

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MÔNICA HAUSMANN

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO  
ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL PRIVADO NO MUNICÍPIO DE  
SÃO PAULO: POSSIBILIDADES PARA O GERENCIAMENTO DO  
CUIDADO

SÃO PAULO  
2006

MÔNICA HAUSMANN

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO  
ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL PRIVADO NO MUNICÍPIO DE  
SÃO PAULO: POSSIBILIDADES PARA O GERENCIAMENTO  
DO CUIDADO

Dissertação de Mestrado, apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação da Escola de  
Enfermagem da Universidade de São Paulo para  
a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração:  
Administração de Serviços de Enfermagem

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marina Peduzzi

SÃO PAULO  
2006

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a Deus, que me permitiu estar aqui; à memória de meu pai, que teria vibrado com esta conquista, à minha mãe Nadyr, por toda a compreensão e apoio; à Simone, minha irmã, que mesmo de longe me ajudou e torce por meu sucesso.

Ao Manoel meu marido que compreendeu todos os meus momentos de solidão.

## **Agradecimentos**

À professora Marina Peduzzi que, paciente, competente e seguramente, conduziu a realização deste trabalho.

A Lore Cecília Marx, a quem devo o direcionamento de minha carreira.

A todos os meus amigos e amigas, em especial à Chris, à Denise e à Vânia, que estiveram muito próximas a mim no decorrer destes anos, compreendendo e incentivando meus passos.

À professora Maria Cristina Sanna, por seu compromisso ético, acima de tudo.

À professora Valéria Castilho, que abriu o caminho para esta jornada.

À minha diretora Ilza, pela compreensão.

À Cláudia Cohn, pelo exemplo de garra e de que é possível chegar aonde se almeja.

À Kátia Branco, que me auxiliou com um instrumento essencial para este trabalho.

À minha equipe de trabalho, que torceu para tudo dar certo o tempo todo.

Aos profissionais do serviço no qual foi realizada a pesquisa de campo.

Aos docentes do Departamento de Orientação Profissional.

“Não se pode ensinar tudo a alguém, pode-se apenas  
ajudá-lo a encontrar por si mesmo.”

Galileu Galilei

## **Resumo**

Hausmann M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro; como objetivos específicos, identificar e analisar a existência de cisão ou de articulações entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro, analisar a finalidade do processo de trabalho gerencial do enfermeiro e identificar sua(s) prioridade(s). Utilizou-se uma abordagem qualitativa com o referencial teórico dos estudos sobre trabalho em saúde e enfermagem. O estudo foi realizado em um hospital privado localizado na região central da cidade de São Paulo e a coleta de dados foi feita através de entrevista semi-estruturada com dez enfermeiros que atuam em unidade de internação. A análise do material empírico utilizou a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostram o predomínio de atividades de controle de materiais e equipamentos no processo de trabalho gerencial, mostram também a possibilidade de articulação entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro, ora subentendida nos relatos sem referência às conexões existentes, ora explicitada, o que expressa a prática de gerenciamento do cuidado; e a inexistência de cisão entre os dois processos de trabalho.

Palavras chave: Administração em enfermagem. Recursos humanos. Cuidados de enfermagem. Hospitais privados.

## **Abstract**

Hausmann, M. Nurse management work process analysis in a private hospital in São Paulo: possibilities for care management [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

The general purpose of this research was to analyze the nurse management work process. The specific goals were to identify and analyze the existence of separation or articulation on the management and assistance activities of a nurse, to analyze the goals of the management work process of a nurse, and to identify their priorities. A qualitative approach was used, and health and nursing work-studies were referenced. The research took place at a private hospital located in a central region of São Paulo. The data was collected from semi-structured interviews with ten nurses who work in an inpatient care unit. The empirical analysis used Bardin's technique for content analysis. The results show that supplies and equipment control are the prevailing activities of the management work process. The research also shows the possibility of articulation between the management and assistance activities of a nurse, sometimes implied on the reports with no reference to the existing connections, sometimes explicit, which explains the care management practice. At least shows the inexistence of separation between the two processes of work.

**Key words:** Nursing administration. Human resource. Nursing care. Hospital, Private.

## Sumário

Resumo

Abstract

1. Introdução.....	09
1.1. Objetivos.....	26
2. Referencial teórico.....	27
3. Percurso metodológico.....	38
3.1. Caracterização do estudo.....	38
3.2. Local do estudo.....	39
3.3. Sujeitos da pesquisa.....	40
3.4. Aspectos éticos.....	40
3.5. Procedimentos de coleta de dados.....	41
3.6. Procedimentos de análise.....	43
4. Análise e discussão.....	46
4.1. Processo de trabalho gerencial.....	47
4.2. Processo de trabalho assistencial.....	68
4.3. Atividades assistenciais e gerenciais – evidência da interface entre o processo de trabalho assistencial e gerencial.....	81
4.4. Gerenciamento do cuidado.....	84
4.5. Articulação dos diferentes trabalhos especializados.....	90
5. Considerações finais.....	95
Referências bibliográficas.....	100
Anexos.....	107



## 1. Introdução

Há um conjunto de estudos sobre o processo de trabalho do enfermeiro que mostra a predominância de atividades gerenciais, sobretudo com ênfase no gerenciamento dos serviços. Desde a publicação do estudo pioneiro de Almeida e Rocha (1986) a posição de gerente da assistência de enfermagem e da organização institucional atribuída ao profissional enfermeiro vem sendo investigada. Os autores referem que as instituições precisam contar com um agente que conheça a essência do trabalho de enfermagem sem, contudo, executá-la, pois desta forma seria necessária a contratação de muitos enfermeiros, o que é oneroso à rentabilidade das organizações. Outras pesquisas publicadas em meados dos anos 1980 confirmam a ênfase no trabalho gerencial do enfermeiro (Castellanos 1987 e Silva 1986).

Gomes et al. (1997) destacam que, desde o início da enfermagem profissional, Florence Nightingale introduziu uma concepção não somente de intervenção direta ao doente, mas também ampliou as funções, agregando o controle do ambiente de trabalho por meio de observação e supervisão dos agentes. Assim sendo, estes autores interpretam que a enfermagem moderna estruturou-se em três diferentes direções: organizar o cuidado do doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; organizar o ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros e, por fim, organizar os agentes de enfermagem por meio de treinamento.

Entendemos, assim, que o processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões: o processo de trabalho assistencial e o processo de trabalho

gerencial. No primeiro, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem; no segundo, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos usuários/população e de desempenho para os trabalhadores (Peduzzi 2000; Felli e Peduzzi 2005).

Estudo realizado por Peduzzi e Anselmi (2002) sobre o processo de trabalho de enfermagem analisa o cuidado de enfermagem como objeto de intervenção central no trabalho executado, sobretudo pelo auxiliar de enfermagem e o gerenciamento do cuidado como o trabalho nuclear do enfermeiro. Para este profissional também são destacadas as atividades de gerência de unidade. A pesquisa identifica que tanto os enfermeiros quanto os auxiliares de enfermagem referem-se às atividades de gerenciamento do cuidado como “parte burocrática”, associando-a ao registro do trabalho executado ou ao preenchimento de formulários, protocolos e similares.

Seguindo esta mesma linha de argumentação Kirchof (2003) distingue três dimensões do processo de trabalho de enfermagem: o assistencial, o educativo e o gerencial e destaca que o processo de trabalho gerencial é privativo do enfermeiro, o qual responde pela organização do trabalho de enfermagem, colocando-se como mediador do trabalho de saúde. Portanto, entendemos que os conflitos entre o trabalho assistencial e o trabalho gerencial dizem respeito, sobretudo, à atuação do enfermeiro, o que levou à decisão de focar o processo de trabalho do enfermeiro neste estudo.

É prudente comentar que se utiliza a terminologia “gerencial” em vez de “administrativo”. De acordo com a literatura nacional que versa sobre a organização

do trabalho em saúde, não há necessidade de um rigor maior na preferência de empregar um ou outro termo, porém Castanheira (1996) comenta que no campo da saúde é corrente o uso do termo “gerência” para o trabalho da administração local, reservando-se “gestão”, para os níveis centrais de decisão, e “administração” mais propriamente para as atividades de apoio intermediário, ou, ainda, como referência às áreas de conhecimento como administração sanitária ou administração hospitalar.

Ao analisar a produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil, Silva e Peduzzi (2006) identificaram a predominância de estudos que abordam as questões dos instrumentos do processo de trabalho gerencial como, por exemplo, educação continuada, dimensionamento de pessoal e outros, bem como a escassez de estudos teóricos sobre o gerenciamento e o conceito de gerência.

Neste estudo utilizamos o conceito de gerência em saúde desenvolvido por Mishima et al. (1997), que traz uma reflexão sobre a gerência como instrumento de trabalho. Segundo esses autores, a gerência em saúde é uma atividade meio cuja ação central baseia-se na articulação e integração e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, pode também se transformar mediante as situações do cotidiano das organizações de saúde. Nessa concepção, a gerência contempla as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

A dimensão técnica é definida como o conjunto de instrumentos, conhecimentos e habilidades necessários para atingir objetivos de um determinado projeto, tais como planejamento, coordenação, supervisão, controle, avaliação e ainda o conjunto de saberes como epidemiologia, sociologia, antropologia, planejamento em saúde e outros. A dimensão política é aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto

assistencial que se propõe a executar. A dimensão comunicativa evidencia as relações de trabalho da equipe de saúde visando à cooperação para chegar a um objetivo e, sobretudo, à construção de um projeto comum. Finalmente, no desenvolvimento da cidadania há o estabelecimento de uma relação em forma de diálogo que mediará a teoria e a prática, particularmente na fixação do vínculo entre os agentes presentes no processo de trabalho e os clientes que utilizam os serviços.

Encontra-se também em Merhy (1997) uma preocupação com o modo como são gerenciados os processos de trabalho nos estabelecimentos que prestam serviços de saúde. O autor relata que esta é uma tarefa que não terá sentido se o conjunto dos trabalhadores de saúde não se empenhar em modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho nos serviços. Propõe a construção de um sistema de saúde que tenha como referência os interesses dos usuários.

Mais um caminho para a compreensão da questão da gerência nos é trazido por Motta (1991) ao comentar que atualmente as organizações possuem desafios que só poderão ser enfrentados através de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, que consigam assimilar o que ocorre em seu interior e em sua volta, e elaborar soluções novas para cada problema que aparecer.

Na prática profissional, observamos enfermeiros tecnicamente muito bons e administrativamente fracos, ou o inverso, e, nesse sentido, cabe perguntar qual o perfil profissional mais adequado para a boa prática de enfermagem. Em nossa experiência como gerente de enfermagem observamos que os enfermeiros tendem a executar de forma melhor ou o trabalho assistencial ou o gerencial e há uma dificuldade de articular estas duas dimensões. Percebemos que o enfermeiro que está na administração tende a valorizar esta ação como uma ação que subsidia a

viabilização do cuidado. Por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático. A redução de gerência à burocracia tende a desqualificar esta dimensão do processo de trabalho do enfermeiro. O intrigante é que esse profissional, mesmo com sua formação de nível superior, tende a confundir o que é trabalho burocrático com o que é trabalho administrativo. Tão intrigante quanto é observar que na prática há uma separação ou mesmo uma cisão entre ambas as dimensões do trabalho. Lembramos que a atividade gerencial é uma atividade meio para a execução do trabalho, pois a atividade fim é a assistência e o cuidado pautados em um dado padrão de qualidade, reconhecido pelo serviço como desejável. Nesse sentido perguntamo-nos como se dá a prática do trabalho do enfermeiro no cotidiano, particularmente no que se refere ao trabalho gerencial.

Para a execução da pesquisa de campo é necessário proceder a alguns recortes, dada a complexidade do trabalho em saúde e enfermagem e a impossibilidade de abarcar as múltiplas facetas da realidade.

Um dos recortes da investigação é representado pela opção de estudo da atuação do enfermeiro na assistência hospitalar, particularmente em um hospital privado da região da Grande São Paulo. Ao analisar a dinâmica dos empregos nas décadas de 1970, 80 e 90, delineando as principais características e tendências do mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, Vieira e Oliveira (2001) consideram que a maior concentração da mão-de-obra dos enfermeiros está nos hospitais.

É importante contextualizar o momento em que a enfermagem brasileira instala-se mais significativamente nos hospitais. Se fizermos uma retrospectiva histórica, utilizando Silva (1986), lembraremos que as primeiras décadas do século XX

constituíram, para a sociedade brasileira, a fase de um processo incipiente de industrialização e que, com a Revolução de 1930, este processo se diversifica e se acelera sob um modelo de desenvolvimento econômico autônomo.

Após 1930, o Estado brasileiro amplia suas bases sociais, politizando questões como a da saúde. Ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, que passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social; do Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, o primeiro serviço de saúde pública de âmbito nacional; do Serviço de Malária do Nordeste, em 1937, e do serviço de Malária da Baixada Fluminense, em 1940. Nesse processo, a área da saúde mantém-se dividida entre, de um lado, a saúde pública, voltada para programas gerais de saneamento básico, vacinações e campanhas de erradicação de moléstias infecto-contagiosas, tendo por alvo o conjunto da população e, de outro lado, a saúde previdenciária, voltada para uma medicina curativa, individual.

Nas décadas de 1940 e 50, com a industrialização e a urbanização intensificadas, houve um aumento da rede previdenciária, paralelamente ao crescimento, no seu interior, dos gastos com a assistência médica, enquanto que a área da saúde pública foi beneficiada com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em 1942. Esta instituição teve um papel importante na política sanitária brasileira, sendo transformada em fundação. Em fins dos anos 40, os serviços sanitários começaram a incorporar os progressos tecnológicos da indústria farmacêutica, tendo início, em 1948, uma campanha nacional de vacinação utilizando o método BCG. Neste mesmo período o ensino na área de enfermagem se expandiu, atendendo ao aumento da demanda dessa categoria profissional, impulsionado pelo ritmo de urbanização

existente e pelo processo de modernização dos hospitais. No final da década de 50 havia no Brasil 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliar de enfermagem.

Pode-se dizer que a constituição do Ministério da Saúde, em 1953, e do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956, encerram o ciclo histórico do sanitarismo brasileiro sendo que, a partir daí, o sistema previdenciário ganha liderança. Nesse momento há a modernização e a expansão de rede hospitalar, com o surgimento do Hospital das Clínicas de São Paulo e o Hospital São Paulo. Os hospitais passam a ser o maior mercado de trabalho para as enfermeiras diplomadas, passando os serviços de saúde pública a um segundo plano. Aqui vale a pena lembrar que a enfermagem é regulamentada como ensino superior somente em 1962.

Outro fato a ser lembrado é que no início do processo de profissionalização de enfermagem no Brasil, a chefia de enfermagem dos hospitais normalmente era exercida por docentes das escolas de enfermagem e, com o crescimento das escolas e dos hospitais, a partir dos anos 1960, houve uma separação entre docência e serviço.

O fato de a equipe de enfermagem estar presente nas 24 horas e no transcorrer de toda a internação hospitalar coloca esses profissionais em uma posição privilegiada para “olhar”, ou seja, apreender o conjunto do trabalho realizado pelos diversos agentes, o que não ocorre de forma intuitiva, visto que, com o decorrer da prática, a área de enfermagem acumulou um saber fazer sobre “olhar o conjunto” e “coordenar o cuidado”. Cabe questionar o quanto o campo da enfermagem tem tido condições concretas de transformar este saber fazer em tecnologia, ou seja, em um saber que informe imediatamente a ação de articulação do cuidado e do conjunto de intervenções executadas no âmbito hospitalar.

Merhy (1997) discorre sobre as tecnologias em saúde e as entende como uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades previamente postas para os processos de trabalho que lhe são pertinentes, o que resulta em saber tecnológico. O autor descreve três tipos de tecnologia envolvidos no trabalho em saúde: tecnologias leves, que seriam as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, ampliação de autonomia, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho; tecnologias leveduras, que seriam os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como clínica médica, clínica psicanalítica, epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e tecnologias duras, que seriam os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

As tecnologias leves são consideradas por Rossi e Silva (2005) como importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pelo enfermeiro, podendo até mesmo concretizar e sustentar um modelo de assistência que venha a contemplar um cuidado humanizado. Portanto, a comunicação entre profissional de enfermagem e clientes consiste em importante ferramenta de trabalho e, nesse sentido, é interessante analisar os diferentes modelos de organização do trabalho de enfermagem, cunhados ao longo da prática e como estes modelos integram a comunicação no exercício profissional.

Segundo Almeida e Rocha (1986), na década de 1950, surge a preocupação em organizar os princípios científicos que devem nortear a prática de enfermagem, pois, até então ela era vista como não-científica e baseada exclusivamente nas técnicas de enfermagem. A proposta dos princípios científicos foi encabeçada por educadores de enfermagem norte-americanos e o estudo, que teve a duração de cinco anos, foi



realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de Washington. Esse estudo constou da enunciação dos cuidados de enfermagem prescritos para satisfazer as necessidades biopsicossociais dos pacientes e a busca de princípios científicos que servissem de base e resultou em uma publicação, editada pela primeira vez no ano de 1959, chamada “Princípios científicos aplicados na enfermagem”. Em 1975, dezesseis anos após a primeira edição do livro citado, foi publicada a sua última reedição, sendo que o que se acrescenta é uma maior quantidade de princípios fundamentais em cada cuidado de enfermagem.

Os conceitos e definições de enfermagem de Virginia Henderson, da década de 50, têm também como fundamentação os princípios científicos. A autora deixa claro que a enfermeira é a “autoridade do cuidado básico” de enfermagem. Afirma ainda que o cuidado básico é sua “única” função, na qual ela trabalha de forma independente, e especifica as atividades inerentes a este cuidado, que são as funções da vida física, psíquica e social. Para desenvolver estas atividades, ela deve buscar os conhecimentos nas ciências biológicas e sociais (Almeida e Rocha 1986). Observa-se que Henderson reconhece a dimensão assistencial, associada diretamente ao cuidado, como “única” função da enfermeira. No entanto, como bem evidenciam os estudos pioneiros desenvolvidos no Brasil por Silva (1986), Almeida e Rocha (1986) e Castellanos (1987), o objeto do trabalho do enfermeiro no país está relacionado à administração ou gerenciamento e ao ensino, estando a assistência de enfermagem aos cuidados dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. Assim, chamamos a atenção, mais uma vez, para o conflito entre o trabalho assistencial e o trabalho gerencial do enfermeiro.

Ao considerar a centralidade atribuída ao trabalho assistencial da enfermagem, especialmente ao cuidado de enfermagem, retomamos alguns modelos de organização do trabalho de enfermagem, em especial o modelo funcional, o modelo do cuidado integral e ainda, dentro do modelo de cuidados integrais, o *primary nursing*.

As técnicas de enfermagem constituem-se como a primeira modalidade de saber da enfermagem profissional, institucionalizada em meados do século XIX. No interior desse saber foi se constituindo uma prática na qual a execução das técnicas não está voltada para o usuário/paciente, mas para o procedimento, ou seja, para a tarefa e para o controle do trabalhador executante, que é em geral de nível médio. Este modelo de organização do trabalho de enfermagem é conhecido como modelo funcional e, nele, o paciente é atendido por vários trabalhadores de enfermagem, o que dificulta o estabelecimento de vínculo e de continência, e tende a fragilizar o papel desses elementos no cuidado de enfermagem. As tarefas são distribuídas de acordo com a sua complexidade e a competência técnica do agente (Almeida e Rocha 1986; Lima MADS 1998). Em nosso entendimento, neste modelo os enfermeiros vão buscar subsídios para o processo de trabalho gerencial nas teorias da administração científica de Taylor e na administração clássica de Fayol e Ford.

