação e a direção de enfermagem, o que traz uma idéia de trabalho conjunto e reforça a importância do papel do gerente no acolhimento do estudante, dando-lhe oportunidades, abrindo-lhe espaço não somente para desenvolver as habilidades práticas, mas também a base científica, a pesquisa e desenvolvendo uma boa relação interpessoal com este, **fazendo com que eles se sintam confortáveis dentro da unidade** (grifo nosso) (G<sub>1</sub>E<sub>8</sub>).

A participação da Direção também foi considerada importante no processo de gestão. A Direção deveria estar mais presente, na opinião da enfermeira (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>), sentindo os problemas mais de perto, participando, sentindo as necessidades das pessoas e do próprio setor antes de estabelecer mudanças e no momento de estabelecê-las, preparar o grupo para as respectivas mudanças, não somente “jogá-las de cima para baixo”.

[...] porque a gente lida com pessoas, gerenciar máquinas é muito fácil, é só ligar e desligar, e pessoas você não liga e desliga, e nem você muda. Seria saber antes a necessidade do setor, como se aplica determinada mudança ou não, preparar as pessoas que irão sofrer essa mudança para essa mudança. Então uma sugestão seria saber as necessidades das pessoas para realmente traçar as mudanças de acordo com as necessidades (G<sub>2</sub>E<sub>5</sub>).

Algumas idéias foram dadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, com o objetivo de aprimorar o gerenciamento em enfermagem na instituição:

Reuniões mais freqüentes com a equipe, onde os profissionais possam expor suas idéias, reuniões com a Diretoria de enfermagem e profissionais; visitas da Diretora de enfermagem nas unidades, para que a mesma conheça mais de perto as necessidades e os problemas de cada um, conhecer a dinâmica do serviço (G<sub>3</sub>E<sub>1</sub>, G<sub>5</sub>E<sub>5</sub>); realização de reciclagens para os funcionários na área de conhecimentos específicos (atualização) e na área de relações interpessoais (G<sub>3</sub>E<sub>2</sub>).

Outro aspecto ressaltado é que o enfermeiro gerente deveria receber treinamento, se capacitar mais, para que possa informar melhor sua equipe, para que fossem evitados alguns problemas decorrentes da falta de conhecimento gerencial, para que a equipe saiba agir em determinadas situações que ocorrem dentro da instituição. Acha que falta informação sobre gerenciamento para os gerentes de enfermagem (G<sub>3</sub>E<sub>3</sub>). Do mesmo modo, a instituição deve investir em mais treinamentos, cursos para os funcionários, dentro dela (G<sub>3</sub>E<sub>4</sub>).

A formação dos gerentes foi um ponto ressaltado como norteador do êxito da equipe. Na opinião de G<sub>3</sub>E<sub>5</sub>, alguns gerentes “caem de pára-quedas” na unidade, não tem nenhuma formação, nenhum preparo e acaba não obtendo êxito. Deveria haver um processo de seleção, uma eleição onde fosse escolhido aquele que a equipe aprovasse, e depois este profissional deveria passar por um treinamento, uma preparação, ser qualificado, em relacionamento interpessoal, para não acontecerem conflitos pequenos que ocorrem e que desgastam o dia-a-dia, para posteriormente assumirem uma gerência.

Campos (1999) fala que na formação dos profissionais de saúde deveria voltar-se para a ampliação de espaços, deixar de ser vista apenas pelo enfoque da clínica (curativa), que recuperasse o enfoque social e subjetivo desta, onde houvesse maior articulação teoria e prática, outras formas de interação com o paciente.

[...] estas conclusões poderiam ser aplicadas também à formação de outros profissionais de saúde que não os médicos. Enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, ganhariam muito com a ampliação dos espaços práticos em que fizessem estágios. (CAMPOS, 1999, p. 192).