A partir de críticas ao modelo funcional, desenvolve-se o modelo de cuidados integrais, que volta sua atenção ao paciente, buscando articular técnicas e comunicação através do cuidado individualizado e humanizado. Neste modelo os cuidados são prestados pelo mesmo profissional de enfermagem, que assumirá todos os cuidados do paciente em um certo turno de trabalho, buscando, assim, estabelecer um vínculo na relação do cuidar (Lima MADS 1998). Dada nossa preocupação em

compreender como o enfermeiro desenvolve o gerenciamento, entendemos que o modelo da atenção integral se aproxima mais dos modelos contemporâneos de gerência, uma vez que nele há a valorização da comunicação e da interação.

Mais recentemente desenvolveu-se outro modelo de organização do trabalho de enfermagem, denominado *primary nursing* ou cuidado integral seqüencial, o qual busca intensificar a atenção voltada para o cuidado do paciente, e não para a técnica em separado do cuidado. O *primary nursing* foi desenvolvido por enfermeiras norte americanas na década de 1970 e está embasado em uma filosofia na qual o atendimento deve ser personalizado e humanizado. Esse modelo também prevê a continuidade dos cuidados desde a admissão até a alta do paciente pelo mesmo profissional em cada período, estreitando desta forma os laços entre cliente, família e equipe. É um modelo para aplicação dos cuidados de enfermagem que enfatiza a responsabilidade, a autoridade e o sentido do dever na tomada de decisão de todos os níveis de um departamento de enfermagem. Segundo Manthey (1980), é um modelo holístico que consiste em políticas, procedimentos, relacionamentos, comportamentos, atitudes e competências.

Vale ressaltar que na perspectiva do cuidado integral e do trabalho em equipe, tal como vem sendo analisada nas últimas décadas, a articulação entre a dimensão assistencial e gerencial do trabalho do enfermeiro torna-se cada vez mais necessária para assegurar a qualidade dos serviços. No que se refere à articulação, aspecto do trabalho que merece especial atenção neste estudo, ela é definida como “momento em que os agentes, ativamente, colocam em evidência as conexões ou nexos existentes entre as distintas ações e os variados saberes técnicos”. (Peduzzi 1998, p. 49).

Ao analisar os diferentes modelos de organização do trabalho de enfermagem para identificar o melhor modelo a ser aplicado, Tiedeman (2004) recomenda que mais pesquisas sejam realizadas para se chegar a uma conclusão, pois em seu estudo faz uma crítica severa em relação aos trabalhos já existentes, principalmente a respeito do rigor metodológico utilizado, o que impossibilita tirar conclusões sobre o impacto dos modelos quanto a qualidade do cuidado, custo e satisfação.

Na busca de material bibliográfico para estudar o processo de trabalho do enfermeiro, particularmente o modo como as questões relacionadas ao cuidar e ao gerenciar são abordadas e articuladas ou não, identificamos dissertações de mestrado e teses de doutorado que chamaram a atenção pela temática, similaridades e contradições, e por considerarem questões muito importantes na atualidade, tais como o papel dos enfermeiros junto à equipe de enfermagem, sua interação com os demais elementos da equipe de enfermagem e de saúde, as relações de poder que emanam dessas interações e a forma pela qual os enfermeiros mantêm o controle dos trabalhadores sob sua responsabilidade. Dando continuidade, buscamos autores para fundamentar conceitos utilizados na pesquisa, tais como o conceito de trabalho e, o processo de trabalho, bem como a introdução desses conceitos no campo da saúde e na área de enfermagem. Estes autores compõem o referencial teórico deste estudo apresentado adiante.

Para a pesquisa bibliográfica, utilizaram-se como fonte as bases de dados LILACS e BDENF, da Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme), os catálogos do Cepen, os unitermos: força de trabalho, enfermagem, hospital, processo, gerenciamento, trabalho, cuidado e os descritores “recursos humanos em saúde” e “recursos humanos em hospitais”.

Embora não tenha sido objetivo imediato de sua pesquisa, Castellanos (1987) conclui que o papel do enfermeiro não é indefinido na área de prestação de assistência à saúde no Brasil. Em seu estudo sobre o trabalho do enfermeiro em centro cirúrgico, a autora encontrou evidências que caracterizam a sua atuação como cuidado indireto. Ou seja, o objeto de trabalho do enfermeiro são as “atividades gerenciais e de ensino” enquanto “direção” que harmonize as diferentes atividades individuais (de todos os trabalhadores da instituição, médicos e não médicos) e que implemente as funções gerais necessárias para que se desenvolva o processo de assistência de enfermagem (processo de cuidado).

A autora afirma que o “administrar” do enfermeiro, em lugar de ser negado, deve ser tomado como um desafio, para que a organização tecnológica desses modelos de trabalho possa permitir um “cuidar” com qualidade e resolutividade e, além disso, provocar transformações nesse próprio processo de trabalho.

Neste estudo, Castellanos (1987) apresenta a insatisfação do enfermeiro de centro cirúrgico, pois gostaria de prestar cuidados diretos ao paciente e isso não ocorre, visto ter como objeto de trabalho o “cuidado indireto”, enquanto os circulantes ocupam-se do “cuidado direto”. A autora lembra ainda que o objeto do trabalho, no caso da enfermagem, é heterogêneo, uma vez que é diferenciado de acordo com o tipo de categoria de pessoal e o respectivo objeto do trabalho.

Pesquisando sobre o trabalho em saúde no hospital, Lima MADS (1998) identificou que o enfermeiro tem um papel coordenador nas atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde, envolvidos no cuidado do paciente. Este profissional articula, supervisiona e controla ações que são desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores da saúde, tanto pelo pessoal de enfermagem

como os profissionais de outras áreas de atuação. É o enfermeiro que interliga o trabalho da equipe de enfermagem e estabelece a articulação desta com os demais trabalhadores que compõem o processo de cuidado no hospital. O papel gerencial do enfermeiro é reconhecido e valorizado pelos demais agentes da equipe de saúde, que apontam inúmeras atividades nas quais a presença do enfermeiro se torna necessária e indispensável para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo.

Tomando como objeto a gestão hospitalar, Cecilio e Merhy (2003) apontam aspectos semelhantes a Lima MADS (1998). Os autores descrevem como estratégia para o sucesso da coordenação do trabalho das equipes, na lógica do cuidado o papel quase silencioso da prática da enfermagem que seria de garantir, no cotidiano, todos os insumos necessários ao cuidado. Apontam também que a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado. Entende-se, assim, que atribuem ao enfermeiro o possível papel de coordenador do cuidado na assistência hospitalar.

Ao investigar a suposta existência de um mito que confere subalternidade ao trabalho de enfermagem em relação à medicina, em instituições hospitalares, Lunardi (2000) assinala a coexistência de complementaridade entre os distintos trabalhos especializados e destaca a dimensão gerencial da atuação do enfermeiro. Nesse sentido, reconhece a gerência da assistência à saúde como um dos papéis do enfermeiro, que deveria estar articulada ao cuidado de enfermagem, portanto, apontando a administração como um caminho para a enfermagem.

Possivelmente só vai ocorrer a aceitação da administração da assistência global de saúde como uma das funções primordiais do enfermeiro quando esta for considerada como parte constitutiva do próprio exercício profissional, o que convenhamos parece ainda não ser a conduta predominante nem mesmo na enfermagem. O que parece haver é uma nítida tendência da grande maioria dos agentes e dos órgãos formadores de enfermeiros, por um lado, à negação da administração como parte constitutiva do trabalho da enfermagem e essencial do próprio cuidado e, por outro, uma busca de valorização do papel assistencial como se ambos fossem auto-excludentes e incompatíveis, não podendo ser complementares e, até mesmo, desejáveis. (Lunardi 2000, p. 190)

O estudo de Ferraz (1995), realizado em uma instituição hospitalar que tem uma estrutura nos moldes tradicionais, com organograma verticalizado, relações hierárquicas múltiplas, sobreposição de atividades e um contingente excessivo de trabalhadores, mostra que este cenário é mal compreendido pelos próprios enfermeiros que nele estão inseridos. Observam-se conflitos no cotidiano do trabalho dos enfermeiros, sobretudo pela falta de clareza das suas funções, o que, segundo a autora do estudo, leva à configuração de tensão no ambiente de trabalho, a ponto de o enfermeiro assistencial criticar sua chefia, porém, sem abrir mão das tarefas administrativas como escala e requisição de materiais, com medo de perder *status*. É interessante notar que esses conflitos também aparecem nos relatos dos auxiliares de enfermagem e dos médicos. Os primeiros referem a falta do enfermeiro junto ao paciente na prestação do cuidado e na orientação da equipe de enfermagem, e os médicos também expressam a expectativa de contar com o enfermeiro próximo ao cuidado do paciente. Alguns relatam, até mesmo, que não se incomodariam se os enfermeiros tomassem algumas condutas e assumissem alguns procedimentos.

Ferraz (1995) traz uma compreensão diferente acerca da relação entre a dimensão assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, na medida

em que propõe que os enfermeiros deveriam dedicar-se às atividades de gerenciamento do cuidado e deixar a gerência da unidade e da equipe de saúde para os profissionais de administração. Neste aspecto, em particular, a autora mostra um entendimento diferente dos demais autores citados acima, visto que atribui ao enfermeiro preferencialmente o gerenciamento do cuidado, enquanto os anteriores ressaltam o papel de coordenação e de gerenciamento de unidade para este profissional.

Em seu estudo, Lage (1999) também destaca o trabalho gerencial do enfermeiro. A autora descreve fidedignamente a rotina do trabalho de enfermagem do hospital estudado e distingue as atividades do enfermeiro como específicas e não específicas, classificando as atividades administrativas como específicas do enfermeiro, justificando que para desenvolvê-las utilizam-se princípios de administração. Cita também que este assunto é polêmico, com o que concordamos plenamente. Mais ainda, entendemos que essas polêmicas contribuem para que o processo de trabalho da enfermagem suscite interrogações para os próprios profissionais.

Nos trabalhos de Lage (1999), Lunardi (2000) e Rozendo (1995) o enfermeiro aparece como figura central nas unidades estudadas. Lunardi (2000) atribui isto ao fato de o enfermeiro ser detentor da quase totalidade das informações, ser o organizador do ambiente do cuidado, ser o guardião das normas e rotinas institucionais e ser o organizador da assistência na prática. Achamos este um aspecto interessante do trabalho do enfermeiro, pois talvez indique uma possibilidade de configurá-lo como coordenador do cuidado executado pela equipe de saúde, uma vez que o enfermeiro conhece o paciente, a família, a equipe médica e o funcionamento da unidade. Rozendo (1995) menciona que o enfermeiro seria um elemento



importante para “fazer funcionar” a instituição ao seu redor, visto que se concentram nela não só as atividades referentes ao serviço de enfermagem, mas também aos outros serviços.

Com base nas perguntas de pesquisa apresentadas inicialmente e na revisão de literatura, colocamos dois problemas de pesquisa correlatos para este estudo: a cisão ou articulação entre as dimensões assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro e a indefinição sobre a esfera de abrangência do trabalho gerencial do enfermeiro.

Ao considerar a centralidade do cuidado no trabalho de enfermagem, entendemos que as atividades gerenciais deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado. Assim, acreditamos que a cisão entre o assistencial e o gerencial compromete a qualidade da assistência e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde. Assim, consideramos importante, para o campo da enfermagem, conhecer de perto a prática dos enfermeiros nestas duas dimensões, assistencial e gerência, tanto no que se refere às concepções e representações dos profissionais envolvidos com o cuidado, quanto à organização do cotidiano do trabalho. Com esta investigação busca-se alcançar interpretações da realidade de trabalho que possam contribuir com esclarecimentos e permitir que o enfermeiro tenha uma maior clareza do seu processo de trabalho, bem como amenizar o sofrimento acarretado por conflitos entre as duas dimensões da prática analisada. Em síntese buscamos contribuir com a produção de conhecimento sobre a interface entre o processo de trabalho assistencial e o processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

### Pressupostos da pesquisa

O processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões complementares e interdependentes: assistencial e gerencial.

O processo de trabalho gerencial do enfermeiro expressa um conflito entre os aspectos burocráticos e a organização do trabalho visando à qualidade da assistência de enfermagem.

## **1.1. Objetivos**

### Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro de instituição hospitalar.

### Objetivos Específicos

1. Identificar e analisar a existência de cisão ou de articulações entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro.
2. Analisar a finalidade do processo de trabalho gerencial do enfermeiro.
3. Identificar a(s) prioridade(s) estabelecida(s) para o processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

## 2. Referencial teórico

Nesta pesquisa utilizamos como referencial teórico os estudos sobre trabalho em saúde e trabalho de enfermagem. Adotamos a categoria de análise trabalho em saúde ancorada nos estudos de Ricardo Bruno, Mendes Gonçalves e Emerson Elias Merhy produzidos no Brasil. Portanto, o trabalho é abordado na sua historicidade.

Na área de enfermagem, Maria Cecília Puntel de Almeida elabora a primeira tese utilizando a categoria analítica trabalho, em 1984, seguida de Graciete Borges Silva, em 1986, Cristina Melo em 1986, Brigitta Elza Pfeiffer Castellanos em 1987, Denise Pires em 1989, Elizabeth Laus Ribas Gomes em 1991 e outros.

Segundo Marx (1994) o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. 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. Atua assim sobre a natureza e modifica-a, ao mesmo tempo em que modifica a si próprio. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade.

Marx (1994) também analisa que os elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho; o objeto de trabalho; e os meios ou instrumentos de trabalho. O

objeto de trabalho tanto pode ser a matéria em seu estado de natureza (a terra, por exemplo); como objetos resultantes de trabalho anterior, as matérias-primas. Os meios de trabalho são os instrumentos utilizados pelo trabalhador, ou seja, o instrumental disponível que distingue as condições sociais nas quais se realiza o trabalho em um dado período histórico.

Liedke (1997), ao analisar o trabalho como categoria abstrata, o define como esforço físico ou mecânico, como energia despendida por seres humanos. A energia colocada em movimento (o trabalho) tem por resultado a transformação dos elementos em estado de natureza ou, ainda, a produção de bens ou serviços necessários à sobrevivência humana. Desta forma temos demonstrado apenas a dimensão física do trabalho, ou seja, após uma ação há uma transformação.

Mendes-Gonçalves (1992) destaca o trabalho em saúde como uma forma de trabalho humano mais facilmente desvinculada da idéia geral de “trabalho”, aparentando ser uma forma de atividade distinta, mais nobre, mais livre das imposições ou exigências materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do “mundo do trabalho” como algo pesado, sofrido, repleto das fortes e resistentes leis da necessidade e distante da criatividade e da liberdade. O autor conceitua trabalho como a atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energias conforme o fim buscado, de modo que o processo de trabalho humano distingue-se não pela presença de energia e sim pela atividade vinculada sempre a uma finalidade presente antes e durante o processo, chegando a um resultado que já existia antes na imaginação do trabalhador.

Temos então que o homem, como realizador deste processo, não coloca apenas a energia e obtém a transformação e, sim, pensa no que aquela ação se transformaria e

a partir daí age e obtém o que deseja, ou seja, existe a intenção de obter-se o “fim”. Trata-se de uma atividade teleológica, dirigida a um fim.

No que se refere ao trabalho de enfermagem, Almeida e Rocha (1986) lembram que na década de 1940, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos a situação dos hospitais era ruim, principalmente pela escassez de pessoal de enfermagem e também que houve uma mudança no discurso da enfermagem, que passa a criticar o trabalho por tarefas (modalidade funcional) e a introduzir a modalidade de trabalho em equipe. Desta forma, deslocava-se o foco de atenção, que estava centrado nas tarefas para o paciente. Assim sendo, o objeto de trabalho da enfermagem que é o cuidado ao paciente, é realizado pelos auxiliares e técnicos que devem utilizar canais de comunicação eficazes para que o enfermeiro possa ser comunicado sobre a evolução do paciente e para que possa fazer o plano assistencial a ser executado pelos funcionários. Porém, este trabalho torna-se fragmentado e o trabalho em equipe não é observado na prática. É no momento da discussão do modelo de organização do trabalho em equipe que são elaborados os princípios científicos que devem nortear os procedimentos de enfermagem, que ficarão sob o domínio do enfermeiro. No Brasil, na década de 1950, o ensino formal dos auxiliares de enfermagem incrementa-se e estes profissionais passam, em nível menor de complexidade, a dominar este saber, pois têm de prestar o cuidado de enfermagem para possibilitar aos enfermeiros a ocupação dos cargos de direção e o controle do pessoal auxiliar.

Embora os trabalhadores de enfermagem de nível médio passem gradativamente a executar atividades de maior complexidade, que requerem o domínio de um saber-fazer, este saber está centrado basicamente nas técnicas de enfermagem e são estes

agentes que encontram os maiores obstáculos e dificuldades para apropriar-se do saber constituído na área de enfermagem (Peduzzi e Anselmi 2002).

Em sua tese de doutorado, Castellanos (1987) utiliza a perspectiva do materialismo histórico para estudar o “trabalho” do enfermeiro brasileiro, com o objetivo de ter uma visão da totalidade desse objeto de investigação. A autora distingue os meios de trabalho em sentido estrito, referindo-se a coisas ou conjunto de coisas que o trabalhador interpõe diretamente entre ele e o objeto sobre o qual trabalha, e os meios de trabalho em sentido amplo, o que inclui todas as condições materiais que, sem intervir diretamente no processo de transformação, são indispensáveis para a realização do mesmo. Sendo assim, o “saber” passa a ser o instrumento de trabalho no sentido estrito, e o “hospital” é o instrumento de trabalho no sentido amplo.

Outra investigação também baseada no conceito de trabalho e na abordagem dialética propõe alguns pressupostos de pesquisa adotados na nossa análise. Lima MADS (1998) propõe como pressuposto que o processo de trabalho no hospital está organizado segundo a lógica do modelo clínico; que a estrutura de produção de cuidados de saúde está orientada para o atendimento individual curativo, com grande número de profissionais atuando de forma parcelar, constituindo um trabalho interdependente e complementar, no qual os agentes operam com saberes e tecnologias específicas enquanto meios de trabalho para manipular o corpo doente, objetivando sua recuperação; e que as instituições hospitalares constituem construções humanas que determinam o trabalho dos agentes.

O primeiro e segundo pressupostos apresentados acima permitem ao enfermeiro questionar o seu papel assistencial, uma vez que no modelo clínico de assistência

individual e curativa o médico ocupa posição central por ser o responsável pelo diagnóstico e terapêutica, e o enfermeiro tende à subordinação às ações médicas. Nesta modalidade de prática, o enfermeiro pode executar o cuidado na perspectiva holística, que é freqüentemente referida na área, com base em uma visão do paciente como um todo, através de uma abordagem histórico-social, na perspectiva da atenção integral à saúde. Porém, Lima MADS (1998) constatou que não existe a preocupação com a integralidade da assistência à saúde, pois a produção de cuidados estrutura-se por meio do parcelamento do corpo humano. Constatamos que, desta forma, não existe uma equipe trabalhando com a preocupação de integrar as várias disciplinas e áreas de atuação profissional, mas apenas profissionais de diversas áreas realizando atividades de forma isolada.

Vários autores, Almeida e Rocha (1986); Lima MADS (1998); Melo (1986) e Silva (1997) analisam que o processo de trabalho de enfermagem apresenta a característica de divisão técnica do trabalho, ou seja, a prática é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também esta execução parcelada a diferentes agentes. Almeida e Rocha (1986) acrescentam ainda que a prática de enfermagem não tem sido exercida em toda a sua extensão pelo enfermeiro, que perdeu este espaço, ou ainda não o conquistou, e que acaba assumindo o controle administrativo de cunho burocrático deste trabalho, distanciando-se das necessidades de cuidado dos pacientes.

É importante buscar na literatura como o conceito de cuidado vem sendo discutido. Primeiramente citamos Cecílio e Merhy (2003), que discute a integralidade do cuidado, assinalando que nas organizações de saúde em geral e no hospital em particular o cuidado é necessariamente multidisciplinar, pois depende da

conjugação do trabalho de vários profissionais. O autor entende cuidado em saúde como uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação e de disputa e que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

Segundo Mattos (2004), a integralidade, em uma primeira dimensão, refere-se à capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, porém de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, significaria buscar na sua rotina de trabalho as necessidades dos pacientes que vão além de sua queixa do momento e, para os serviços, significaria criar formas e adotar processos de trabalho que permitam oferecer, além das ações curativas, as ações de promoção à saúde e prevenção a agravos.

Portanto, a integralidade envolve

uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros e uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta. (Mattos 2004, p. 1414)

Fazendo uma retomada histórica, percebe-se que no início o século XIX houve a transformação e a expansão do sistema hospitalar, o que acarretou mudanças técnicas e sociais. Os cuidados de saúde, assim como a organização do sistema hospitalar, assumiu uma complexidade que requeria da enfermagem responsabilidade e competência que não eram encontradas nas religiosas e no pessoal não preparado que prestava serviços às ações médicas. Surgiu, então, na Inglaterra, com Florence



Nightingale, uma histórica reforma que iniciou a reelaboração da natureza do trabalho de enfermagem, imprimindo uma dimensão técnica ao trabalho, o que fez surgir a categoria de cuidados de enfermagem integrada à categoria mais ampla de cuidados de saúde. Porém, mesmo com esta reforma, a realização de atividades elementares de cuidados de enfermagem dependiam das decisões tomadas no nível médico (Lopes 2001).

Com base no conceito de integralidade, ou de atenção integral à saúde, observa-se que o cuidado de enfermagem está inserido na produção de cuidados da saúde. Segundo Lopes (2001), a dualidade existente entre a estrutura de cuidados e a estrutura de cura permitiu delimitar um campo específico do exercício de enfermagem e sua integração na divisão social do trabalho de produção de cuidados da saúde. No entanto, apesar da estrutura de cuidados surgir como o campo da enfermagem, não constitui um campo de exercício profissional autônomo, pois surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica.

Lopes (2001) também analisa duas vertentes no desenvolvimento histórico da enfermagem profissional. Uma voltada para o paciente, que caracteriza de forma mais direta o cuidado de enfermagem; e outra voltada para a instituição, em especial para o médico, não só porque este contexto organizacional constituiu desde sempre o lugar dominante da sua atividade e da sua formação, mas também porque é do trabalho que aí realiza que resultou a sua autoridade profissional.

Quanto à divisão do trabalho em saúde, Peduzzi (1998) analisa que cabe ao profissional médico a ação de curar, por meio do diagnóstico e da terapêutica, e à enfermagem, as ações de cuidado, instalando a referida dualidade curador-cuidador. Neste processo de divisão do trabalho, o médico tem a responsabilidade de

restauração dos parâmetros de normatividade biológica e de cura, e a enfermagem, a responsabilidade de cuidado no transcorrer dessa trajetória.

Tal como apontado anteriormente, vale destacar que o cuidado, que é o aspecto nuclear e mais característico do trabalho de enfermagem, desenvolve-se como um saber que compõe a prática como um instrumento do processo de trabalho, e configura-se como uma dimensão que o profissional precisa conhecer para executar seu trabalho de enfermagem. Este saber, com seu caráter de saber operante ou saber tecnológico, vai além de uma mera ação mecânica, visto que fundamenta a ação profissional.

Contudo, a enfermagem não construiu uma concepção de cuidado que vai para além da concepção clínica, ou que supere o modelo clínico, pois mantém marcantes influências da concepção médica de doença e de patologia, visto que ela configura-se, a partir do final do século XIX, como modelo hegemônico de atenção à saúde.

Wicks (1998) afirma que certamente os enfermeiros não aceitaram passivamente o domínio médico e da estrutura hospitalar. Entretanto, seus planos, intenções e expectativas foram moldados e construídos nos limites estabelecidos no desenvolvimento das estruturas de classe no final do século XIX. Segundo a autora, Florence Nightgale implanta um projeto de enfermagem com características próprias, mas subordinado ao domínio do modelo médico.

George (2000, p. 299) define cuidado de enfermagem como “o fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida” e, ainda, presume que o cuidado é o enfoque distinto, dominante, unificador e central

da enfermagem e que apesar da cura não poder ocorrer sem o cuidado, o cuidado pode ocorrer sem a cura.

Considerando que o cuidado caracteriza o núcleo do trabalho de enfermagem e, com base na literatura, entendemos que o cuidado de enfermagem é abordado e executado de duas formas distintas: o cuidado com foco no raciocínio clínico e nos procedimentos, e o cuidado ampliado que agrega os procedimentos à comunicação e interação com os clientes.

Partindo deste pressuposto, no presente estudo o conceito de cuidado em enfermagem será utilizado de uma forma ampliada, que vai além do raciocínio clínico e dos procedimentos técnicos, intimamente ligados ao modelo biomédico. Desta forma se destacam a comunicação, a interação, a capacidade de reconhecer quem é o paciente, como ele está se sentindo e como está inserido no grupo social a que pertence como aspectos inerentes ao cuidado. Sendo assim, percebemos que a enfermagem constitui prática que busca mudança e transformação na direção da atenção integral ou integralidade.

Para reforçar o conceito referido acima citamos Watson (1985), que buscou analisar as relações de cuidado entre enfermeiro e cliente ao tentar associar o cuidado de enfermagem a uma visão global do fenômeno saúde. Em sua teoria do Cuidado Humano, a natureza da enfermagem está relacionada a ajudar as pessoas a obter um grau mais elevado de harmonia entre mente-corpo-alma, gerando autoconhecimento, auto-respeito, autocura e processos de autocuidado. O enfermeiro, então, está engajado como co-participante nas transações de cuidado humano, propiciando ao cliente a possibilidade de progredir para níveis mais elevados de consciência, ao encontrar significado e harmonia na existência, através do uso da mente.

Nesse sentido cabe perguntar como o enfermeiro brasileiro executa este cuidado, ou seja, qual é a prática predominante no país. Alves (1998) aponta que o cuidado direto prestado por enfermeiros é fato raro nos serviços de saúde brasileiros e cita as dificuldades na qualificação de pessoal na área assistencial, em particular no caso da enfermagem. Afirmo que os enfermeiros têm sido cobrados muito mais pela função de gerentes de unidades de trabalho, responsáveis pela provisão de recursos e gerentes de equipes de enfermagem ou equipes multidisciplinares, o que, na visão da autora significa gerência de cuidados.

Ferraz (2000) analisa que, historicamente, na saúde e na enfermagem, os processos de cuidar e administrar quase não se tocam, correndo de forma paralela nas instituições hospitalares e que a aliança destes dois eixos constitui-se no cuidar gerenciando/gerenciar cuidando que coloca como sendo uma construção não dada para a enfermagem brasileira, mas que em tempos presentes é um novo paradigma que tem sido elaborado conceitual e operacionalmente. Corroborando com esta idéia, Prochnow, Leite e Erdmann (2005) afirmam que a enfermagem brasileira tem se empenhado na articulação entre as atividades administrativas e a integração com outros serviços, o que promoveria a integração que envolve o que denomina de espaço dos cuidados assistenciais e espaço da administração da assistência de enfermagem. As autoras analisaram o conceito de gerência do cuidado com base na Teoria Interpretativa de Geertz e mostraram que a enfermagem vem atuando de forma ampliada inclusive fazendo referência às atividades administrativas do enfermeiro voltadas para a gerência de unidade.

Frente a este contexto está traçado o desafio para que a enfermagem mostre sua razão de ser. Erdmann (1998) reforça esta afirmação, quando diz que

o grande desafio no gerenciamento do cuidado está em oportunizar ambiente e ações que propiciem um cuidado criativo, humano e de co-participação com as pessoas em relação nesse processo em que o aceitar, o decidir e o liderar centralizam as estratégias de gerenciamento.

Ressalta ainda que o gerenciamento ocorre de acordo com os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros disponíveis e que o gerente não deve apenas delegar, mas conhecer e viver a dinâmica do processo de cuidar e conhecer as pessoas que estão envolvidas neste processo e o ambiente. Finaliza pontuando que existe a necessidade de pensar e repensar as estratégias de gerenciamento utilizadas no processo de cuidado de enfermagem, para que este seja mais humanizado, priorizando o cuidado sem descartar as necessidades e os anseios dos indivíduos envolvidos no mesmo.

Observa-se, portanto, que o enfermeiro está inserido em organizações que impõem limites baseados em regras e normas que devem ser cumpridas e que dependerá da habilidade e do conhecimento deste profissional a possibilidade de promover a articulação entre os processos de trabalho gerencial e assistencial.

Segundo Willig (2002), o gerenciamento no processo de trabalho da enfermagem tem como foco principal a organização da assistência que se traduz como o planejamento de ações compartilhadas que permitirão ao enfermeiro conseguir que sua equipe desenvolva o trabalho de forma eficiente e com qualidade. Cita que é essencial que o enfermeiro se aproprie dos instrumentos gerenciais para transformar o processo de cuidar.

Felli e Peduzzi (2005) também analisaram que os objetos de intervenção do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem.

Dentre os instrumentos de gerenciamento em enfermagem pode-se citar o planejamento, a coordenação, o controle, a direção, a comunicação, a supervisão e a avaliação (Willig 2002). Felli e Peduzzi (2005) complementam este conjunto de ferramentas ao fazer referência ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, ao recrutamento e seleção de pessoal, à educação continuada e à avaliação de desempenho como instrumentos técnicos próprios da gerência.

Nesta pesquisa importa analisar, sobretudo nas dimensões assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, como estes instrumentos são operacionalizados de forma a articular estas duas dimensões, assistencial e gerencial, o que resultará no que entendemos por gerenciamento do cuidado.

### **3. Percurso metodológico**

#### **3.1. Caracterização do estudo**

Neste estudo optamos pela abordagem qualitativa, pois esta permite reconhecer a subjetividade como parte integrante do fenômeno social sem perder a objetivação do processo de investigação, tornando-se apropriada para o estudo da prática de enfermagem e das relações que se estabelecem entre os sujeitos no exercício dessa prática, uma vez que se busca compreender o significado do trabalho gerencial para os enfermeiros.

### 3.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado em um hospital privado localizado na região central da cidade de São Paulo, com capacidade para 198 leitos. Quanto à natureza jurídica, trata-se de um hospital privado que atende clientes de convênios e particulares e é especializado em procedimentos de alta complexidade como neurocirurgia, cirurgia cardíaca e cirurgia ortopédica de grande porte. É uma instituição ligada ao setor de saúde suplementar. São doze andares dispostos em um edifício principal e um prédio anexo com cinco andares. Os enfermeiros que participaram do estudo trabalham nas seguintes unidades de internação do prédio principal: segundo, terceiro e quarto andares, que atendem clínica médica e possuem dezessete apartamentos; sexto andar, que atende pacientes de cuidados paliativos e possui onze apartamentos. Do prédio anexo: primeiro andar, que atende clínica médico-cirúrgica e possui vinte e oito leitos de enfermarias distribuídos em quatorze quartos; segundo andar, que atende oncologia e hematologia e possui quatorze apartamentos; e terceiro andar, que atende pacientes de alta dependência e possui quatorze apartamentos.

O quadro de enfermagem é composto por 77 enfermeiros e 355 técnicos/auxiliares de enfermagem. A equipe é coordenada por uma enfermeira gerente que responde diretamente ao diretor geral do hospital. Hierarquicamente subordinados à gerente existem enfermeiros supervisores, que são responsáveis pela coordenação dos enfermeiros assistenciais que, embora tenham esta denominação, também executam atividades de gerenciamento.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é realizada no serviço no formato atual há aproximadamente cinco anos e é composta por exame físico, prescrição, evolução e relatório de enfermagem. O diagnóstico não está implantado, mas já está em discussão. A responsabilidade da prescrição e da evolução de enfermagem é dividida por turnos, ou seja, cada enfermeiro fica responsável, em média, por dez pacientes e a modalidade de cuidados seguida é o modelo de cuidados integrais.

### **3.3. Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa são enfermeiros assistenciais que trabalham na instituição há mais de doze meses e que possuem mais de vinte e quatro meses de formados - considerando, segundo nossa apreciação que é o mínimo de tempo que permite a integração do profissional com a instituição - lotados em unidades de internação no período diurno, tanto de clínica médica como clínica cirúrgica. Esses profissionais têm sob sua responsabilidade, em média, 20 leitos. Na escala de trabalho diário não existe divisão entre atividades assistenciais e gerenciais. Todos os envolvidos se disponibilizaram a participar do estudo.



### **3.4. Aspectos éticos**

A pesquisa teve sua realização autorizada pela instituição estudada (Anexo 1) e seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Anexo 2). Para todos os sujeitos foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) antes da realização das entrevistas. Portanto, esta pesquisa cumpre os preceitos éticos definidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

### **3.5. Procedimentos de coleta de dados**

Em função da natureza qualitativa da pesquisa, optamos pelo emprego de entrevista semi-estruturada, na qual o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas pelo entrevistador.

A entrevista é considerada por Thiollent (1987) como uma técnica que possibilita o contato efetivo com a pessoa envolvida no problema da investigação e que exige do entrevistador domínio científico do assunto a ser abordado, não podendo nunca realizá-la na base do bom senso, da intuição ou da típica ingenuidade das entrevistas comuns.

A entrevista semi-estruturada, salienta Minayo (1992), possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-

estabelecidas pelo pesquisador. Assim, julgamos sua utilização adequada, uma vez que possibilita obter, através do depoimento de cada um dos entrevistados, o conteúdo pretendido e necessário para a análise e interpretação à luz do referencial teórico e dos objetivos formulados.

As questões do roteiro (Anexo 4) foram aplicadas nas entrevistas realizadas pelo pesquisador com os sujeitos do estudo e gravadas em fitas magnéticas de áudio, posteriormente transcritas por um terceiro e conferidas pelo pesquisador. Este roteiro de entrevista teve inicialmente questões que caracterizaram os entrevistados, contemplando informações comuns como idade, sexo, tempo de formado e outros, e questões específicas como a descrição da trajetória profissional do entrevistado. A seguir foi solicitado ao entrevistado que descrevesse as atividades que realiza rotineiramente em um dia comum de trabalho; posteriormente foi solicitado que apontasse quais as atividades prioritárias desenvolvidas por ele neste dia de trabalho. Partindo-se do conteúdo apresentado nestas questões, perguntou-se quais as relações que ele percebe entre a execução das atividades assistenciais e gerenciais de seu trabalho e, finalmente, perguntou-se qual a finalidade que ele atribui às atividades gerenciais que realiza.

A pesquisadora foi treinada por sua orientadora antes de executar as entrevistas. Realizou um pré-teste com sujeitos que não pertencem ao grupo pesquisado, mas vivem a mesma rotina de trabalho. Este pré-teste foi aplicado para verificar a adequação do roteiro já mencionado e o desempenho como entrevistadora, em outra instituição que não a de estudo.

A pesquisadora sugeriu que a entrevista ocorresse em um lugar tranquilo da instituição, de preferência uma sala de reuniões onde não houvesse interrupções,

apresentou o objetivo da pesquisa, garantindo o sigilo, o anonimato e a isenção de represálias. Pediu autorização para efetuar a gravação e apresentou e explicou o termo de consentimento. Após o consentimento, o início da conversa ocorreu com a primeira pergunta, empregando-se as demais quando e se necessário. Como um dos entrevistados estava em horário de trabalho, houve necessidade de interromper uma das entrevistas, que foi retomada em outra data, a partir do mesmo item em que foi interrompida.

O deslocamento da pesquisadora até a instituição na qual o entrevistado trabalha teve como finalidade conceder ao mesmo algum controle sobre a situação de encontro.

### **3.6. Procedimentos de análise**

A análise e interpretação do material produzido nas entrevistas foi realizada mediante técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), buscando apreender os conteúdos representacionais relativos ao objeto em estudo.

Segundo Bardin a análise de conteúdo é

o conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagem. (Bardin 1977, p. 42)

Nesta pesquisa optamos especificamente pela técnica denominada “análise temática”, a qual possibilita a apreensão do significado contido na mensagem emitida pelo sujeito de pesquisa, chegando-se ao conteúdo latente.

Este tipo de análise é constituída por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretados.

Na pré-análise, o material das entrevistas foi transcrito e submetido à leitura flutuante, na qual privilegiamos o sentido global dos relatos. Foram elaboradas crônicas para contextualizar quem era o sujeito da pesquisa, mas estas não puderam ser disponibilizadas, pois poderiam levar à identificação dos sujeitos por parte da instituição estudada.

A seguir foi feita a leitura vertical de cada depoimento e depois a leitura horizontal de todos os relatos, com base na categoria de análise processo de trabalho de enfermagem. Os relatos foram numerados de acordo com a ordem cronológica da realização das entrevistas, portanto a primeira entrevista foi chamada de E 1 e assim por diante até a última denominada de E 10.

Na exploração do material foi feito o recorte e a escolha das unidades temáticas, elegendo-as e codificando-as para, então, compará-las e agrupá-las por afinidades. É possível extrair o que se caracteriza como processo de trabalho gerencial, configurado por atividades como organização do setor, conferência de materiais, conferência de escala de trabalho, controle de exames, etc. E o que se caracteriza como processo de trabalho assistencial, configurado por atividades de visita de enfermagem, execução de procedimentos técnicos e execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

No processo de trabalho assistencial observamos uma tensão e um movimento entre as atividades que se mostram ora assistenciais ora gerenciais, o que fala na direção de nossos pressupostos de pesquisa, ou seja, essas duas dimensões estão imbricadas e, a medida em que surge o imbricamento, é possível identificar o gerenciamento do cuidado, que aparece como categoria empírica, uma vez que alguns depoimentos mostram a existência de uma profunda integração/articulação entre o trabalho assistencial e o gerencial do enfermeiro.

A categoria empírica gerenciamento do cuidado envolve uma série de articulações dentro do processo de trabalho do enfermeiro, enquanto a categoria articulação dos diferentes trabalhos envolve o trabalho do enfermeiro e os diferentes trabalhos como médico, nutrição, psicologia e os demais trabalhos que resultam em benefícios para o paciente.

Portanto, as categorias empíricas do estudo são: processo de trabalho gerencial do enfermeiro, processo assistencial de trabalho do enfermeiro, interface entre o processo de trabalho assistencial e gerencial do enfermeiro, articulação entre os diferentes trabalhos especializados e gerenciamento do cuidado.

Demo (1985) entende que categoria de análise “é o instrumental conceitual básico de uma teoria qualquer, sem a qual a própria teoria não subsistiria”. Assim, as categorias analíticas seriam os conceitos de uma teoria.

Minayo (1992, p. 233) considera que

a interpretação exige a elaboração de Categorias Analíticas capazes de desvendar as relações essenciais, mas também de Categorias Empíricas capazes de captar as contradições do nível empírico em questão. A partir dos dados colhidos e acumulados o investigador se volta para os fundamentos da teoria para uma reflexão sobre os conceitos iniciais para colocação em dúvida das idéias evidentes

o que permite ao pensamento novo ser composto pelo pensamento antigo em uma nova perspectiva.

Finalmente, com as unidades temáticas classificadas, foi possível proceder à discussão com a literatura e à interpretação.