Esta consideração do autor poderia ser ampliada aos gerentes que já atuam através do compartilhamento de experiências, tomadas de decisões conjuntas e a construção coletiva dessa formação, ou diria a re (construção). Acreditamos que um trabalho conjunto, com a integração da direção, gerências e os profissionais de enfermagem comprometidos com o seu trabalho, poderia trazer resultados satisfatórios.

Como vemos, são muitas as sugestões quanto ao aprimoramento do processo de gestão em enfermagem no espaço hospitalar em que nós imergimos. Sabemos que a mudança do modelo de gestão é algo mais complexo, envolve não somente estratégias mais modernas de atenção ao cliente, como a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). A mudança do modelo de gestão envolve outros agentes e a estrutura macropolítica e organizacional. Entretanto, acreditamos que a efetiva implantação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), vai resgatar a necessidade de voltarmos toda nossa competência e esforços para o cuidado integral ao paciente, sob uma visão mais holística, individualizada e voltada para as reais necessidades deste.

Quando toda equipe estiver engajada e comprometida com o processo de enfermagem, começaremos também a elevar nossa confiabilidade e reconhecimento das outras categorias profissionais.

Quanto ao modelo de gestão, é preciso repensar o atual modelo adotado nos serviços de saúde e pensarmos numa clínica ampliada, onde a finalidade da atenção à saúde deixa seu foco na doença, e se transforma num enfoque integral, humanizado, que vê o homem além de um cliente em busca de um produto, a cura da doença, mas o atenda em todas as dimensões: biológicas, sociais, espirituais, psicológicas.

[...] Para tal mudança, aposta na necessidade de ampliar os meios de trabalho e romper a rigidez do saber científico, valorizando a escuta e a fala, superando a dependência, quase exclusiva do medicamento ou do ato cirúrgico. (SANTOS, 2005, p. 41).

E para os trabalhadores, conforme refere Campos (1998), o desafio é desenvolver uma estratégia organizacional que permita a construção de vínculo,

responsabilização, autonomia, compromisso mas que traga satisfação e crescimento profissional numa integração ampla entre os diversos segmentos institucionais: clientes, gestores e profissionais de saúde.

**CAPÍTULO IV**  
**CONSIDERACOES FINAIS**

No sentido de sistematizar os principais dados obtidos no estudo em apreço, apresentamos uma síntese dos pontos mais relevantes, considerando os objetivos e os pressupostos teóricos:

compreensão da sua dinâmica, estabelecimento do diagnóstico situacional e a proposição de estratégias que possam contribuir para a transformação ou, diria melhor, o aprimoramento do processo de trabalho.

Sabemos que as proposições aqui realizadas não são acabadas e definitivas, visto que constituem o olhar do investigador, no atual momento. Temos a consciência que não se trata de uma obra acabada, pela dinâmica do contexto e a subjetividade dos sujeitos. Mas destacamos que as proposições aqui delineadas são resultados do encontro de dados decorrentes dos sujeitos que vivenciam o cotidiano da enfermagem na instituição (dados empíricos), dos referenciais teóricos elaborados sobre o assunto e da percepção do investigador, mediante a aplicação metodológica.

Observamos que a enfermagem do referido hospital assume com compromisso e seriedade suas atividades na instituição. Os enfermeiros são considerados dinâmicos, têm consciência da seriedade e responsabilidade que assumem, assim como se referem à equipe que coordena como pessoas também envolvidas e comprometidas com o seu objeto de trabalho – o cuidado. Cada um, a seu modo, e de acordo com as peculiaridades de seu setor, busca o envolvimento de sua equipe para que o cuidado ao cliente tenha a qualidade necessária.

Os enfermeiros gerentes procuram sempre resolver todos os problemas que lhes surgem com a maior brevidade, e os enfermeiros assistenciais são reconhecidos pela equipe como pessoas de fácil relacionamento, que sabem trabalhar em equipe e orientar o grupo. É o profissional que está à frente, na unidade, tomando todas as decisões para resolver as intercorrências que acometem a dinâmica do serviço e o bem-estar do paciente.