#### **4. Análise e discussão**

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro de instituição hospitalar, partindo de dois pressupostos do estudo que supõem que as atividades gerenciais e as atividades assistenciais aparecem de forma interdependente nesse processo de trabalho, ou seja, há possibilidades de cisão ou de articulação entre ambas as dimensões, assistencial e gerencial.

Inicialmente, apresentamos os resultados referentes a um conjunto de atividades gerenciais e a um conjunto de atividades assistenciais, que caracterizam as duas dimensões do processo do trabalho do enfermeiro – processo de trabalho gerencial e processo de trabalho assistencial. Estas atividades aparecem de forma não articulada, ora no processo de trabalho gerencial, ora no processo de trabalho assistencial, sem referência por parte dos entrevistados às conexões entre ambos os processos.

A seguir, são analisadas as atividades gerenciais e assistenciais que, embora referidas nos depoimentos como não sendo articuladas, aparecem de forma conexa, encadeadas umas às outras, o que, a nosso ver, evidencia a interface entre o processo de trabalho gerencial e o processo de trabalho assistencial do enfermeiro. Também são analisadas atividades do enfermeiro que mostram sua articulação com os

diferentes trabalhos especializados, trabalhos executados por profissionais de outras áreas que compõem a equipe multiprofissional de saúde. Por fim, são analisadas atividades que mostram articulação entre ambas as dimensões – gerencial e assistencial – situação de trabalho que denominamos de gerenciamento do cuidado.

#### **4.1. Processo de trabalho gerencial**

Com base no que identificamos na análise das entrevistas como atividades gerenciais que constituem o processo de trabalho gerencial do enfermeiro - como escala, remanejamento de funcionários, verificação de pendências, conferência e reposição de materiais - temos a preocupação de saber se estas são atividades pontuais, aparentemente sem a lógica do planejamento e da organização do trabalho ou se expressam o núcleo da gerência, entendendo-se gerência como um processo no qual é executado um conjunto de ações que visam a criar condições adequadas para que a assistência seja realizada com padrões de qualidade definidos para o respectivo serviço.

Percebemos que o gerenciamento de materiais é apontado com relevância entre as atividades citadas acima, que envolvem conferência e reposição de materiais e equipamentos, pois é comentado por nove dos dez entrevistados.

*“E aí, terminando a visita médica, eu já vou fazer a lista de material para o outro dia, para que não fique faltando no banho do dia seguinte. A gente deixa lá, porque, às vezes, à noite quando tem escara sacra, evacua, suja, aí o pessoal da noite troca, e quando chego no outro dia o*

*material não está lá. Então, terminando a passagem da visita, eu vou a todas as gavetas dos pacientes e olho todos os materiais que tiverem faltando TCM, Saniskim, Dermodex, lá usa muito, as fraldas, os pacientes usam muito, e medicação, se tiver alguma coisa que foi trocada, se tiver que entrar de imediato, esta que é a rotina. A gente vê também carro de parada. Esqueci de falar do carro de parada, assim que pega o plantão, vê o carro de parada e o livro de psicotrópicos.” (E 2)*

*“É, eu tenho que verificar, colocar o aparelho de... ehh, o carrinho de emergência, tem o torpedo, verificar o cardioversor, eu tenho que correr um eletro, pra ver se está funcionando, já olho pra ver se tem gel, todas essas coisa, se o torpedinho está cheio ou vazio, já verifico a geladeira, pra ver a temperatura, vai anotando, já vou ver psicotrópicos”. (E 4)*

Castilho (2002, p. 2) comenta que

diante das políticas de saúde, dos aspectos legais, do montante financeiro que os recursos materiais representam para as instituições e da grande diversidade que exigem amplo conhecimento técnico para administrá-los, os serviços de materiais das instituições de saúde necessitam do auxílio de outros serviços, principalmente da enfermagem.

Comenta ainda que, embora não conte com dados estatísticos, sabe-se que a maior quantidade de materiais e equipamentos dos serviços de saúde estão sob a responsabilidade dos enfermeiros e que há a preocupação da criação de um sistema de gerenciamento de materiais, com o objetivo de organizar esses recursos para facilitar a assistência de enfermagem.

Os relatos mostram que, além da grande preocupação com o controle do material, há também a preocupação com o controle de equipamentos. Este gerenciamento de materiais e equipamentos expressa tanto a preocupação com a



qualificação da assistência de enfermagem, como com o gerenciamento de custos para a instituição.

*“Geralmente tem muita bomba no andar. Bomba de infusão. Aí isso de manhã, é o que eu vivo falando. Tem as bombas no andar, de infusão, que tem que estar ligadas, não podem ficar desligadas da tomada. Se eu emprestar alguma bomba, algum equipamento, já passo no plantão também, emprestei alguma bomba, está no andar tal. Então a gente sabe para onde foi a bomba.” (E 7)*

*“[...] a gente gerencia para manter uma ordem, para ver gastos. Se a gente está gerenciando o ambiente, é pra tudo correr na perfeita ordem. Para que o paciente tenha uma assistência boa, porém, temos que ver os gastos, a gente tem que gerenciar, às vezes eu vejo o pessoal fazendo alguma medicação que despreza tanto, aspira com isso, depois pega, troca uma agulha, só pra... A gente tem que estar vendo dessa forma. Vendo o tanto que se gasta e manter uma ordem no local, manter um bom funcionamento, pra não ter um andar que gere dificuldades para o hospital.” “Então, a gente tem que dar uma assistência, mas também pensar de uma certa forma para as coisas andarem.” (E 1)*

As atividades de controle de recursos materiais passam a ser associadas também a atividades de controle de custos. Considerando que o enfermeiro é o membro da equipe de saúde que detém o controle de materiais das unidades em que trabalha, a medida em que o controle de custos ganha importância, é esperado pelas instituições que o enfermeiro assuma também o controle de custos.

Em sua pesquisa, Oliveira (2001) identifica, a partir de 1966, a existência de produção científica internacional de custos em enfermagem. Considerando-se a distribuição geopolítica desta produção, há predominância de estudos norte-americanos. Esta pesquisa indica ainda que o enfermeiro pode ter no controle de

custos um excelente instrumento para alocação de recursos e gerenciamento do serviço e que, em 1993, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), em um documento intitulado “A qualidade, os custos e a enfermagem”, revelou que diante da expansão dos custos com a saúde e a necessidade de contê-los, devido à escassez de recursos para atender as necessidades de saúde da população, cada vez mais os enfermeiros, no mundo todo, estão sendo envolvidos, em seus locais de trabalho, em questões relativas a custos da assistência.

Observa-se que esta preocupação com materiais e equipamentos faz o enfermeiro desenvolver atividades que envolvem controle e planejamento.

*“[...] particularmente na segunda-feira, eu tenho que fazer o pedido de material, no setor, para todos, da semana. É o enfermeiro quem faz. Então eu vou lá, faço a minha auditoria no meu setor, verifico com os funcionários e você percebe que um ou outro material está sendo utilizado um pouco pra mais, é porque os pacientes mudam na verdade e você utiliza um pouco mais de material específico de alguma coisa. Passo para a escriturária o pedido, e aí ela desencadeia, solicita o pedido. É pedido semanalmente.” (E 3)*

*“Aí eu começo a controlar as coisas, porque a gente tem que controlar os psicotrópicos. Controlo os psico, controlo o material. Então eu começo a ver o material que eu tenho, para curativo. Eu digo que a enfermeira tem que ter bola mágica, a enfermeira tem que saber tudo o que vai acontecer amanhã.” (E 6)*

Dentre as atividades gerenciais, a elaboração da escala também deve ser considerada. Anselmi (2000) identifica a área de enfermagem como detentora de autonomia e poder decisório no que se refere ao planejamento, coordenação e

organização dos processos assistenciais e da gestão de pessoal de enfermagem. Portanto, cabe ao enfermeiro responsabilizar-se pela escala mensal ou diária.

Assim sendo, a escala consiste em uma atividade que faz parte do cotidiano gerencial do enfermeiro e é entendida por nós como um instrumento de organização e divisão do trabalho. Peduzzi e Ciampone (2005) citam que a divisão técnica do trabalho refere-se ao parcelamento dos processos implicados na execução do produto, em várias operações realizadas por diferentes profissionais. A escala como atividade gerencial também aparece com relevância, sendo referida em oito relatos.

*“Recebo plantão, faço escala, apesar da escala já ser uma escala definitiva, é semanal, uma escala fixa, eu tenho que remanejar ainda, porque como é enfermagem, o setor que eu trabalho, então tem muitos leitos que não são ocupados. Então, feita a escala, já direciono os funcionários para tais funções como o material da central, na central de material esterilizada, vejo se tem alguma pendência, que eles passam, procuro exames, vejo os exames, vejo o jejum, tudo o que tem, os exames que tem que ser colhidos, a cobrança, e organizando tudo, conferência do carrinho de parada logo no início do plantão, tem que conferir o torpedo, os lacres, tudo direitinho.” (E 1)*

A escala mensal é definida por Massarollo (1991) como a distribuição dos profissionais da equipe de enfermagem, durante todos os dias do mês, segundo os turnos da manhã, tarde e noite, e freqüentemente compete ao enfermeiro da unidade sua elaboração. A escala diária, também denominada de escala de atividades ou de serviços, objetiva dividir as atividades de enfermagem, diariamente, de maneira equitativa entre os integrantes da equipe, a fim de garantir que a assistência de enfermagem seja prestada e de evitar sobrecarga para alguns funcionários e ociosidade para outros.

*“[...] tem onze pacientes na unidade de internação. E eu tenho nove na outra unidade. O sexto andar acoplado, e aí eu confiro isso, os dois, e faço a escala diária de serviço. No meu setor agora, eu estou fazendo diário, porque tem muita rotatividade, tem que sair, para cobrir outros setores, então não dá para fazer uma escala semanal, e também tem uns pacientes que são muito pesados, para gente deixar, de repente, do um ao cinco, um funcionário pega cinco pacientes superpesados e o outro pega sem nada.” (E 9)*

Os relatos mostram a preocupação do enfermeiro com as condições de trabalho para a equipe poder prestar a assistência de enfermagem sem sobrecarga de trabalho, porém, não comentam a preocupação com as necessidades de cuidado do paciente, o que mostra que é priorizado o trabalho da equipe para o funcionamento da unidade em detrimento do cuidado ou necessidade do paciente. Contudo, ambos os aspectos, o cuidado do paciente e o cuidado da equipe de enfermagem, estão relacionados, pois a qualidade do cuidado dependerá também das condições de trabalho do profissional de enfermagem.

Os malefícios da sobrecarga de trabalho trazem a necessidade de estudar como as equipes de enfermagem deverão estar constituídas. Para isto Kurcgant, Cunha e Gaidzinski (1989) definem que dimensionar o pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender direta ou indiretamente as necessidades de assistência de enfermagem da clientela. Quando não houver dimensionamento adequado, o enfermeiro se sentirá sobrecarregado no trabalho e priorizará a atividade assistencial, realizando-a de forma mais rápida, sucinta e apressadamente.

*“É, tem dia que nós ficamos em dois andares. Aí não é tão detalhado quanto. É uma visita mais rápida, uma pendência, às vezes eu não evoluo quando fico em dois andares, porque realmente pelo tempo, é meio período, não dá, tem plantões, hoje por exemplo, está calmo, mas tem dias que é muito tumultuado, realmente não tenho como, fica uma evolução, mais sucinta, uma evolução, quando estou em dois, alguma intercorrência eu anoto e procuro ver as intercorrências quando estou em dois andares. Mas geralmente em um andar é feito tudo completinho, checagem de todos os materiais, todas evoluções, tudo completinho. E sondagem no andar eu não deixo os funcionários, é somente a enfermeira mesmo, até pego no pé, é sondagem gástrica, enteral, claro que é função da enfermeira, é de alívio também, eu que estou indo atrás, ele só tem a função de solicitar o material, deixar preparado, e eu vou lá e faço.”*

*(E 1)*

A análise do mercado de trabalho em saúde no Brasil, realizada por Vieira e Oliveira (2001), aponta que há uma concentração histórica de postos de trabalho para os enfermeiros nos hospitais, o que constitui seu maior mercado de trabalho. Porém, considera também que o setor privado de saúde constitui ainda um mercado de trabalho restrito para os enfermeiros, considerando sua capacidade instalada. Preocupa-se ainda com as reestruturações do mercado de trabalho que levam à precarização de contratos com perdas de direitos trabalhistas, os quais comprometem a cidadania dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros. Em consulta às estatísticas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, observamos que no Estado de São Paulo, em 06/05/06, o número de enfermeiros é de 42.631, o de técnicos de enfermagem é de 49.271 e o de auxiliares de enfermagem é de 182.684. Assim observamos que a classe dominante ainda é a de auxiliares de enfermagem. Podemos compreender então a necessidade da dedicação do enfermeiro às atividades gerenciais, uma vez que os auxiliares e técnicos dominarão as atividades técnicas do

cuidado. A escolha do Estado de São Paulo para ilustrar a questão da distribuição das categorias profissionais se deve a ser este o Estado com a maior força de trabalho de enfermagem e a unidade da Federação na qual localiza-se o município estudado (Vieira, Amâncio Filho e Oliveira 2004).

Como forma de diminuir a sobrecarga de trabalho e sobrar mais tempo para o cuidado do paciente, o enfermeiro também pode delegar atividades. A delegação é parte integrante do processo de divisão do trabalho e é entendida por Maximiano (2000) como a transferência de poder de decisão para a execução de tarefas específicas. Considerando que a atividade de delegar funções para membros da equipe de enfermagem faz parte do cotidiano das atividades do enfermeiro, ressaltamos que isso não emergiu nos relatos como um aspecto rotineiro do trabalho.

Gerenciar conflitos também faz parte do processo de trabalho gerencial do enfermeiro. Os relatos mostram momentos em que o enfermeiro coloca-se como mediador em um espaço tensionado entre o paciente e o médico, por exemplo, quando recebe uma reclamação do atendimento médico.

*“Eu acho que se há certas coisas que podemos resolver, tudo bem, se não. Aí no primeiro momento, eu falei: o que eu faço? A paciente está reclamando do médico. Mas o médico é tranqüilo, sabe? É, cada um tem uma forma, mas, enfim... O paciente reclamou do médico, não foi o primeiro dia que ela tinha reclamado, porque eu não trabalho aos sábados eu folgo e ela estava reclamando desde sexta-feira. Aí, sábado, foi tolerando e domingo, a gota d’água. Ela arrumou as coisas e estava querendo ir embora. Eu falei ‘gente, e agora’. Porque às vezes a gente procura as outras pessoas que são capacitados para tal, e resolvem este tipo de problema, mas naquela situação eu falei assim ‘não tem ninguém hoje, ou eu ou o que vão fazer’. Aí fui lá no quarto, conversei com a paciente, ela falou ‘não, não vou ficar aqui’, é uma paciente que tinha*

*esclerose múltipla, ela falou 'olha, eu fiz uma ressonância, não soube do meu resultado até agora, o médico não veio falar comigo'. Eu falei 'não, não é assim, conversa com o médico primeiro, ele passa o resultado, vamos conversar direitinho, ele passa'. Tentei amenizar, naquele primeiro momento. Ela falou 'não, não, mas eu já estou pedindo alta a pedido, só estou vendo se no hospital X tem vaga. Eu falei: 'não, para a senhora sair daqui, o médico tem que fazer contato, aí a senhora disse 'eu assino qualquer coisa, eu vou me embora.' Eu falei 'ah, direito ela até tem, se ela assinar aqui e sair.' Mas eu falei, 'não, se ela sair reclamando do médico, eu vou ligar para o médico e pronto, ele que vai resolver'. Liguei para o médico: 'Doutor tem uma paciente reclamando disso, disso...' Ele falou assim 'não, ela não me falou nada, eu não estou nem sabendo'. Então ele falou assim: 'eu vou lá no quarto'. Passei, essa noite segurou, a paciente ficou segura, resolveu aquilo lá [...]'" (E 1)*

Observamos que o enfermeiro utiliza os recursos de articulação e de mediação entre o médico e o paciente, de modo a preservar a relação institucional, personalizada na relação médico-paciente, e simultaneamente presta cuidados ao paciente no sentido de tranquilizá-lo. Cabe perguntar se o enfermeiro tem consciência desse duplo movimento analisado por Lopes (2001), ou seja, o trabalho do enfermeiro voltado para a instituição, preservando a relação cliente-serviço e o trabalho voltado para o cuidado com o paciente, e se problematiza estes dois movimentos no sentido de qualificar a assistência de enfermagem.

É importante também assinalar as relações de subalternidade do trabalho do enfermeiro relacionada ao trabalho médico. Lopes (2001) analisa que é a partir dos anos 1950/60 que a noção de cuidar deixa de centrar o foco na relação da doença, o que chama de modelo curativo, passando o foco para o modelo de saúde com ênfase na prevenção da doença e promoção da saúde, processo este que permite identificar um deslocamento do cuidado com a doença para o cuidado com a prevenção e

promoção da saúde. Nesse processo observa-se também um deslocamento no trabalho da enfermagem que sobrepõe a relação com o doente à centralidade até então conferida à relação com o médico, processo no qual abrem-se possibilidades de questionamento do modelo biomédico e de construção de cuidado integral de enfermagem já mencionado. Segundo nosso entendimento deste processo de deslocamento, à medida que vai ocorrendo a mudança de abordagem do processo saúde-doença, vão ocorrendo deslocamentos simultâneos e a enfermagem pode articular cada vez mais o trabalho gerencial ao trabalho assistencial com foco na integralidade, o que tende ao gerenciamento do cuidado.

Mediante estes deslocamentos nos chamam a atenção as fala: “[...] eu tenho que defender o hospital [...]” (E 1), que demonstra como é forte o compromisso com a instituição, e “[...] graças a Deus o médico compreendeu, ele é supertranquilo, e foi solucionado [...]” (E 1), que mostra quanto a presença do médico é determinante na conduta do enfermeiro. De fato, há também, nestas expressões, um movimento em relação ao paciente. Portanto, um dos focos de trabalho é o paciente, e fica claro que o outro é a instituição, e, neste último, a relação com o médico é privilegiada.

Observamos que o enfermeiro utiliza articulação, fazendo a mediação entre o médico e o paciente e consideramos que a finalidade desta atividade é preservar as relações institucionais. Contudo cabe compreendermos também o modo como é executada a mediação, isto é, se de forma meramente burocrática ou como um espaço de autonomia, no qual a enfermeiro tem a iniciativa e toma a decisão para qualificar a assistência e favorecer o paciente, preocupando-se com a qualidade do trabalho que executa.



*“Então tem que conversar muito com as famílias, dar um respaldo para a família, que isso é muito importante, eles cobram muito. A visita médica – ah o médico ainda não passou – e tem isso prescrito, então assim, tudo isso nós que vamos atrás porque é o cuidado, mas é o gerencial também.” (E 1)*

Preservar a relação da clientela com a instituição é uma ação gerencial, que deve ser feita e, na medida em que está dirigida ao paciente, tenderá a ser menos burocrática e mais centrada no bem-estar do paciente e na qualidade do serviço prestado.

É importante sinalizar que além do cuidar e do gerenciar, vários autores mencionam também o educar no desenvolvimento do processo de trabalho do enfermeiro (Fracolli e Granja 2005, Magalhães e Duarte 2004, Kirchhof 2003, Erdmann e Pinheiro 1998 e outros). A dimensão educativa está presente tanto nas ações voltadas para o paciente, sobretudo nas instituições hospitalares e na educação em saúde na atenção básica, como nas ações voltadas para os trabalhadores de enfermagem, particularmente na supervisão e na educação continuada. Nessas duas últimas atividades, a educação é entendida como instrumento do gerenciamento em enfermagem. Contudo, apenas um dos relatos refere-se à educação dos trabalhadores em serviço como ferramenta utilizada no processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

*“É feita a divisão, eles subdividem em alguns pacientes, eu vou um por um assim: ‘olha, esse paciente tem que tomar cuidado, a fração de injeção lá dele, eu vi no ecocardiograma é um pouco mais rebaixada, cuidado quando ele for tomar banho, ele tem que tomar banho na cadeirinha, ficar observando o padrão respiratório dele, que ele vai se*

*cansar com mais facilidade'. Quando é erizipela, então tem alguns toques específicos, que eu dou para cada um deles.*

*E quando o paciente pergunta alguma coisa no quarto que eles têm um pouquinho de dificuldade, que ele te chama e que você explica como é que é o exame, a fisiopatologia da coisa, que é importantíssimo, na minha opinião, o paciente sente extrema segurança em você. Pronto, estou tranqüilo. E o feedback com o funcionário que eu não tinha percebido, ele é extraordinário, porque ele tenta melhorar também, ele sente a necessidade de ele ter a participação dele como profissional de enfermagem, profissional assistencial ali, ele quer colocar a 'cereja' dele na assistência. Que ele é importante, que ele faz diferença, ele não quer se esconder atrás de mim, e eu trago ele para fora, para que ele mostre realmente esse potencial que ele tem. Faço a visita de cada um, se tiver um raio X eu pego e falo 'está vendo aqui como está esta imagem embaixo mais condensada? Então esse paciente está muito cansado, então tem que, se tiver inalações é importante que ele faça, para que abra mais o alvéolo'. ...Porque não pode atrasar o remédio, tudo, eu faço mil 'porquês' por dia, 'mas por quê?' Aí, no começo, eles se sentiam testados, e com o tempo eles perceberam que não é nada disso, só pra gente se enriquecer. Aí eu faço desenhinho, de gráfico, de meia-vida, faço desenhinho de pulmãozinho para eles entenderem alguma coisa, etc. E por aí vai o plantão, um a um. Então eu passo no, por exemplo, 51, que é meu quarto, e vejo alguma coisa, volto lá em você, mas só espero para falar, como sei que é você que está checando as medicações, eu falo pra todos, porque qualquer um pode atender aquela campanha também. Então se eu falar que você tem que ter um cuidado especial com aquele paciente, que ele está depressivo, está carente, ele precisa de um pouco mais de carinho, é para todos ouvirem, não é só para o João ou José. Então todos que entrarem naquele quarto têm a obrigação de saber que eu chamei atenção para aquilo e que a assistência dele tem que ser diferenciada e especificada para aquele problema que eu passei." (E 3)*

A educação em serviço dos trabalhadores de enfermagem é executada através da educação continuada, é compreendida por Peres, Leite e Gonçalves (2005, p.139) como

um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para a profissão e para a sociedade.

O conceito de educação permanente, debatido recentemente no campo da saúde e da enfermagem, também merece destaque, uma vez que é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores. Foi introduzido pelo Ministério da Saúde como política de recursos humanos a partir da portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004. Ceccim (2004, p.161) define educação permanente como

o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho, ou da formação, em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzido no cotidiano.

Outro instrumento gerencial que merece destaque é a atividade de supervisão. Entendida como responsável por promover a reflexão e a discussão sobre a execução da prática com base no acompanhamento do cotidiano de trabalho, não aparece nas entrevistas e é lembrada apenas em referências à sua dimensão de controle. Em seu estudo bibliográfico sobre supervisão, Silva (1991) sintetiza como compreende esta atividade e aponta o que chama de “características centrais”, ao considerar que ela é necessária e importante quando se trata do ensino de trabalhos vivenciais, como é o caso da atenção à saúde, que implica relações entre atores sociais que, no processo de criação e reconstrução da vida social, constituem-se sujeitos, pessoas com seus

próprios modos de vida. Além do ensino, a supervisão também expressa o controle que se direciona ora para o trabalhador, ora para o processo de trabalho, na verificação de se o que foi realizado ou alcançado responde às necessidades sociais, e ainda como uma função essencial, na saúde, quando assume seu caráter político de intermediar os níveis centrais (planejamento) com os níveis básicos (execução dos programas assistenciais e de atendimento à população).

Um de nossos depoentes deixa clara a preocupação em verificar se o que foi realizado condiz com as necessidades determinadas pela instituição, corroborando com nossa análise no sentido de que a supervisão dá destaque à atividade de controle.

*“E esse horário, é um horário em que eu já pego as prescrições novamente, vou pegar um a um, isso é uma rotina, não é nossa, a gente faz. É do hospital. E a gente checar, se foi feita anotação do paciente, se foi checado a folha de gastos, e a prescrição, se foi checada. Isso é uma rotina que em todos os andares a gente tem que fazer. Se não checou a medicação, folha de gastos. Isso é uma rotina que a gente está fazendo. Então vou pegar todos prontuários por volta desse horário, 11, 11:30, mais para o final mesmo. Às vezes 11:45 é o horário que eu vou estar pegando o prontuário, que aí vai ter que ser no final do plantão mesmo. Depois que eles anotaram tudo, que aí eu vou estar verificando. Aí a gente carimba e assina todas essas folhas. A prescrição médica onde eles vão digitar as medicações, a anotação deles e a folha de gastos. Essa é uma rotina. A gente faz em todos os andares, toda unidade que a gente passa.” (E 7)*

Se, por um lado, a supervisão e a educação continuada estão ausentes ou são referidas apenas por alguns depoentes, por outro lado, o controle ou verificação de pendências aparece, em quase todos os relatos prioritariamente após a passagem do plantão.

*“Bom, eu chego 12:30, a enfermeira me passa o plantão, a gente já tem uma planilha onde anotamos as informações mais plausíveis, para tarde, exames, o que vai ter, e avaliações, aí eu já anoto tudo o que ficou pendente, e o que ela já solicitou e eu preciso verificar, a gente troca algumas informações, paciente, tratamento dele e tal, de família, de outras coisas [...]” (E 9)*

Castellanos (1987) analisa que o processo administrativo é o mais presente no cotidiano do trabalho do enfermeiro, mas é negado por eles com a justificativa de que devem atuar no cuidado direto. Sugere que o enfermeiro veja o papel de administrar como desafio, pois dele depende um cuidar com qualidade e resolutividade, sendo a supervisão do processo de trabalho outro desafio.

Também estão ausentes dos relatos dos enfermeiros sobre seu cotidiano de trabalho outros instrumentos gerenciais como a avaliação de desempenho, a avaliação do serviço e a saúde do trabalhador.

A avaliação de desempenho é importante, pois o enfermeiro trabalha em equipe e faz um acompanhamento das atividades através da supervisão. Dessa forma, é necessário que haja um momento mais formal de avaliação, um momento educativo no qual o avaliado terá retorno positivo ou negativo de como está seu desenvolvimento. A avaliação de desempenho poderá gerar ainda um projeto para a melhoria das deficiências e auxiliar na promoção do crescimento profissional e pessoal. O esperado é que tivéssemos processos de avaliação de desempenho integrados com os processos de avaliação de serviço, “considerando que a qualidade dos resultados da organização são consequência do desempenho humano”. (Peres, Leite e Gonçalves 2005, p. 148)

Também não podemos deixar de citar a qualidade de vida no trabalho em enfermagem, para a qual a saúde do trabalhador será sua expressão de qualidade, visto que os trabalhadores estão expostos a várias cargas de trabalho, que poderão gerar acidentes e doenças relacionadas a este trabalho (Felli e Tronchin 2005).

Considerados os objetivos do estudo, observamos nos relatos dos entrevistados que o aspecto menos explorado foi a concepção de gerência, pois esta sempre aparece associada à assistência de forma articulada ou não articulada. Assim sendo, não foi possível identificar uma concepção clara de gerência em todos os relatos, e naqueles em que foi possível identificá-la, ela sempre aparece como instrumento da assistência.

Em nossa concepção, a gerência é entendida como um instrumento para qualificar o processo de trabalho assistencial, ou seja, representa um conjunto de atividades que buscam criar e manter condições adequadas para que a assistência possa ocorrer conforme o projeto da instituição (Mishima et al. 1997).

Nos relatos foram identificadas três concepções de gerência. A primeira aponta para a gerência como instrumento do processo de trabalho assistencial que permite tanto uma boa assistência ao paciente como o bom funcionamento da instituição.

O excerto abaixo já foi referido no que diz respeito ao gerenciamento de materiais e custos e reaparece agora mostrando uma concepção que mostra que ao mesmo tempo em que o enfermeiro está preocupado em gerenciar para a garantir a qualidade da assistência de enfermagem, ele está preocupado em garantir, através do gerenciamento, o bom funcionamento da instituição.

*“A gente gerencia para manter uma ordem, para ver gastos. Se a gente está gerenciando o ambiente, é para tudo correr na perfeita ordem. Para*

*que o paciente tenha uma assistência boa, porém, temos que ver os gastos, a gente tem que gerenciar, às vezes eu vejo o pessoal fazendo alguma medicação que despreza tanto, aspira com isso, depois pega, troca uma agulha, só pra... A gente tem que estar vendo dessa forma. Vendo o tanto que se gasta e manter uma ordem no local, manter um bom funcionamento, para não ter um andar que gere dificuldades para o hospital.” “Então, a gente tem que dar uma assistência, mas também pensar de uma certa forma para as coisas andarem.” (E 1)*

A segunda concepção considera a gerência uma atividade de cunho burocrático. Percebemos, porém, que no excerto abaixo a concepção de burocracia não aparece de forma clara, pois se refere apenas ao preenchimento de formulário, sem considerar a sua finalidade em relação ao cuidado do paciente, isto é, a utilização da burocracia para garantir a racionalidade da organização, no sentido de estabelecer a adequação dos meios aos fins pretendidos para assegurar a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos (Chiavenato 1993).

O enfermeiro relaciona o gerenciamento à qualidade da assistência de enfermagem. No entanto, não valoriza a notificação da flebite, interpretando-a como burocracia no sentido restrito do registro de ocorrências.

*“Eu acho que o gerenciamento é um dos responsáveis por levar qualidade na assistência. Pelo enfermeiro que está lá, você sabe a qualidade da assistência que você vai ter. Mas eu não gosto, porque eu detesto burocracia, essa rotina burocrática me incomoda bastante, porque não é só o meu serviço. Às vezes a gente tem que invadir algumas outras áreas. Então isso me incomoda, até porque eu acho que seis horas, o tempo acaba sendo curto, para o tanto de tarefas que a gente tem, e acaba penalizando na parte burocrática. Por exemplo, aqui nós temos um serviço de notificação, já implantado, de algumas intercorrências. Por exemplo, se eu verifico uma flebite, uma coisa*

*assim, tem uma folha para a gente preencher. Eu não tenho tempo para aquilo. Então acabo não dando prioridade para isso. E seria uma coisa importante, porque a chefia saberia.” (E 8)*

Almeida e Rocha (1986) referem que as organizações esperam que as enfermeiras desenvolvam não somente atividades administrativas relativas à coordenação da assistência de enfermagem, mas também atividades relativas ao controle gerencial e burocrático de toda a unidade de serviço, sem necessidade, muitas vezes, de um domínio do saber de enfermagem para desempenhar tais tarefas. Lembramos também, como já citado pelas autoras em 1986, que vinte anos depois o número dos enfermeiros ainda é significativamente menor que o número de auxiliares e técnicos de enfermagem, o que pode justificar a prevalência do desenvolvimento de atividades burocráticas por enfermeiros, uma vez que as instituições atribuem-lhes este controle visto, que respondem formalmente pelo desempenho da equipe de enfermagem.

No próximo relato podemos perceber a concepção burocrática da gerência, uma vez que, para a depoente, administrar seria seguir o protocolo do hospital.

*“Administrar é administrar todas as rotinas, mesmo. Fazer com que elas aconteçam. Ter uma rotina, fazer com que ela aconteça, botar em prática todo atendimento, todo protocolo. Assim mesmo. Mas seguindo o protocolo do hospital, você está administrando, pondo em prática determinada rotina. No gerenciamento, gerenciar, né? Está vendo todos aqueles resultados dessa administração.” (E 7)*

A análise da concepção burocrática de gerência mostrou conflitos entre duas finalidades: a execução de atividades burocráticas e a organização do trabalho



visando à qualidade da assistência de enfermagem. No relato a seguir identificamos que o depoente entende que ele fica distante do paciente quando realiza atividades que chama de administrativas, e o tempo todo oscila entre a execução destas atividades e das atividades assistenciais. Atribui a si próprio a condição de enfermeiro assistencial, porém não deixa de gerenciar, assim, podemos afirmar que, nesta concepção, o gerenciamento consiste na execução das atividades gerenciais como um fim em si mesmas, e não com a finalidade de qualificar a assistência.

*“Eu entendo ficar meio que distante do paciente, a parte administrativa. A gente tem a parte administrativa também, mesmo sendo assistencial, que seria o SAE, estar evoluindo, vendo o que está faltando na unidade. Apesar de que no período da tarde a gente não faz pedido nenhum, de material. Isso é tudo feito pelo período da manhã. Então eu fico mais para saber o que está realmente faltando, para deixar anotado para o dia seguinte, no caso, se for alguém pedir alguma coisa, se estiver faltando material, para eles estarem disponibilizando isso pra gente. Mas... eu acho que... É assim que eu entendo. Administrativamente, então, gerencialmente, e o assistencial é cuidado. Eu acho que no posto eu faço mais essa parte de gerencial, que eu estou atrás de como funciona a unidade, de papelada, vejo vigilância epidemiológica, essas coisas. Aqui eu me sinto mais assistencial, porque eu estou o tempo todo com o paciente, na realidade.*

*Olha, eu acho que... Eu estando na área que eu estou, em qualquer andar do hospital eu estaria como assistencial. Mesmo porque, eu até gosto de fazer dentro do hospital. A parte de gerenciamento, bom, a gente não deixa de ser gerente dos nossos funcionários. Eu penso assim, acho que a gente é uma equipe e tenta fazer o melhor pra gente trabalhar junto, unido, acho que isso é importante. Mas eu acho que aqui no hospital, em qualquer andar que eu tivesse, eu ia ser assistencial. Essa parte gerencial acho que não é meu forte.*

*[...] gosto de trabalhar com os pacientes. Eu prefiro a trabalhar com papéis. Ficar dentro do que a gente faz. Às vezes não dá pra você separar as coisas, mas, eu acho que é isso.” (E 5)*

Mishima et al. (1997, p. 267), cuja concepção de gerência foi adotada nesta pesquisa, afirma que a gerência em saúde

é uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho.

A terceira concepção de gerência corrobora com as autoras citadas anteriormente Erdmann (1998), Ferraz (1995), Lima MADS (1998), Prochnow, Leite e Erdmann (2005), Rossi e Silva (2005) e Spagnol e Ferraz (2002) na medida em que faz referência à gerência participativa, que visa a qualificar a assistência através da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial. Portanto, é uma concepção de gerência muito próxima da concepção de gerenciamento do cuidado e um momento no qual identificamos que a finalidade do trabalho gerencial do enfermeiro é criar as condições necessárias e adequadas para a qualidade de assistência.

*“Que a parte administrativa minha, na verdade ela está muito – eu divido – então não centralizo, poder. Então eu não preciso que esteja lá o tempo todo para estar resolvendo as coisas. Então eu oriento o auxiliar administrativo da melhor maneira, dou os caminhos, os atalhos, ensino pra ele algumas coisas, os próprios auxiliares sabem como se resolvem*

*as coisas de maneira... a parte administrativa. Então, por exemplo, digamos que a parte administrativa não tenha logística, material suficiente para dar os banhos nos clientes. Então eles sabem como devem estar trilhando o caminho para estar conseguindo o material, de maneira muito ordenada, sem grandes estresses, etc. Então, quanto mais eu centralizar os problemas em mim, quanto mais eu me achar suficiente, onipotente na realização dos problemas, eu vou estar me enganando na verdade, até porque eu não tenho esse poder, para estar em tantos lugares ao mesmo tempo. Mas eu acho que quando eu entro no quarto, identifico os problemas do paciente, consigo fazer com que os auxiliares toquem o serviço, o serviço segue com mais tranquilidade. Quando você identifica os problemas no apartamento do cliente, seja ele clínico ou não, ou mesmo administrativos, então você identifica tudo lá dentro. Quando eu saio, aí eu fragmento a parte administrativa, porque eu precisaria estar lá o tempo todo pra resolver a parte administrativa. E não posso. Até porque existe uma prioridade fim, que é assistencial. Então o que eu faço? Toda vez que volto para o setor faço a visita e volto, esse é o momento que eu recheço – olha você já ligou lá pro raio-X? – já fez aquele pedido pra mim? – já ligou pra aquela pessoa? – Aí eu vou lá, aí ele sabe que na minha volta eu vou perguntar de novo, volto e as coisas vão se encaixando. Assim eu tenho a parte administrativa, que eu procuro conduzi-la em seis horas de plantão. E passo com resoluções. E a parte assistencial, até porque necessitamos uma resposta mais rápida, eu tenho que fazer... ir lá e resolver pra depois estar verificando se está tudo ok.” ( E 3)*

Para finalizar a análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro, ressaltamos que a atividade de gerenciamento de materiais é evidenciada por nove dos dez entrevistados, embora não seja verbalizada por eles como uma atividade prioritária. Podemos levantar uma hipótese de que isto apareça em destaque devido à expectativa da instituição em relação ao perfil de competências do enfermeiro, uma

vez que as instituições visam ao controle de custos, e o gerenciamento do material é ferramenta fundamental para este controle.

## **4.2. Processo de trabalho assistencial**

Desde seus primórdios, a enfermagem tem suas atividades norteadas pelos aspectos que dizem respeito às atividades de assistência direta ao paciente. Sendo assim, podemos observar o enfermeiro realizando uma série de atividades terapêuticas que chamaremos de procedimentos técnicos, como administração de medicamentos, curativos e outros.

Historicamente, a enfermagem não vai atuar de igual para igual com o trabalho médico, visto que o diagnóstico clínico e a definição terapêutica ficou, sobretudo com o profissional médico e a enfermagem ficou com os procedimentos que são decorrência do raciocínio clínico, pois a clínica vai resultar numa prescrição ou numa intervenção, e ao executá-los, o enfermeiro fará um trabalho complementar e interdependente com o trabalho médico, sobretudo os procedimentos (Almeida e Rocha 1986, Silva 1986 e outros).

Contudo, ao considerar que o paciente é um todo e não pode ser reduzido à execução de procedimentos, a boa prática de enfermagem não é apenas reflexo dos procedimentos, pois este recorte corresponde a uma visão muito limitada das necessidades de cuidado do paciente. Este necessita muito mais do que a realização de técnicas de enfermagem, isto é, necessita do cuidado com base na concepção de

saúde, e não apenas na concepção de doença que embasa a realização dos procedimentos.

Entretanto, é a execução de procedimentos técnicos, principalmente os de maior complexidade, que aparece com destaque nesta pesquisa, sendo referidos por todos os entrevistados, o que acata a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que incumbe o enfermeiro privativamente “dos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas”.

*“Geralmente eu faço os grandes curativos, porque os auxiliares fazem os curativos menores, os curativos mais simples. Os de escaras, mais complicados, quem faz geralmente são os enfermeiros, a não ser que estejamos em dois andares. Mas os procedimentos, de um modo geral, os mais complexos, somos nós que fazemos.” (E 8)*

Alguns procedimentos são executados respeitando protocolos determinados pela instituição.

*“Quando tem uma parada, aqui nós seguimos um protocolo. No hospital há um protocolo. Então, tendo uma parada, é claro que a enfermeira, não é ela que vai ligar para o médico, ela vai ficar junto com o paciente até o médico chegar, a gente já monitoriza o paciente, segue os ABC's, que tem que ser seguido, até o médico chegar e definir.” (E 1)*

*“Então você tem que preparar, fazer Remicade, uma medicação que a gente prepara, só o enfermeiro prepara, porque ele tem um tipo de preparo específico, se tiver que puncionar um port-a-cath, heparinizar um port-a-cath, eles estão chamando a gente.” (E 4)*

Outros procedimentos são realizados a partir de iniciativa própria do enfermeiro.