O relacionamento interpessoal da equipe com o enfermeiro gerente é bastante salutar, sendo o mesmo considerado acessível, flexível, democrático, compreensivo, que dá espaço à equipe para dar sugestões, assim como trabalha em prol do bem estar da sua equipe e da manutenção da unidade com condições adequadas para a o atendimento ao cliente.

A relação interpessoal com os demais profissionais de saúde mostrou-se ainda difícil, com experiências isoladas de integração, vistas principalmente nas unidades fechadas, onde a integração multiprofissional tem dado resultados satisfatórios no crescimento pessoal e na qualidade da assistência prestada. Outras experiências que estão sendo disseminadas, como as reuniões de integração multiprofissional, realizadas com êxito, ainda não conseguiram chegar a todos os espaços de atenção. Os médicos foram considerados os profissionais que mais apresentam dificuldade de integração.

Falamos aqui em integração multiprofissional, pois é o que se verifica na realidade institucional observada. A interdisciplinaridade ainda é um processo a ser conquistado, numa época em que já se fala em transdisciplinaridade das relações de trabalho.

Para Saupe et al (2005), a interdisciplinaridade entre profissionais de saúde consiste na possibilidade do trabalho em conjunto, respeitando as bases disciplinares específicas, mas buscando soluções compartilhadas para os problemas encontrados nas pessoas e nas instituições, o que difere da multidisciplinaridade que se caracteriza pela execução de disciplinas (aqui tomamos a liberdade de associarmos disciplinas à ações de saúde), desprovidas de objetivos comuns.

Apesar de toda essa crítica a prática em enfermagem no hospital em estudo, mesmo com todas as distorções que já apresentamos, o enfermeiro assistencial é quem cuida do paciente.

Para os enfermeiros, a função de gerente é desafiadora, estressante, que causa insatisfação pelo desvio de seu potencial para atividades burocráticas. Mesmo assim, consideram-na muito prazerosa e uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

A comunicação constante com a Diretoria de Enfermagem é considerada importante, para que os problemas encontrados na unidade possam ser compartilhados, e esta por sua vez, desenvolve mecanismos de integração com a

equipe, buscando ouvi-los, manter-se acessível e estabelecendo estratégias de valorização da equipe.

No momento, o hospital vivencia a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. O mesmo já está sendo aplicado em algumas unidades, obtendo melhoria na qualidade da atenção ao cliente, visto que tem aproximado mais os enfermeiros do cuidado integral.

Diante dos resultados apresentados, observamos que estruturalmente o serviço de enfermagem obedece ao modelo vertical de hierarquia, característico das correntes tradicionais da Teoria Geral da Administração representada em seu organograma.

Quanto às atribuições dos enfermeiros gerentes, concluímos que estes absorvem o maior tempo de seu trabalho entre o desenvolvimento de atividades administrativo-burocráticas, não lhes restando oportunidade para se dedicar à prestação do cuidado ao paciente, à supervisão adequada da equipe, para proceder às orientações, a educação permanente do seu grupo. Até mesmo para estreitar os laços de relacionamento com a equipe multiprofissional. Torna-se um autômato, pouco reconhecido e valorizado pelo cliente. Os gerentes são “consumidos” pela lógica tradicional dos modelos funcionalistas da administração (tayloristas e fayolistas), centrados em produtividade e burocracia.

Desenvolvem muitas atividades que não são de sua competência, centralizam muito a execução de tarefas que poderiam ser delegadas a outros profissionais e se perdem no estabelecimento das relações interpessoais com a equipe, utilizando mecanismos de barganha. Outros, entretanto, precisam rever suas

O cuidado ao cliente fica nas mãos dos enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, que por sua vez, desenvolvem um trabalho fundamentado em tarefas meramente repetitivas, de caráter tecnicista, descontextualizadas, mecanicistas e fragmentadas.

Os enfermeiros assistenciais já estão questionando sua prática, acreditam que a busca da autonomia é uma constante indagação no seu cotidiano.

Os fatores que geram este problema, sob nossa percepção são: - reduzido quadro de pessoal, não havendo profissionais suficientes para cobrir folgas e faltas; - dupla jornada de grande número de profissionais, (muitos possuem dois ou três empregos e necessitam ajustar suas escalas); inabilidade dos secretários de unidade – poderiam pelo menos digitar e fazer as alterações, mas muitos não dominam a tecnologia da informática; falta de recursos materiais – algumas vezes existem secretários habilitados, mas não existem computadores e impressoras disponíveis para uso; inadequado estilo de trabalho do gerente – que muitas vezes centraliza as atividades, não as delegando.

A execução do cuidado sistematizado (SAE) ainda não está sendo muito aceito pelos enfermeiros, existem barreiras, muito receio, por acharem difícil, por ser algo novo. São necessários maior incentivo e estímulo às pessoas para que voltem sua atenção para o cuidado. A equipe ainda necessita conhecer e vivenciar mais como acontecem as etapas do processo de enfermagem.

Ao gerente, é preciso ter, além do conhecimento das bases teóricas da enfermagem, para orientar sua equipe, desenvolver as atividades inerentes à profissão, ao ensino e à pesquisa, é preciso adquirir conhecimentos e habilidades para gerenciar o grupo, estabelecer diagnósticos situacionais, tomar decisões precisas e eficazes, além de estabelecer relações harmônicas, sem perder o foco do usuário e da integralidade da saúde.

Observamos que, para a maioria dos entrevistados, existe uma nítida diferença entre as atribuições do enfermeiro gerente e as atribuições do enfermeiro assistencial. Enquanto um está totalmente voltado a prover a instituição de materiais

e recursos humanos, o outro cuida do paciente, estando por sua vez, distanciado do contexto organizacional, alheio a tudo o que se refere a questões gerenciais.

A prática experimentada no dia a dia das instituições de saúde acaba por dissociar estas duas dimensões da enfermagem. Esta dicotomia existente entre cuidar e gerenciar leva a necessidade de tomada de decisões que venham a resgatar o verdadeiro papel do enfermeiro, ou seja, o cuidado ao cliente, integrando as dimensões assistenciais e gerenciais, visto que estas ações direcionam-se para o atendimento às necessidades do indivíduo.

Outros problemas foram identificados no contexto do processo de trabalho da equipe de enfermagem. Problemas estruturais como deficiência de pessoal, falta de material e equipamentos (deficiência e falta de manutenção preventiva), deficiente comunicação entre os profissionais, conflitos na equipe, indefinição de papéis, pouco preparo dos gerentes e falta de autonomia do enfermeiro foram os mais relevantes.

A falta de autonomia da gerente para tomar decisões, leva à demora na resolução dos problemas. Por outro lado, alguns gerentes ainda se posicionam de modo a favorecer essa “tomada de autonomia” do enfermeiro, quando coloca nas mãos da direção a responsabilidade pelas decisões geradoras de conflito, na tentativa de manter um clima de harmonia com a equipe. A falta de autonomia dos enfermeiros é percebida também pelos técnicos e auxiliares de enfermagem como obstáculo à implementação da assistência ao paciente. Conseqüentemente a esta falta de autonomia, ocorre uma inversão de papéis entre líderes e liderados. Enfermeiros utilizam estratégias de aproximação com a equipe, de subserviência e cumplicidade, o que dificulta o estabelecimento de autonomia e liderança com a equipe.

Existe um descontentamento do enfermeiro com a maneira como se percebe na instituição, apenas como força de trabalho produtiva. Apesar de verificarmos uma certa acomodação da classe em buscar a mudança desse paradigma.