*“Quando eu estou no andar, eu gosto de ter a iniciativa, sondagem de alívio, o técnico tudo bem, aqui no hospital eles não vêem problema. Mas se eu estou num andar e está um dia calmo, mais calmo, e sempre é no final dos plantões que acontece isso, eu gosto mesmo de eu ir lá, fazer e eles fazem a medicação deles mais tranqüilo. Mas sondagem independente, às vezes até em 2 andares eu mesma que gosto de estar fazendo.” (E 1)*

*“Eu passo sondas, as sondas sou eu quem passo. Vesical, naso-enteral. Uma coisa também, acho que pela experiência que eu tive no banco de sangue, eu sou muito boa em veia, então quando os auxiliares têm dificuldades, eu vou lá e punciono. A maior parte das vezes eles fazem isso. Eu entro quando eles têm dificuldade.” (E 8)*

Procedimentos de menor complexidade, como aferição de sinais vitais e banho também aparecem no relato de um dos entrevistados como atividades relevantes do processo de trabalho assistencial do enfermeiro.

*“Eu também não só passo visita e... é assistencial mesmo. Sou obrigada a ir lá ver o paciente, cuidado, dando assistência, tem as punções, que é tudo o enfermeiro quem faz, a quimioterapia, mas tem pacientes que vão tomar banho e não dá para eles fazerem sozinhos, a gente acaba indo [...]” (E 7)*

*“Então eu acompanho os banhos, coloco os pacientes na cadeirinha, depois tenho que ir lá tirar também. Porque sozinhas elas não conseguem. Mas ajudam. E tem alguns pacientes que a gente dá uma forçada, pra eles irem pra cadeira, pra não ficarem o dia inteiro na cama e etc. Melhorar a parte pulmonar, motora, então pra isso também, eu me desloco pra lá pra estar ajudando-as a fazer esse traslado.” (E 3)*

Chama a atenção este excerto da mesma entrevista acima, no qual o enfermeiro não confia no trabalho da equipe e prefere fazer pessoalmente os sinais vitais.

*“Então minha visita prefiro já deixar acordado com eles, que como eu faço a anamnese do paciente, os sinais vitais eu checo. Por quê? Porque eu tenho os pacientes na minha mão, entendeu? Faço a visita do paciente, checo pressão, frequência cardíaca, porque na verdade, na enfermagem às vezes isso não dá muito tempo deles fazerem, eles se apertam para fazer isso. Notei há muitos anos atrás, têm dificuldades, porque há uma sobrecarga muito grande do trabalho para eles e eles se preocupam muito e quando lembram dos sinais vitais, eles já foram; então eu faço, faço para uma garantia minha, até porque às vezes não confio muito em alguns sinais vitais que vejo lá, questiono assim, então por conta disso eu sei que todos que tiverem lá, meus, estarão absolutamente corretos [...]” (E 3)*

Ao estudar a percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho, Kurcgant (1993) mostra que, dentre as atividades relacionadas à assistência direta ao paciente, as atividades referentes à execução de procedimentos, tais como, controle de sinais vitais, sondagens e curativos, foram as mais citadas. Lima MADS (1998) também identificou que os enfermeiros executam procedimentos considerados de maior complexidade, assim como também fazem procedimentos no cuidado direto do paciente, tais como colocação de sonda naso-entérica, punção venosa, coleta de sangue e outros. Entendemos, com base no referencial teórico, que o fato de o enfermeiro concentrar o seu trabalho na execução de procedimentos está relacionado com a hegemonia do modelo clínico, o que expressa um recorte limitado do objeto de trabalho do enfermeiro.

O material analisado mostra que, na seqüência dos procedimentos, a atividade predominante é a visita. A visita de enfermagem é uma atividade que poderíamos considerar uma atividade clássica no trabalho assistencial, uma vez que tem seu foco no paciente, e a partir dela é possível implementar o instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A análise dos relatos sobre a visita do enfermeiro permite identificar dois tipos de intervenção: a visita caracterizada particularmente pelo raciocínio clínico e a realização de procedimentos ou a visita caracterizada por uma concepção ampliada do cuidado de enfermagem que agrega aos procedimentos e ao raciocínio clínico uma prática comunicativa, de interação e articulação.

Observamos, portanto, que alguns enfermeiros entrevistados utilizam a visita em uma concepção estritamente assistencial, porém, de duas formas diferentes, quais sejam: centrada no raciocínio clínico e nos procedimentos ou enquanto ação mais ampliada que utiliza a comunicação, a interação e a articulação.

No excerto abaixo observamos que o enfermeiro, além do exame físico, tem uma preocupação em considerar a realidade do paciente e adequar sua conduta a esta realidade.

*“Nessa visita eu faço exame físico, eu ausculto, eu palpo, eu percuto, para ver se esse paciente está bem, vejo quais são as queixas que ele tem em relação à patologia ou queixas novas, gerais. E aí eu converso com ele a forma que eu vou adequar a realidade dele. Geralmente a gente repassa tudo para os médicos. Por exemplo, se o paciente tem uma flebite, uma coisa assim, a gente já fala para o médico que precisa pedir um Feldene, porque isso a gente não pode deixar na prescrição, e aí eu já prescrevo compressas, já oriento o paciente como a gente vai fazer, esse tipo de coisa assim.” (E 8)*



*“Então você tem que se apresentar, então eu acho que esse primeiro contato é muito importante mesmo, porque, se você não criar um vínculo, não mostrar confiança, que ele pode contar com você, acaba perdendo [...]” (E 6)*

A visita favorecerá ao enfermeiro o desenvolvimento de outras atividades assistenciais. A maioria dos entrevistados aproveita este momento para a execução do exame físico e para interagir com o paciente e a família, preocupando-se com eles, desenvolvendo o cuidado ampliado.

*“[...] os pacientes que eu não conheço, eu me identifico, converso sobre as queixas dele, deixo externar, depois que ele fala, que ele se sente mais à vontade, eu começo o exame físico. Normalmente direcionado, do cabelo até a unha não, eu já faço mais direcionado. Os pacientes que eu tenho lá agora, na realidade são bem graves, são pacientes com bip-pap, traqueostomizados, etc.” (E 9)*

Este material corrobora com o que várias outras análises de processo de trabalho de enfermagem mostram: que o centro do trabalho da enfermagem está na execução de procedimentos. Lima MADS (1998) verificou em seu trabalho que a fala e a ação do cuidado são predominantemente técnicas, sustentadas por procedimentos e muito pouco pelo que chamamos de cuidado ampliado. Identificamos, então, que embora a visita vá além do procedimento técnico, ela reproduz, sobretudo, uma preocupação centrada na concepção biológica e biomédica do cuidado.

Nesta pesquisa, quando os entrevistados são questionados sobre quais das atividades que desenvolvem no seu cotidiano de trabalho são prioritárias, ou seja, o que não pode deixar de ser feito em hipótese alguma, quatro respondem que é a visita de enfermagem, um responde que é a anamnese do paciente que ocorre durante a

visita, dois respondem que é a admissão do paciente na unidade e a visita de enfermagem, um responde que é a administração do setor, conhecer os pacientes e fazer algumas técnicas mais complexas, um responde que é a organização e um responde que é o exame físico. Portanto, baseados nesta evidência empírica, podemos afirmar que a atividade visita de enfermagem aparece como atividade relevante, pois é referida como prioridade por sete dos dez entrevistados e merece destaque na medida em que vai se apresentando de forma distinta, ora com um caráter mais assistencial, ora mais gerencial, ora de forma articulada. No relato apresentado a seguir, o qual já foi citado anteriormente, referindo-se ao gerenciamento do cuidado, observamos de fato uma preocupação de ordem gerencial.

*“Quando você identifica os problemas no apartamento do cliente. Seja ele clínico ou não, ou mesmo administrativos, então você identifica tudo lá dentro. Quando eu saio, aí eu fragmento a parte administrativa, porque eu precisaria estar lá o tempo todo pra resolver a parte administrativa. E não posso. Até porque existe uma prioridade fim que é assistencial. Então o que eu faço? Toda vez que volto para o setor faço a visita e volto, esse é o momento que eu recheço – olha você já ligou lá pro raio-x? – já fez aquele pedido pra mim? – já ligou pra aquela pessoa? – Aí eu vou lá, aí ele sabe que na minha volta eu vou perguntar de novo, volto e as coisas vão se encaixando. Assim eu tenho a parte administrativa, eu procuro que conduzi-la em 6 horas de plantão. E passo com resoluções. E a parte assistencial, até porque necessitamos uma resposta mais rápida, eu tenho que fazer... ir lá e resolver pra depois estar verificando se está tudo ok” (E 3)*

Outras atividades executadas pelo enfermeiro podem estar articuladas ou dissociadas da visita, tais como o exame físico, a evolução e a prescrição de enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

*“Passo a visita, examino, avalio os pacientes, e lá também tem uma divisão. De estar fazendo prescrição e evolução. Então quando tem seis pacientes, eu faço dois e deixo os outros dois para tarde e os outros dois para o noturno. Mas quando eu vejo que o plantão está calmo, e eu estou tranqüila assim também, não tenho muita coisa pra fazer, que eu já conheço os pacientes. Então eu já faço algumas prescrições a mais. Para ajudar. Então a mesma coisa eu vou passando visita nos pacientes, vou fazendo as prescrições, evoluindo, vendo os exames, aproveitando o banho, que os meninos estão dando, aí se tem curativo para ver, porque aí você vai acompanhando. Então eu fico lá na UTI umas duas horas, mais ou menos”. (E 6)*

*“[...]terminou a visita, é o que eu falei, vou evoluindo os pacientes e fazendo a prescrição já para o outro dia. Já deixo pronta. Já costumo deixar pronta para o outro dia, porque no outro dia eu venho à tarde e o pessoal da manhã já usa[...]” (E 10)*

A resolução COFEN n.º 272/2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. Considera a SAE atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Segundo a referida resolução, a Sistematização da Assistência de Enfermagem constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem.

Esta resolução, em seu artigo terceiro, define que a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem. Contudo, apenas o exame físico, a evolução e a prescrição são apresentados pelos entrevistados como a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

*“A nossa sistematização, a prescrição de enfermagem, a evolução, é dividida, eu pego da parte do 105 ao leito 109. É 105 A e B e 109 A e B. Essas são as partes definidas. Então eu faço desses meus pacientes. A visita, claro, para todos sem exceção. Mas a sistematização é dividida para cada turno. Então eu faço a prescrição, tem dias que a gente abre de um dia pro outro porque já conhecemos nossos pacientes, é aberta anteriormente, mas a evolução é no dia. Então evoluo o paciente, e está feita, nós não temos o diagnóstico de enfermagem, não tem diagnóstico, isso daí já está em discussão. Então falta o diagnóstico, mas a prescrição, a evolução, a checagem de todas as medicações, tudo é feito nesse período.” (E 1)*

*“Depois dessas visitas, a gente faz o SAE. Então eu faço as evoluções, porque nós temos uma escala, e a escala da tarde de todos os horários é fixa. Então eu faço as evoluções do meu horário, que são mais ou menos cinco leitos, e faço a prescrição para o dia seguinte[...].” (E 8)*

*“Aí eu volto, vou fazer as anotações. As evoluções do paciente, que a gente tem uma rotina dos pacientes que eu vou evoluir. Lógico, se tiver dez, a gente evolui. Mas pacientes, a gente tem quatorze, eu fico de manhã do um ao quatro, à tarde a outra enfermeira fica do cinco ao nove, se não me engano. A gente tem essa rotina, do SAE, para estar fazendo. Aí faço toda essa parte, eu vejo o paciente, faço o SAE, depois a gente tem uma rotina no andar, mais no final, aí eu já vejo os exames,*

*para encaminhar, o horário, aí a gente começa essa rotina de encaminhar exame” [...] (E 7)*

Nesta pesquisa, considera-se a SAE como um instrumento que qualifica a assistência de enfermagem. Porém é interessante que no material das entrevistas não haja um denominador comum que permita apontá-la como um instrumento predominantemente assistencial. Nos relatos também há uma conotação gerencial para a SAE.

*“A gente tem a parte administrativa também, mesmo sendo assistencial, que seria o SAE, estar evoluindo, vendo o que está faltando na unidade.” (E 5)*

Foi identificado um relato no qual embora o entrevistado refira a Sistematização da Assistência de Enfermagem como assistencial e gerencial, ao refletir apresenta dúvida, e conclui ser uma atividade assistencial.

*“A SAE seria o assistencial com o administrativo ao mesmo tempo, ela está junto com o administrativo. Como parte de um todo. É, mas se você for ver, não sei, acho que em termos técnicos, sei lá, seria assistencial totalmente, acho que a parte do paciente seria assistencial.” (E 10)*

Retomando a concepção de que o enfermeiro é responsável pela qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, também faz parte da assistência de enfermagem a interação, a comunicação, a capacidade de reconhecer quem é o paciente, como ele está se sentindo, como está inserido no grupo social a que pertence, ou seja, todos esses aspectos são inerentes ao cuidado. Esta aproximação com o paciente, a qual denominamos cuidado ampliado, aparece nos relatos,

demonstrando que há um movimento por parte do enfermeiro para desenvolver um objeto de trabalho mais amplo, no qual o vínculo, a continência, a preocupação com a recuperação da saúde e não apenas a cura da doença fica evidenciada.

*“Mas esse é um dos casos, que ele ficou bastante tempo aqui no hospital. Eu acredito que ele deva ter ficado uns cinco ou seis meses aqui no hospital. É, a gente... não era nem tanto com a família, que a família vinha pouco, era com ele mesmo, era uma interação. Ele era uma pessoa muito simpática, então a gente acabou se envolvendo demais com ele. Pra falar a verdade, nem eu queria que ele fosse embora, sabe? Porque ele não dava trabalho nenhum, apesar dele ser tão dependente, mas ele não dava trabalho nenhum, ele se alimentava via oral, mas ele era um docinho de paciente, tipo de paciente que você conversava, ele te entendia... Eu ficava com dó porque a família não queria levar ele para casa.” (E 2)*

*“Passo minha visita, vou ver o paciente, o exame no paciente, faço anamnese, para ver principalmente se for paciente cirúrgico, se tem sangramento, se teve vômito, tudo que o paciente necessita, dependendo do diagnóstico, sou extremamente...como se fala..., eu tento desinibir o paciente daquela aplicação de enfermeiro, só enfermeiro profissional de paciente, então eu muitas vezes eu brinco, converso, para dar assim, vamos dizer – sempre no respeito – sempre respeitando, claro, a individualidade do paciente, do acompanhante, eu percebo que os pacientes até gostam muito disso, de você não ser tão formal, entendeu, apesar de que a gente sempre trata assim: ‘bom dia’, ‘meu senhor’, sabe? São regras. Mas às vezes eu saio um pouco disso, pra dar uma relaxada, dar uma intimidade maior para o paciente, dele se sentir mais confortável em relação à gente.” (E 4)*

A comunicação entre as equipes dos diferentes plantões é feita durante a atividade conhecida como passagem de plantão. Essa comunicação é de grande

importância, uma vez que é o momento que permite socializar, compartilhar o trabalho coletivo realizado pela enfermagem, bem como garantir a sua continuidade por outra equipe (Lima RCD 1998). Nesta pesquisa, verifica-se a menção sobre a existência da passagem de plantão, porém esta atividade não é descrita como se esperava, ou seja, como um espaço de encontro e troca entre equipes de enfermagem.

*“Às vezes o colega está em dois andares, está recebendo um andar, eu não posso segurá-lo lá, a gente passa mais próximo, a gente complementa. A gente passa de maneira geral o paciente, e aí você complementa – inclusive foi feito um eletrocardiograma, não tem nenhuma alteração, está em ritmo sinusal para eles compreenderem... mas às vezes não é possível isso. Às vezes o médico chegou, eu tenho que estar recebendo coisas em cima da passagem de plantão, às vezes estou separando o material, tenho que fazer procedimento 11:45. Então, isso... às vezes estou acompanhando no quarto algum procedimento com o médico também, e às vezes a passagem de plantão, ela fica um pouco falha. Ela tem um pouco de falha, por conta disso. Se você efetivamente não tiver que parar tudo pra fazer a passagem de plantão.” (E 3)*

Os relatos mostram mais a preocupação com as anotações em um instrumento criado para ser utilizado pela enfermagem, do que com a comunicação, a troca e a articulação entre os componentes da equipe de enfermagem, o que mostra que a passagem de plantão tende a ser um ritual esvaziado de significado.

*“[...] a gente usa uma ficha de enfermagem para anotar tudo que eles referem. Fazer exame físico, ver se a gente acha alguma coisa diferente, para anotar, e que geralmente a gente já está vindo do plantão da manhã. Só se mudou alguma coisa é que a gente faz algum tipo de alteração. Se queixar de alguma coisa nova, para estar passando para o plantão noturno.” (E 5)*

*“A gente tem uma planilha, que a gente anota. Tudo isso, acesso venoso, o paciente tem data do acesso venoso, a gente tem um protocolo para estar trocando, protocolo do hospital, tudo isso eu olho dentro do quarto. Evidentemente o paciente, queixa que tiver, como eu falei, já vou resolvendo.” (E 10)*

Em apenas um relato sobre a passagem de plantão há referência a uma preocupação com o paciente.

*“Não gosto de passar o meu plantão sem dar um retorno do exame. Se ele não fez o exame comigo, antes de passar o plantão, eu ligo, falo com a pessoa responsável, vejo o que está acontecendo, e eu mesma falo para o paciente. Já tive experiências de não ter voltado, dado o retorno para o paciente, chega no dia seguinte, eu passo o plantão, ‘olha, eu não voltei, mas você fala para ele que ainda o exame não foi autorizado’. Chega no outro dia, o dia seguinte, ele cobra ‘Ah, você não falou nada’. Talvez, a colega tenha falado, mas você não falou..” (E 6)*

Lima RCD (1998) identificou que a passagem de plantão pode ser um dos momentos raros de encontro das equipes, e que além da troca de informações sobre o que foi ou não feito, esse momento deveria se tornar um espaço de discussão, comunicação e aprendizado sobre patologias, reforço na comunicação de rotinas que são implantadas e outras possibilidades, e que se este momento fosse usado com objetividade, poderia ser um instrumento para proporcionar qualificação da assistência.



### **4.3. Atividades assistenciais e gerenciais - evidência da interface entre o processo de trabalho assistencial e gerencial**

Os relatos trazem com frequência o enfermeiro fazendo menção de uma atividade assistencial e imediatamente a seguir de uma atividade gerencial, o que em nosso entender reforça o pressuposto de que as duas atividades estão mesmo imbricadas, embora o entrevistado não faça referência a esta articulação. As atividades assistenciais e gerenciais aparecem seqüencialmente, mostrando que é impossível dividi-las por completo. Nesse sentido, podemos perceber abaixo um relato que descreve seqüencialmente a conferência dos materiais e equipamentos, o aprazamento das prescrições médicas, a escala de serviço, o procedimento e a visita de enfermagem.