Observamos que os técnicos e auxiliares de enfermagem costumam “julgar” a competência dos enfermeiros pelo número de atividades meramente tecnicistas que estão realizando. O enfermeiro “bom” na concepção da maioria destes profissionais é aquele que “desenvolve com dinamismo as tarefas”. Esta concepção também existe no pensamento de muitos enfermeiros.

Os gerentes sentem-se preocupados, pois consideram que não possuem uma diretriz, uma base para o seu trabalho, onde há predominância de atividades burocráticas. Os resultados demonstraram que há necessidade de capacitação dos gerentes e desenvolvimento de um trabalho contínuo de acompanhamento de suas práticas, orientando-os e conduzindo-os. O processo de seleção para o cargo também foi apontado como falho, sugerindo que os critérios sejam revistos, principalmente quanto à maturidade e o relacionamento com a equipe.

As relações interpessoais dos enfermeiros com os médicos precisam ser aprimoradas. Consideramos que isso ocorra, talvez por serem as categorias profissionais que mais contato possuem, no cuidado ao paciente, ou até pela característica histórica do poder centrado e socialmente construído do médico como o chefe da equipe de saúde.

A formação do enfermeiro gerente foi um dos aspectos discutidos pelos entrevistados, como de caráter essencial para o desempenho da função; a preocupação com o autodesenvolvimento é sentida, pela necessidade de dar respostas à solicitação e expectativa da equipe. Outro aspecto que hoje é valorizado pelos gerentes de enfermagem é o estímulo à produção científica, decorrente da troca de experiências entre docentes e enfermeiros.

A necessidade do desenvolvimento das habilidades gerenciais foi um dos aspectos revelados nas entrevistas. O apoio da Coordenação e da Diretoria de Enfermagem foi um fator considerado importante no desempenho das funções do enfermeiro gerente; segundo estes, as dificuldades inerentes ao cargo são amenizadas quando além do conhecimento, possuem o suporte da Direção.

Várias são as habilidades apontadas pelos enfermeiros gerentes como necessárias ao desempenho de suas funções. Entretanto, a habilidade fundamental, que se configura em elemento chave para o desenvolvimento de seu trabalho é a habilidade relacional.

Um aspecto importante a ser considerado para atingir a qualidade do cuidado é oferecer as condições necessárias ao enfermeiro gerente e sua equipe para o desenvolvimento do seu trabalho.

Essas condições ideais envolvem condições estruturais e também o conhecimento, que é a principal ferramenta para a implementação do cuidado. É necessário ao enfermeiro estar se atualizando, aprimorando seus conhecimentos para atingir as competências necessárias ao desempenho de suas funções.

Como vemos, são muitas as sugestões quanto ao aprimoramento do processo de gestão em enfermagem no espaço hospitalar em que nós imergimos. Sabemos que a mudança do modelo de gestão é algo mais complexo, envolve não somente estratégias mais modernas de atenção ao cliente, como a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). A mudança do modelo de gestão envolve outros agentes e a estrutura macropolítica e organizacional. Entretanto, acreditamos que a efetiva implantação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), vai resgatar a necessidade de voltarmos toda nossa competência e esforços para o cuidado integral ao paciente, sob uma visão mais holística, individualizada e voltada para as reais necessidades deste.

Quando toda equipe estiver engajada e comprometida com o processo de enfermagem, começaremos também a elevar nossa confiabilidade e reconhecimento das outras categorias profissionais.

Quanto ao modelo de gestão, é preciso repensar o atual modelo adotado nos serviços de saúde, ainda hoje fundamentado no paradigma estrutural-funcionalista, onde predomina ações de controle, dominação, de poder e disciplina por parte de alguns gestores (CECILIO, MENDES, 2004).

Em relação ao modelo de atenção a saúde, pensarmos numa clínica ampliada, onde a finalidade da atenção deixa seu foco na doença, e se transforma num enfoque integral, humanizado, que vê o homem além de um cliente em busca de um produto, a cura da doença, mas o atenda em todas as dimensões: biológicas, sociais, espirituais, psicológicas.

Portanto, é preciso rever o processo de trabalho em saúde a partir da adoção de “uma prática gerencial radicalmente dialógica [...] calcada na busca incessante de práticas comunicativas entre a gerência e os trabalhadores” (CECILIO, MENDES, 2004, p.53).

E como proposta para reorganização do processo de trabalho em enfermagem na referida instituição, sugerimos a efetiva implantação da Sistematização da Assistência em Enfermagem em todas as unidades e o desenvolvimento de um trabalho contínuo com o grupo de gerentes para revisão de suas competências, capacitação e a implantação de uma rede de auto-ajuda (rede de gerentes), onde o modelo de gestão colegiada fosse aplicado para que, compartilhando experiências e saberes, os mesmos possam redefinir e aprimorar sua prática, a partir de que surgirá uma enfermagem mais autônoma e voltada para as tecnologias leves e a atenção ao cliente sob os princípios da integralidade.

## **REFERÊNCIAS**

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

ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn-Seção BA, 1999.

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da saúde**: intenção ou realidade? análise de uma experiência concreta. Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

ASSIS, M. M. A. *et al.* **Núcleos de intervenção da enfermagem em um hospital geral público**. 2006. (no prelo).

BARROS FILHO, V. **Projeto institucional HUWC 2005-2007**. Fortaleza: Fundação Dom Cabral, 2004. (Apostila).

BERTONCELLO, N. M. F.; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 83-90, set./out. 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. de A. L. M. da. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 240-244, mar./abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. **Hospitais universitários**: Hospital Universitário Walter Cantídio. Brasília (DF), 2004. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/huwalter.shtm>>. Acesso em: 10 jan. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução nº 196/96. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2005.

BRAVERMANN, H. A divisão do trabalho. In: BRAVERMANN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 70-81.

BUENO, F. da S. **Silveira Bueno**: minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD, 2000. p. 555.

BUENO, W. S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 169-196.

CAMPOS, G. W. de S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan./mar. 1999.

\_\_\_\_\_. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992. 220 p.

\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 229-266.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2ª ed., 2005.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 9 – 31.

CASTELLANOS, B., E., P. *et al.* Os desafios da Enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: CBEEn, 1989.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

\_\_\_\_\_. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 293-320.

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

CECILIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ABRASCO, 2003. p. 204.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração**. 2. ed. compacta. São Paulo: McGraw-Hill, 2000.

CIAPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem do Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 401-407, jul./ago. 2004.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Psicologia, trabalho e atividade**. In: *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. Cap. 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREn). **Lei 7498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.portalcofen.gov.br/\\_novoportal/detalhe.asp?id=13&infolid=22](http://www.portalcofen.gov.br/_novoportal/detalhe.asp?id=13&infolid=22)>. Acesso em: 9 out. 2006.

DANTAS, T. C. C. **A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde**. 2000. 150 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2000.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 89-96, 2003.

FERNANDES, M. S. *et al.* A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 161-167, mar./abr. 2003.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 395-400, jul./ago. 2004.

FORTE, B. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Valores culturais do ensino de administração em enfermagem: uma análise crítica frente ao mercado de trabalho e privatização. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 116-131, jan./abr. 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, set./out. 2001.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-60, 2003.

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

GRECO, R. M. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 504-507, jul./ago. 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC). **Histórico**. Disponível em: <<http://www.huwc.ufc.br>>. Acesso em: 15 out. 2006.

\_\_\_\_\_. **Manual de procedimentos operacionais de enfermagem**. Fortaleza, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Projeto de gestão da diretoria de enfermagem do HUWC/UFC**. Fortaleza, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Regimento da diretoria de enfermagem do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 1979.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, jul./set. 1990.