*“Pego o plantão, vejo se tenho leitos disponíveis ou não, porque a internação com certeza liga pedindo os leitos... Verifico o carrinho de parada, vejo se está tudo certo, oxímetro, se está no lugar, porque a gente usa muito cateter de O2, essa é nossa rotina. Coloco os horários nas prescrições, porque normalmente o hematologista, a gente chega para pegar plantão, ele está lá ainda fazendo as prescrições. Então normalmente eu chego e vou colocar os horários. É... Divido o pessoal. Faço a escala de serviço, vejo o material. O que tem que buscar, passo para eles. Na nossa unidade tem port-a-caths. Pacientes hematológicos e oncológicos utilizam esse tipo de acesso. Somos nós enfermeiros que puncionamos no andar. Os auxiliares não são autorizados a fazer esse procedimento. Somos nós, enfermeiros. Passo visita em todos os paciente, faço as punções quando tem necessidade. Diferente do setor de oncologia, ambulatório, que são os auxiliares lá treinados. E os*

*curativos, na verdade os procedimentos invasivos, são todos os enfermeiros que fazem. A sondagem, essas coisas.” (E 5)*

Como os enfermeiros têm um leque muito amplo de atividades, tanto na esfera assistencial como na gerencial, tais como coordenação e articulação com as outras áreas, faz parte do cotidiano do trabalho ter que lidar com uma série de imprevistos que são comuns, tais como: familiares com dificuldades, alguém que burlou algum fluxo, problemas com materiais, outros, e isso deverá ser gerenciado pelo enfermeiro. Campos (1997) afirma que o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos e, com base nesta característica das ações de saúde e de enfermagem, entendemos que o enfermeiro é frequentemente o membro da equipe a ser acionado nos imprevistos, o que é percebido por alguns profissionais como um problema. Estes imprevistos são chamados pelos depoentes de intercorrências, no sentido de serem imprevistos que atrapalham sua rotina de trabalho. Contudo, questionamos se os imprevistos constituem intercorrências ou aspectos que integram o cotidiano de trabalho do enfermeiro, seja na esfera assistencial ou gerencial.

*“O que atrapalha minha rotina é quando tem acompanhantes que são muito solicitantes, que solicitam a sua atenção às vezes em coisas que eu acho que não é necessário, por exemplo: eu tive uma família que a filha, a paciente teve um trauma, e tinha que ser feito exame de ressonância, expliquei pra ele, que precisava aguardar porque o setor estava cheio, que se precisasse eu estaria chamando, que faria à tarde, e não precisava de jejum. Então o filho, que era médico, uma pessoa que não tinha postura, sabe... de ameaço, o marido fazendo escândalo, dentro do postinho, você pedindo pra ele ‘por favor’. Não, você não consegue ter diálogo, porque a pessoa acha que... Sabe aquelas pessoas que não deixam você falar? – então isso acaba atrapalhando toda sua rotina, porque acaba não dando atenção para os pacientes que precisam[...]”*

(E 4)

A palavra “intercorrência” foi referida por três dos entrevistados e, no contexto em que aparece, mostra que não há prática do gerenciamento do cuidado, pois os aspectos de gerenciamento da equipe e, do ambiente que deveriam propiciar qualidade ao cuidado, estando articulados a ele, aparecem fragmentados e desconectados da assistência.

*“Mas às vezes eu estou chegando no plantão já está tendo uma “intercorrência”, então aí vai por outro lado. Aí eu vou já receber o plantão, e já vou assumir essa “intercorrência”. Se o paciente está apresentando algum mal-estar, e eu tenho que chamar o médico, aí o enfermeiro já me passa o plantão, e eu também prefiro. Ele já me passa o plantão, para eu já dar continuidade naquilo que está acontecendo e aquela outra parte (refere-se a tudo que foi passado no plantão), eu deixo para depois, aí eu pergunto pra ele ‘está tudo certo com os psico, está faltando algum material que eu precise ver com urgência?’ Não. Então está bom. Aí eu vou atender essa “intercorrência”, vou dar seqüência, para liberar ele também. Às vezes ele fica lá, porque tem que fazer algumas anotações, mas eu vou atender essa “intercorrência”. Aí já eu não volto mais, para aquela minha rotina do começo. Eu vou fazendo as minhas coisas, depois no final, quando der um tempinho, que ultimamente não está dando, mas, você sempre tem que abrir, arrumar espaço, aí você vai fazer aquilo. E quando não tem essas “intercorrências”, no começo, essas coisas, eu não consegui pedir o material, aí eu peço uma ajuda pra alguém. “Olha, eu não pedi o material, dá uma olhadinha pra mim” ou para o escriturário, ou para os funcionários – ‘o material que vocês precisarem, já deixa escrito para a escrituraria já ir pedindo e pronto’”. (E 6)*

#### 4.4. Gerenciamento do cuidado

O gerenciamento do cuidado é tratado por nós como a expressão mais clara da boa prática de enfermagem, momento no qual há articulação entre os processos de trabalho gerencial e assistencial para atender às necessidades dos pacientes e ao mesmo tempo da equipe de enfermagem e da instituição. Concordamos com Ferraz (1998), quando afirma que o maior risco para o paciente internado é o cuidado fragmentado e o agir alienado dos profissionais.

Alves (1998) comenta que o gerenciamento do cuidado, também chamado de administração de assistência, é defendido por profissionais e pelas Escolas de Enfermagem como um estágio intermediário entre o cuidar e o administrar. No entanto, ainda existem dificuldades no que diz respeito à integração das ações assistenciais com as administrativas.

Identificamos, ao longo dos relatos, que as atividades assistenciais e gerenciais aparecem de forma seqüencial sem articulação. Por outro lado, também aparecem como uma prática de gerenciamento do cuidado.

*“Mas é o que eu falo, a enfermeira no andar, eu vejo dessa forma: quando ela está realmente integrada com a equipe, ela está realmente ali no andar para ver tudo o que acontece, uma simples dieta, eu já tive problemas com auxiliar. Porque tem dietas, com nutricionistas, tem muita gente, o auxiliar pega, pede uma dieta, o paciente vai fazer um exame, só que eu recebi plantão, não foi o auxiliar. E o médico nem sempre pede a dieta certa. Ia fazer uma colono e estava lá a dieta, e pediu uma dieta, eu falo ‘gente por mais simples que seja, a enfermeira tem que saber, tem que perguntar, porque eles não sabiam o que ia fazer*

*no exame, a enfermeira sabe, está aqui anotado' e eles não tem mania de ler quando a gente recebe o plantão. Então isso que gera... a enfermeira, ela responde mesmo por tudo. Ela responde pela assistência, por tudo.”*  
(E 1)

Segundo Willig e Lenardt (2002, p. 24)

o distanciamento entre o administrar e o cuidar vivenciado no cotidiano de trabalho, vem gerando inquietações pessoais e profissionais, e impondo um repensar da prática administrativa voltada à assistência, procurando resgatar o papel do enfermeiro como gerente do cuidado.

No excerto abaixo, o depoente refere-se à conexão da assistência com a gerência, o que corrobora com a citação do autor.

*[...] “eu pratico mais a parte assistencial, mas a gente tem que ter a parte gerencial, que nem, se eu não visse o nome dele (do médico), se eu não fosse atrás, é uma parte gerencial, eu estou vendo, gerenciando onde foi o erro, o que aconteceu, como é que nós vamos solucionar, então tudo isso aí, acho que um depende do outro.”* (E 1)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é referida por um dos entrevistados como uma prática de gerenciamento do cuidado.

*“Eu acho que quando faço SAE, estou trabalhando o gerencial e o assistencial, porque se você está vendo o paciente, você tem uma anotação, do que você está vendo, e a necessidade assistencial do que ele precisa, entendeu? Se eu vejo assim paciente que precisa... que é acamado, e uma mudança de decúbito que a gente tem no nosso SAE, e você está vendo a necessidade de estar, não quero que faça de duas em*

*duas se tem necessidade de fazer de uma em uma, entendeu? Então é isso que você vai estar fazendo, então acho que você tem as duas coisas.”*

*(E 4)*

Um dos depoentes faz referência ao planejamento da assistência de enfermagem, acompanhado da interação e do vínculo com o paciente, como uma forma de qualificá-la, ou seja, destaca a articulação ou conexão estreita entre a ação gerencial e assistencial no trabalho do enfermeiro, bem como de todos os trabalhadores de enfermagem da unidade de internação.

*“Aí recebo o plantão, verifico se tem alguma alteração no plano assistencial dos pacientes, se entrou alguém novo. Se entrar alguém novo, tenho que pegar o prontuário imediatamente, já descrever... Além da passagem de plantão, que às vezes é um pouco... falta alguma coisa, etc. Você vai checar o plano de assistência para ver se o paciente precisa de uma assistência diferenciada, se o quadro dele pede ou não uma assistência diferenciada, ou algo mais ou alguma particularidade no atendimento, na assistência dele. É feita a divisão de pacientes pelos funcionários, então é feito... neste andar propriamente, os funcionários, ou é feito pelas enfermeiras, quer dizer, eles acreditam que se eles ficarem todos os dias com o mesmo paciente, eles conseguem manter um feedback melhor, conseguem criar uma linha com o cliente melhor do que ficar saltitando. Por eles acharem isto, fecho com eles, se dão assistência melhor desta forma, fecho com eles, então a escala fica previamente pronta. Então só é mudada quando se algum deles está de folga e vem alguém para dar assistência seja da UTI, da Unidade Coronariana ou de uma outra unidade de internação, que venha suprir esta falta.” (E 3)*

O procedimento técnico atrelado ao planejamento de ações, garante ao paciente o tratamento de que ele necessita, pois, ao planejar, o enfermeiro determina objetivos

a serem alcançados para promover assistência de enfermagem de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes.

*“Laboratório não. O laboratório mesmo que colhe. Muitas vezes eu peço para o auxiliar. Como esses pacientes têm glicemia, dextro 3, 4 vezes por dia, já tem o laboratório para colher, são pacientes oncológicos, de hemato. Até a gente conversa, eu converso com os auxiliares: “já aproveita, quando o laboratório passa, a gente já vai junto para fazer o dextro. Para evitar picar novamente o paciente, a gente fez essa rotina no andar pra evitar. Então ele já fica livre de uma picada de manhã. Aí já aproveito um deles, já vai junto com o rapaz do laboratório. A gente já vê os pacientes que tem dextro de manhã, a gente já aproveita a coleta para não estar picando o paciente de novo. Pois eles ficam lá muito tempo. Então, o que a gente puder fazer para deixar eles menos estressados, eu procuro fazer, porque[...] Não é pela rotina do hospital. É mais para amenizar eles mesmos. Os pacientes. Vai lá, colhe sangue, eles não agüentam. E eles têm laboratório todos os dias. Aí, a gente faz essa parte. Aí eu já vejo os exames que tem: ultra-som, ressonância, se tiver algum exame eu já vejo também, a hora que eu chego. Só que geralmente é às 8 da manhã que abre o ultra-som e a ressonância. Se não for nada de urgência, vai ser esse horário. Então já vejo os pacientes que já tem exame, já não libero o café-da-manhã. Dependendo se tem algum preparo ou não, já peço pra segurar o café-da-manhã. E 8:00, aí eu já ligo para o serviço, perguntando se já dá para fazer. Vejo se já está autorizado o exame, e já pergunto no serviço. Ligo para o ultra-som, na ressonância: ‘Olha, tem uma paciente, já dá para fazer? Já deixo ela de jejum? Não deixo?’ Aí eles já vão me passar a informação, se deixa, se libera o café-da-manhã, que horas que vai ser. Aí, isso é bom, que quando eu vou passar a visita, eu já tenho todas essas informações: ‘Oh, o senhor vai fazer exame tal hora, já colhi o laboratório, seu ultra-som vai ser tal hora, o senhor vai ficar de jejum ou não vai, toma café, seu exame’. Você chega também no quarto, eles, os pacientes, são muito solicitantes.” (E 7)*

Observamos no excerto que quando o enfermeiro entrevistado desenvolve a articulação da prática assistencial e gerencial, as atividades convergem para a prática da clínica e a execução de procedimentos, o que corrobora a análise de Ferraz (1998) no que se refere a ser admissível que, em uma unidade de internação de nível terciário a dimensão biológica seja crucial e sustente-se como eixo central do cuidado para o doente com risco de vida. É importante comentar que embora admita esta prática, a autora não declara adesão ao reducionismo biomédico intra-hospitalar, com o que concordamos uma vez que esperamos que este cuidado clínico venha acompanhado da preocupação com a comunicação e a interação com o paciente.

Em outros depoimentos, a articulação da prática assistencial e gerencial também aparece quando há referência ao ambiente, o que mostra ser possível desenvolver um leque amplo de atividades com o foco no cuidado do paciente.

*“Paciente com dor. Ainda mais num andar cirúrgico, a maioria é dor. O paciente está com dor e, então, em vez de ir fazer outro paciente, eu volto, tem medicação para dor, entra o auxiliar para estar medicando. Às vezes não está conseguindo, não tem diurese espontânea, tem que estar correndo atrás de uma sondagem. Esse tipo de problema. E mais que a enfermagem acaba, ‘eu quero uma toalha’, ‘a cama não está funcionando’, ‘a persiana não está funcionando’. E acaba a gente também resolvendo isso.” (E 10)*

*“Tudo, na verdade, é interessante que você faça, mesmo que você não goste muito. É claro que eu gostaria de estar muito mais próximo do paciente, nas queixas, na evolução clínica dele. Porque eu acompanho mais de perto. Mas é importante, como eu sou gerenciador do meu espaço, lá da minha célula, do andar, eu preciso estar a par de tudo que acontece. Então, desde a porta que precisa ser pintada, eu preciso notificar a manutenção, desde uma caixinha de luz que às vezes não*



*funciona direito, ou está solta, ou mesmo um banheiro que eu acho que precisa ser mudado, ser repintado, antes de ser liberado para internação novamente, como os pedidos de materiais e por aí vai, a parte administrativa. Então tudo que faz parte de um atendimento, eu só vou conseguir dar um atendimento bom não só... O atendimento, ele não consiste somente na assistência, e sim criar mecanismos e formas para você poder dar a assistência, se não tiver medicação, se não tiver micropore, se não tiver os materiais de suporte da lista, eles não vão conseguir dar a assistência adequada.” (E 3)*

Acreditamos que a mudança na forma de o enfermeiro executar o trabalho, no sentido de articular o assistencial e o gerencial, poderá permitir-lhe maior visibilidade. Alves (1998) considera fundamental analisar o trabalho do enfermeiro no contexto das mudanças organizacionais. Contudo, comenta que, na visão dos enfermeiros que estão participando das mudanças organizacionais, essencialmente administrativas, centradas na revisão de processos, economia e controle, a melhoria que ocorre na assistência de enfermagem não foi planejada com foco no cuidado ao cliente, e sim como decorrência da revisão de processos e da necessidade de manter o cliente, principalmente o de convênios, porque ele é a garantia da sobrevivência das organizações. A percepção e concepção dos enfermeiros estudados por Alves nos faz refletir sobre o quanto ainda teremos que caminhar para chegar, de fato, à prática de gerenciamento do cuidado.

#### 4.5. Articulação dos diferentes trabalhos especializados

Além da articulação interna com a equipe de enfermagem e da importância do gerenciamento do cuidado, os enfermeiros também articulam o tempo todo com outras áreas como nutrição, psicologia e medicina. Discutiremos no decorrer deste item de que forma acontece esta articulação.

No excerto abaixo o depoente cita a comunicação com a nutricionista e com a fisioterapeuta com a finalidade de garantir o cuidado.

*“A nutrição, eu sempre procuro a nutricionista. Não falei dela, mas quando ela passa, ela sempre me procura e para gente confirmar o jejum. Os exames, ‘tem esse exame pendente, mas ainda não vou deixá-lo em jejum, porque eu estou esperando isso’. Tem aquilo. Então sempre tem uma relação com elas. Fisioterapeuta, a mesma coisa. Porque elas aspiram e percebem, mais assim, as secreções, elas falam pra mim, quando eu não estou presente: ‘Olha, o aspecto da secreção está assim, tem que tomar mais cuidado com isso’. Mas é sempre uma troca mesmo, a gente sempre está se comunicando.” (E 6)*

Ferraz (1998, p. 163) considera a articulação de várias áreas profissionais entre si e não apenas da enfermagem com os outros profissionais ao analisar que

está implícito no gerenciamento do cuidado ao paciente internado toda intervenção dos profissionais que aí atuam e, como gestores/executores, participam dos processos de articulação, de resistência, de coalizão e parcerias, definindo uma certa perspectiva para o atendimento.

Afirma, ainda, que para que haja o gerenciamento do cuidado deverá haver uma visão interdisciplinar que inclui não só o enfermeiro, mas todos os profissionais envolvidos no cuidado, pois o cuidado integral ao paciente internado deverá ser planejado coletivamente, ou seja, de forma cooperativa e compartilhada entre a ação do médico, dos enfermeiros e auxiliares, do psicólogo, do nutricionista, do fisioterapeuta, do assistente social, entre outros.

A articulação das ações executadas pelos diferentes profissionais caracteriza, com a interação e comunicação entre os profissionais, o trabalho em equipe (Peduzzi 1998 e 2001). Peduzzi (2001, p.106) considera que a comunicação é um denominador comum do trabalho em equipe, pois identificou que “a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da mediação simbólica da linguagem”. A autora destaca que quando esta comunicação manifesta-se de forma que os agentes desenvolvam em seu trabalho linguagem, objetivos, proposta ou mesmo uma cultura comum, existe a elaboração de um projeto assistencial comum “construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais”. Peduzzi e Ciampone (2005) lembram, ainda, que no trabalho em equipe pode haver desavenças, conflitos ou atritos entre pessoas, pois somente o trabalho em harmonia e o acordo entre questões comuns não caracteriza o que denominaram de trabalho em equipe integrado.

Peduzzi (1998 e 2001) identifica dois tipos de trabalho em equipe: a equipe integração, na qual existe a busca de articulação das ações executadas no trabalho em saúde e de interação dos profissionais; e a equipe agrupamento, na qual existe a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. A autora propõe que o

desafio consiste em transformar a equipe agrupamento, que expressa o trabalho de diferentes profissionais com diferenças entre relações, poderes e saberes para operar diferentes tecnologias, em equipe integração, que redesenharia o agrupamento de pequenas ações parciais para compor um conjunto de atos negociados e articulados entre os agentes, gerando a complementação das ações.

Em seu estudo Campos (1997, p. 229) propõe ser fundamental para o trabalho em equipe a definição de responsabilidades profissionais individuais diante de cada caso e que, a partir daí, o trabalhador deverá solicitar apoio de outros membros da equipe ou de outros serviços de saúde. Sugere que “um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores”.

A autonomia é uma questão discutida pela literatura de enfermagem. Peduzzi, Ciampone (2005, p. 116) afirmam que

a autonomia profissional representa um aspecto importante do trabalho no campo da saúde, pois as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentadas no conhecimento profissional, a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário e/ou população.

Na análise das entrevistas identificamos um trecho em (E 9) que conta um episódio no qual uma paciente em pós-operatório tardio de colectomia apresentou uma infecção com a presença de deiscência e secreção purulenta em grande quantidade. Foi introduzido antibioticoterapia e aparentemente a infecção havia regredido. Três dias após a introdução do tratamento, na realização de um curativo pelo enfermeiro, identificou-se um abscesso que foi drenado por ela. No dia seguinte,

o curativo foi realizado pela equipe médica e a paciente apresentou sangramento em excesso pela ferida. Seguem os fatos na íntegra para posterior análise.