LEITÃO, G. da C. M. Reflexões sobre gerenciamento. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 104-115, jan./abr. 2001.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LIMA, R. de C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: EdUFES, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. D. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 408-411, jul./ago. 2004.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MÉDICI, A. C.; SILVA, P. L. B. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias da gestão. In: SANTOS, I. *et al.* **Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem – área hospitalar: área curricular V: participando da organização do processo produtivo em unidades hospitalares**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN; 1995.

MENDES, I. A. C. *et al.* Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 410-414, jul./set. 2000.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 113-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1998.

MIRANDA, R. A prescrição de enfermagem como garantia de assistência com qualidade. **Notícias Hospitalares**, v. 4, n. 37, jun./jul. 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/servicoass.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2006.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 383 f. Tese (Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S. M. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250. p. 251-296.

MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 484-486, jul./ago. 2004.

NASCIMENTO, A. M. A. do; ASSIS, M. M. A enfermeira no contexto do sistema único de saúde : tendências à atuação na distritalização da saúde. **Rev. Sitientibus**, Feira de Santana, n. 16, p. 5-15, jan./jun. 1997.

NÓBREGA, M. de F. B. **Perfil gerencial dos enfermeiros de um hospital público de ensino de Fortaleza-CE**. 2005. 50 f. Monografia (Especialização em Gestão Universitária) – Departamento de Contabilidade/FEAAC. Departamento de Desenvolvimento de Pessoal/SRH. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde**. In: SANTANA, J. P. de (org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. p. 182-186. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos-apoio/pub06U2T4.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PROVÍNCIA CAMILIANA BRASILEIRA. **História dos camilianos**. Disponível em: <<http://www.camilianos.org.br/default.asp>>. Acesso em: 9 out. 2006.

ROCHA, A. de M.; FELLI, V. E. A. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 453-458, jul./ago. 2004.

RODRIGUES, M. P.; ARAUJO, M. S. de S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/polo.php>>. Acesso em: 21 set. 2006.

ROLLO, A.; OLIVEIRA, R. da C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 321-352.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SANTOS, A. M. dos. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas – BA. 2005. 229 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Feira de Santana. Feira de Santana, 2005.

SANTOS, A. A.; PELUSO, M. A contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde - algumas reflexões. **Hygeia Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, jun. 2006. Disponível em <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=21&layout=html>>. Acesso em: 10 out. 2006.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v.9, n.18, p.521-536, set/dez. 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVA, N. T. da. **Clima Organizacional**: uma proposta dos fatores a serem utilizados para avaliação do clima de uma instituição de ensino superior de Brasília. 2003. 138 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

SILVEIRA, A. M. O trabalho na sociedade. In: SANTOS, I. *et al.* **Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem – área hospitalar**: área curricular V: participando da organização do processo produtivo em unidades hospitalares. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 17-70.

TOFLER, A. **A Empresa flexível**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 1990.

TREVISAN, M. A. *et al.* Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Lat.-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan./fev. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC). **Regulamento**. Fortaleza, 1977.

URBANETTO, J. de S.; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 447-452, 2004.

VAGHETTI, H. *et al.* Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. **Rev. Bras. Enf.** , v. 3, n. 57, 2004.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 27-60.

VILLAS BOAS, L. M.; LIBERALINO, F. N.; MOTA, M. L. B. da. Gerenciando o cuidado de enfermagem na rede básica de saúde: relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn-Seção BA, 1999.