*“Isso a uma hora da tarde, aí comecei meu plantão, o auxiliar veio me chamar: ‘vamos lá na paciente porque está esquisito’. Eu cheguei lá, não estava esquisito, estava horrível. Ela (paciente) com duas poças, sangrando, de sangue mesmo, uma poça dos lados, nas laterais, uma fralda saturada de sangue, mais a compressa, mais tudo que tinham colocado em cima. [...] ‘isso aí deve ser artéria!’ [...] vamos tirar tudo, vamos ver donde está vindo.’ Era um burquinho de um centímetro que espirrava, pulsava, horrível. Eu falei para o auxiliar ‘Põe a mão aí, tenta estancar o máximo que você puder’. E eu vou estar chamando o médico para atender. Liguei para o cirurgião, ele não podia atender, a instrumentadora que atendeu. ‘Ah, o que está acontecendo?’ ‘Olha, um sangramento importante, eu acho que... olha, tem que vir.’ ‘Ah, mas ele está em cirurgia, no final da cirurgia ele aparece.’ Do jeito que ela estava, a paciente ia chocar. Aí tinha a segunda opção: tem a clínica do andar, eu acionei por bip, pedi, a médica falou ‘Mas precisa? Chama o cirurgião’. ‘Eu já chamei, mas ele não vai vir, se você não vier, ela está descoberta, ela está sem ninguém’. ‘Ah, tudo bem. Eu estou indo.’ Chegou lá, acho que ficou mais apavorada do que tudo. Ela olhou: ‘Ah, é arterial, vamos ter que... ela vai chocar! Já põe soro’. E nisso, essa equipe que eu estou é muito boa, eles já vão, já agilizam, já começam. Eu liguei novamente para o cirurgião. Eu falei para a instrumentadora ‘olha agora veio uma médica clínica’, isso já reforça, porque cirurgião, eles são meio diferentes do que os nossos clínicos, nossos clínicos sabem em quem confiar, sabem que o enfermeiro está aqui não é para brincar. Aí eu falei assim: ‘A médica clínica está aqui, dizendo que o sangramento é arterial e precisa vir’. Aí eu ouvi ele dizendo lá ‘ai, mas será que está tanto assim, mesmo? Tá bom. Manda fazer uma adrenalina’. Aí eu : ‘Adrenalina na cavidade?’ Para eu deixar bem exposto, porque as ligações aqui são gravadas. ‘É isso mesmo.’ E foi o que eu fiz. Eu já abri o carrinho de parada, peguei, fui lá, a gente limpou a paciente inteira, um dos auxiliares ficou lá com a mão nela, e a gente limpando, fez a*

*adrenalina, parou um pouquinho de sangrar, aí o Kautostat, que já é hemostático, eu falei pega o Kautostat e enfia lá. Limpou, parou, fizemos bem, oclusivo, e estancou. E aí, nisso ela já estava recebendo soro, e tal. E a outra médica junto com a gente, controlando PA, essas coisas, ela manteve, aí ela estabilizou a PA. Aí eu falei: 'E um HbHt? Ela tem anemia', porque ela é uma pessoa que não conhecia a paciente. 'Ah, tudo bem.' Aí ela foi lá, prescreveu, a gente já colheu. Aí parou, está ótima. Aí vem o cirurgião, isso eram duas e meia. Três horas da tarde: 'Que está acontecendo?' 'Agora já estabilizou'. Aí ele abriu o curativo, viu tudo lá, olhou 'Ah, tá bom. Permanece assim. Se sangrar de novo põe adrenalina e se não der certo me chama que eu venho suturar. Deixa o material de sutura aqui.' [...] o HbHt deu 7,5, transfundi, a gente agiu [...]' (E 9)*

Pautado no raciocínio clínico e na autonomia técnica, o enfermeiro entrevistado evitou que o paciente sofresse com a ocorrência de situações inerentes a problemas que podem surgir no cotidiano dos serviços executados nos hospitais, como por exemplo, o identificado neste relato, pois, até que ocorresse a valorização da solicitação do enfermeiro pelo cirurgião, as condutas do enfermeiro foram cruciais para que a hemorragia fosse estancada, o que mostra o quanto a autonomia profissional pode ser importante na articulação com as outras áreas. Neste caso ficou evidente a inexistência de articulação do trabalho do enfermeiro com o trabalho do cirurgião. Em contrapartida, observa-se articulação com a equipe clínica.

Spagnol e Ferraz (2002) entendem que os estilos de gerência contemporâneos fortalecem as bases da organização do trabalho na formação de equipes, o que certamente tem sido a forma mais democrática, produtiva e humanizada de se efetuar o trabalho em saúde. Entendemos que o enfermeiro, enquanto profissional-chave para o desenvolvimento do gerenciamento do cuidado, pode colaborar com estas mudanças, principalmente dentro do ambiente hospitalar.

## 5. Considerações finais

A trajetória percorrida nesta pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro de instituição hospitalar. No percurso desta análise, o tempo todo nos deparamos com o processo de trabalho assistencial, o que nos levou a identificar e analisar a possibilidade e a existência de articulações entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro. Nos momentos em que os relatos fazem referência às atividades assistenciais e gerenciais de forma seqüencial, identificamos que existe a possibilidade de articulação. Já em outros, quando a referência entre as atividades assistenciais e gerenciais é feita de forma imbricada, a articulação aparece em evidência, compondo ambas as dimensões de um único processo de trabalho do enfermeiro, tal como assinalado no pressuposto do estudo. Além disso, observamos também, com base no material empírico, a inexistência de cisão entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro.

Na análise da dimensão gerencial, identificamos que as atividades de gerenciamento de materiais e controle de equipamentos aparecem com relevância e são executadas tanto para qualificar a assistência de enfermagem como para o gerenciamento de custos. A escala de pessoal também aparece com relevância como um instrumento de divisão e organização do trabalho.

A atividade de gerenciar conflitos faz parte do processo de trabalho gerencial do enfermeiro e aparece como mediação em situações de tensão, como, por exemplo, quando o profissional recebe uma reclamação de algum membro da equipe multidisciplinar. Esta atividade visa a preservar a relação da clientela com a

instituição, o bem-estar do paciente e a qualidade do serviço prestado. Esta específica situação de articulação evidencia o trabalho do enfermeiro voltado para a instituição, acompanhado do trabalho voltado para o cuidado de enfermagem.

Apontamos que a atividade de educação continuada como ferramenta do processo de trabalho gerencial não apareceu com destaque, assim como não foram mencionados outros instrumentos gerenciais como avaliação de desempenho, avaliação do serviço e saúde do trabalhador.

Outro aspecto a ser destacado é que quando a atividade de supervisão aparece nas entrevistas, esta é lembrada apenas fazendo referência à sua dimensão de controle, e não como um instrumento de gerenciamento em enfermagem que promove a reflexão sobre a prática.

Pudemos observar, através do predomínio das atividades de controle, de gerenciamento de materiais e de resolução de pendências, o exercício de um modelo mais tradicional de gerenciamento. Em contrapartida, aparece também uma transição que caminha para o trabalho em equipe, o que poderá transformar as relações entre os diferentes profissionais, no sentido da integração e da articulação das ações que executam, bem como possibilitar, no interior da equipe de enfermagem, uma articulação do processo de trabalho assistencial e gerencial voltado ao cuidado ampliado.

Uma das limitações do estudo foi a potência restrita que o roteiro de entrevista teve para aprofundar a análise das concepções de gerência, pois o que aparece não é o suficiente para dar conta do tema. Isso terá de ser feito de forma mais intensa em outros estudos e deverá ser investigado com mais profundidade. Quanto à concepção de gerência, há relatos que tendem a enfatizar a burocracia, portanto associar o



processo de trabalho gerencial ao burocrático. Por outro lado, há relatos que mostram uma concepção de gerência mais ampliada, dinâmica, preocupada com a qualificação da assistência. Neste caso, a gerência seria classificada como atividade meio cuja atividade fim é a assistência. As concepções de gerência identificadas demonstram que a tendência a uma concepção clássica e tradicional, voltada à burocracia e centrada na divisão do trabalho, já sofre influências do modelo contemporâneo, voltado ao gerenciamento do cuidado e aponta para a necessidade de trabalhar a concepção de gerenciamento do enfermeiro de forma mais articulada, pois isso favorecerá a assistência.

Ao analisar o processo de trabalho assistencial, identificamos que os enfermeiros privilegiam a execução dos procedimentos, principalmente os de maior complexidade, porém, procedimentos de menor complexidade, como aferição de sinais vitais, também aparecem como atividade executada por eles.

Como atividade clássica no trabalho assistencial, a visita de enfermagem aparece relatada de duas formas: usando o raciocínio clínico e os procedimentos, ou seja, com uma visão centrada na concepção biológica e biomédica do cuidado e enquanto ação mais ampliada que integra a clínica e os procedimentos à comunicação, à interação e à articulação. No momento da visita o enfermeiro aproveita para executar outras atividades, como o exame físico, e a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e aproximar-se mais do paciente e familiares, desenvolvendo o cuidado ampliado. Aproveita também para identificar questões de ordem gerenciais como quando, por exemplo, se preocupa com o ambiente. Destacamos que esta aproximação com o paciente e familiares não fica restrita ao momento da visita do enfermeiro, o que mostra não somente a

preocupação com a cura da doença, mas também a preocupação com a recuperação da saúde.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, que na literatura é identificada como um instrumento que qualifica a assistência de enfermagem, é apontada tanto como um instrumento assistencial como um instrumento gerencial do trabalho do enfermeiro. Em um segundo momento, a SAE aparece também como uma prática de gerenciamento do cuidado.

Embora não faça parte dos objetivos deste estudo analisar como estão estruturados e organizados os serviços de enfermagem, pode-se dizer que as instituições, além do cuidado, esperam que os enfermeiros desenvolvam uma série de atividades associadas ao controle de cunho burocrático, que acabarão sendo priorizadas se não houver um projeto para o serviço de enfermagem, com missão, visão e objetivos bem esclarecidos para estes profissionais.

O gerenciamento do cuidado é definido por nós como um possível projeto para a área de enfermagem e a expressão mais clara da boa prática, na medida em que nesta modalidade de prática ocorre articulação entre os processos de trabalho gerencial e assistencial, atendendo às necessidades do paciente e da instituição.

A multidisciplinaridade presente na instituição hospitalar permite ao enfermeiro a relação e a articulação com outras áreas profissionais além da equipe de enfermagem. Vemos essa situação, por exemplo, em alguns relatos em que é possível evidenciar a importância da relação entre enfermeiro e médico em casos nos quais o cuidado do paciente está associado ao bem-estar do mesmo.

Acreditamos que este movimento de articulação e de integração na equipe multiprofissional pode levar ao gerenciamento do cuidado e que tanto a educação

continuada quanto o ensino durante a formação universitária devem investir mais nessa prática, pois consideramos ser uma forma de dinamizar o trabalho do enfermeiro, permitindo-lhe mais autonomia profissional.

A finalidade do processo de trabalho gerencial do enfermeiro deve ser mais estudada, pois o trabalho em saúde esteve muito centrado na doença desde os anos 1960, e passa por um processo de deslocamento em direção à saúde. O enfermeiro deve buscar conhecimentos para acompanhar este deslocamento, pois por muito tempo teve seu trabalho reduzido ao modelo biomédico. Portanto, a finalidade anterior do processo de trabalho em saúde, que era a cura, combatendo a doença e restaurando os padrões de normatividade biológica, atualmente se amplia, contemplando as questões de saúde. Neste processo de ampliação o trabalho gerencial passa a ter a finalidade de criar condições para que a assistência possa melhorar a qualidade e as condições de vida dos pacientes, uma vez que favorecerá a prática do gerenciamento do cuidado.

## Referências bibliográficas

Almeida MCP, Rocha SMMR. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

Alves M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: Livro resumo do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador (BA). Salvador: ABEn-Seção-BA; 1998. p.153-8.

Anselmi ML. Quadro de referência para elaboração do orçamento de enfermagem em instituições de saúde. [tese livre docência] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [on line]. Brasília; 2004. Disponível em <http://dtr2001.saúde.gov.br/portarias/2004> (14 abr. 2006)

Brasil. Lei n.º 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. p. 9.273-5.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Mehry EE, Omoko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997; p. 229-266.

Castanheira ERL. Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1996.

Castellanos BEP. O trabalho do enfermeiro: a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo. Da abordagem mecânico funcionalista à pesquisa emancipatória. [tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 1987.

Castilho V, (coordenadora). Estudo do processo de controle de gasto de material de consumo em unidades de saúde. [Relatório de Pesquisa]. São Paulo; 2002.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- Comunic, Saúde, Educ. 2004/2005; 9 (16): 161-77.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003; p. 197-210.

Chiavenato I. Introdução a teoria geral da administração. São Paulo: Makron Books; 1993.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de saúde Brasileiras [on line]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>> (26 mar. 2006)

Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1995.

Erdmann AL, Pinheiro PIG. Gerenciamento do cuidado em enfermagem: questionando estratégias. Cogitare Enferm.1998; 3(1):89-96.

Felli VEAF, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005; p. 1-13.

Felli VEAF, Tronchin DMR. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005; p. 89-107.

Ferraz CA. Transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica a gerência sensível [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1995.

Ferraz CA. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: Livro resumo do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador (BA). Salvador: ABEn-Seção-BA; 1998. p.159-65.

Ferraz CA. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. Acta Paul Enferm. 2000; 13 (n. esp. Pt 1): 91-7.

Fracolli LA, Granja GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39 (n. esp.):597-602.

George JG. Madeleine M. Leininger. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. p.297-309.

Gomes ELR. Administração em enfermagem: constituição histórico social do conhecimento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1991.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMN, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. cap. 7, p. 229-50.

Kirchhof ALC. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. Rev Bras Enferm 2003; 56(6): 669-73.

Kurcgant P, Cunha K, Gaidzinski RR. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. Enfoque. 1989; 17 (3):79-81.

Kurcgant P, Massarollo MCKB, Castilho V, Silva VEF. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho. Rev Esc Enf USP. 1993; 27(2):214-28.

Lage DV. O trabalho do enfermeiro em uma instituição privada [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1999.

Liedke ER. Trabalho. In: Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997; p. 181-183.

Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.

Lima RCD A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde [tese]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Lopes NM. Recomposição profissional da enfermagem. Coimbra: Quarteto ed.; 2001.

Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Florianópolis: UFPel; 2000.

Magalhães AMM, Duarte ERM. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4):408-11.

Manthey M. Primary nursing. Minnessota: Halliday Lithograph; 1980.

Marx K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: Marx K. O capital. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994. cap. 5, p. 201-23.

Massarollo MCKB. Escalas de distribuição de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p.107-115.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; 20 (5): 1411-1416.

Maximiano ACA. Introdução à administração. São Paulo: Atlas; 2000.

Melo CMM. Divisão do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992. (Cadernos Cefor, 1-Série textos).

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Omoko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997; p. 71-151.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMN, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. cap. 8, p. 251-96.

Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1991.

Nogueira RP. O processo de produção de serviços de saúde. In: Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. CADRAU. Reforma sanitária e recursos humanos. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina/ USP; 1989 (módulo1).

Oliveira JC. Estudo bibliométrico das publicações de custos em enfermagem no período de 1966 à 2000 [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: Anais do 1º. Seminário Estadual: O enfermeiro no programa de saúde da família; 2000; São Paulo [CD-ROM]. Secretaria de Estado da Saúde; 2000.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições nas relações de trabalho da enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2001.



Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2002; 55(4):392-8.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2005; p. 108-24.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2005; p. 138-56.

Pires D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.* São Paulo: Cortez; 1989.

Prochnow AG, Leite JA, Erdmann AL. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. *Rev Lat Am Enferm.* 2005; 13(4):583-90.

Rossi FR, Silva MAD da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4):460-8.

Rozendo CA. *Liderança na enfermagem: refletindo sobre um mito [dissertação].* Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1995.

Silva EM. *Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local. [dissertação].* Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1997.

Silva EM. *Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80. [dissertação]* Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1991.

Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica.* São Paulo: Cortez; 1986.

Silva LIMC, Peduzzi M. Análise da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):36-42.

Spagnol CA, Ferraz CA. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MH. *Rev Lat Am Enferm.* 2002;10(1):15-20.

Tiedeman ME, Lookinland S. Tradicional models of care delivery. *J Nurs Adm* 2004;34(6):291-7.

Thiollent MJM. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1987.

Vieira ALS, Amâncio A Filho, Oliveira ES. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm.* 2004; 12(1):134-8.

Vieira ALS, Oliveira ES. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. *Rev Bras Enferm.* 2001; 54:623-9.

Watson J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. East Norwalk: Appleton Century-Crofts; 1985.

Wicks D. Nurses and doctors at work. Philadelphia: Open University Press; 1998.

Willig MH, Lenardt MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm.* 2002;7(1)23-9.



## ANEXO 1 CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Ao \_\_\_\_\_ Sr.  
(a) \_\_\_\_\_  
Responsável pelo Serviço de  
Enfermagem \_\_\_\_\_

Vimos solicitar sua autorização para a coleta de dados para a pesquisa intitulada: “Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no Município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado”. Esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar o processo de trabalho do enfermeiro em instituição hospitalar. Para tanto, os objetivos específicos do estudo são: 1. Identificar e analisar a existência de cisão ou de articulações entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro; 2. Analisar a finalidade do processo trabalho gerencial do enfermeiro; 3. Identificar a(s) prioridade(s) estabelecida(s) para o processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

O levantamento de dados será realizado por meio de entrevista semi-estruturada com roteiro-guia (Anexo 4) realizada com enfermeiros que trabalham na instituição há no mínimo 12 meses e que possuam mais de 24 meses de formados, lotados em unidade de internação no período diurno.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto, no qual a colaboração dos entrevistados é estritamente voluntária, sendo-lhes assegurado retirá-la em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à sua pessoa ou instituição. Também destacamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais.

Desde já apresentamos nosso compromisso de retorno dos resultados da pesquisa a serviço sob a forma de relatório.

Mônica Hausmann  
Pesquisadora responsável pela investigação

Assinatura de consentimento do responsável pelo serviço de enfermagem \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável pela investigação \_\_\_\_\_

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Marina Peduzzi

Assinatura \_\_\_\_\_

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira César. CEP: 05403-000. São Paulo-SP.

Telefone (11) 3066-7552.



### ANEXO 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, inserido no serviço de saúde \_\_\_\_\_, autorizo a utilização das informações fornecidas por mim através de entrevista gravada em fita K7 para a realização da pesquisa intitulada: “Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no Município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado”. Esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar o processo de trabalho do enfermeiro em instituição hospitalar. Para tanto, os objetivos específicos do estudo são: 1. Identificar e analisar a existência de cisão ou de articulações entre as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro; 2. Analisar a finalidade do processo trabalho gerencial do enfermeiro; 3. Identificar a(s) prioridade(s) estabelecida(s) para o processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

Esta coleta de informações será realizada através de entrevista com base em um roteiro-guia.

Tenho conhecimento do caráter científico da investigação proposta, na qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa ou instituição. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisador / Mestrando: Mônica Hausmann

Assinatura:

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Marina Peduzzi

Assinatura:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira César. CEP: 05403-000. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3066-7552.

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

## **ANEXO 4**

### **Roteiro de entrevista**

Identificação do entrevistado

Idade

Sexo

Tempo de formado

Especialização, área

Pós-Graduação (M, D), área

Tempo de trabalho na instituição estudada

Cargo ou função efetiva na instituição estudada

Outros empregos atuais

Roteiro de entrevista

- a) Descrever a trajetória profissional: por que optou pela graduação em Enfermagem, os cursos que frequentou para a sua capacitação profissional, emprego(s) anterior(s) e atual(s).
- b) Descreva as atividades que você realiza rotineiramente (um dia comum de trabalho). Solicitar para descrever um dia de trabalho e contar “casos”, ou descrever exemplos vivenciados com os pacientes.
- c) Considerando sua rotina de trabalho, quais as atividades prioritárias, ou seja, o que não pode deixar de ser feito em hipótese alguma?
- d) Partindo do conteúdo trazido pelo entrevistado, quais as relações que são percebidas entre as atividades assistenciais e gerenciais do enfermeiro?
- e) Para que estas atividades gerenciais são realizadas?