## **APÊNDICES**

## APENDICE A: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO ASSISTEMÁTICA

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sujeito nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Situação observada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS

Dinâmica do serviço

Atividades desenvolvidas pelo gerente

Postura adotada pelo gerente no momento de conflito:

Relação interpessoal entre o gerente e sua equipe de enfermagem e multiprofissional

Capacidade em motivar o grupo

Autonomia para tomar decisões no grupo

Impressões do pesquisador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

## APENDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA (ENFERMEIRO)

Nº \_\_\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Lotação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_

Universidade formadora: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço no HUWC: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na função de gerente: \_\_\_\_\_

### 2. QUESTÕES NORTEADORAS

- a. Como você percebe o seu processo de trabalho, nesta instituição? Fale sobre ele.
- b. Como se organiza o gerenciamento do cuidado em enfermagem nesta instituição de ensino?
- c. Fale sobre os elementos que compõem as atividades gerenciais do enfermeiro nesta instituição de ensino.
- d. Fale como você percebe a relação interpessoal com os demais membros da equipe de enfermagem e multiprofissional. Descreva.
- e. Qual a sua concepção sobre o trabalho gerencial de enfermagem em uma unidade hospitalar pública de ensino?
- f. Fique a vontade para acrescentar qualquer informação ou comentário sobre o gerenciamento de enfermagem em uma instituição de ensino.
- g. Fale como você percebe a relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e o enfermeiro gerente. Descreva.
- h. Você verifica alguma diferença entre as atividades do enfermeiro gerente e as atividades do enfermeiro assistencial. Descreva.

## APENDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA (TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM)

Nº \_\_\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Lotação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_

Universidade formadora: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço no HUWC: \_\_\_\_\_

### 2. QUESTÕES NORTEADORAS

- a. Como você percebe o processo de trabalho do enfermeiro, nesta instituição?
- b. Como se organiza o gerenciamento do cuidado em enfermagem nesta instituição de ensino?
- c. Fale sobre os elementos que compõem as atividades gerenciais do enfermeiro nesta instituição de ensino.
- d. Fale como você percebe a relação interpessoal entre a equipe e o enfermeiro gerente?
- e. Qual a sua concepção sobre o trabalho gerencial de enfermagem em uma unidade hospitalar pública de ensino?
- f. Fique a vontade para acrescentar qualquer informação ou comentário sobre o gerenciamento de enfermagem em uma instituição de ensino.

## APENDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Profissional:

Eu, Maria de Fátima Bastos Nóbrega, sou enfermeira do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem e mestranda da Universidade Estadual do Ceará (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Processo de trabalho em enfermagem hospitalar: gerenciamento do cuidado em hospital público de ensino**, cujos objetivos são: analisar a organização do trabalho no gerenciamento do cuidado pela equipe de enfermagem em uma unidade hospitalar pública de ensino de Fortaleza-Ceará no modelo clínico de intervenção; descrever as atividades gerenciais desenvolvidas pela equipe de enfermagem e suas articulações com as tecnologias produzidas no cotidiano hospitalar; e compreender as concepções de trabalho gerencial da equipe de enfermagem que atua na referida unidade hospitalar pública de ensino. Desta forma, solicito a sua permissão para entrevistá-lo, garantindo-lhe que você terá acesso, ao final da pesquisa, a todas as informações resultantes dela. Caso não se importe, gostaria de gravar a entrevista, para posteriormente transcrevê-la, garantindo desse modo a fidedignidade de seu discurso. Os registros gravados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A você será garantido o sigilo de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial desta sua participação é ajudar a promover reflexões acerca do processo de trabalho em enfermagem e do gerenciamento do cuidado, assim como para a adoção de estratégias que levem a adequação da prática vivenciada às tendências gerenciais modernas.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (85)3366 8155. Residência: Rua Carlos Vasconcelos, 2787 apto 401 – Joaquim Távora. CPF: 424000233-87.

Demais dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio pelo telefone: (85) 3366. 8589.

### Dados dos sujeitos da pesquisa:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento:

### Consentimento pós-esclarecido

Eu \_\_\_\_\_, declaro que fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador e que entendi o que foi me explicado sobre a pesquisa, logo concordo em participar da presente pesquisa. Concordo também, que a entrevista seja gravada e possa ser publicada.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

**ANEXO**

## ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)