

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A INTENÇÃO E O GESTO: AÇÕES GERENCIAIS DE  
ENFERMEIROS EM ESPAÇOS HOSPITALARES**

**MILDRED NEGREIROS BEZERRA DE MELO**

**NATAL / RN  
2003**

**MILDRED NEGREIROS BEZERRA DE MELO**

**A INTENÇÃO E O GESTO: AÇÕES GERENCIAIS DE  
ENFERMEIROS EM ESPAÇOS HOSPITALARES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**ORIENTADORA:** Prof. Dra. Raimunda Medeiros Germano

**NATAL/RN  
2003**

## **BANCA EXAMINADORA**

### **A INTENÇÃO E O GESTO: AÇÕES GERENCIAIS DE ENFERMEIROS EM ESPAÇOS HOSPITALARES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência para obtenção de título de Mestre.

Aprovada em            /            / 2003, pela banca examinadora:

---

Profª. Dra. Raimunda Medeiros Germano (Orientadora)  
Departamento de Enfermagem/UFRN

---

Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (Titular)  
Departamento de Enfermagem/UFPB

---

Profª. Dra. Denise Câmara de Carvalho (Titular)  
Departamento de Serviço Social /UFRN

---

Profª. Dra. Glaucea Maciel de Farias (Suplente)  
Departamento de Enfermagem/UFRN

Aos meus pais

**Heriberto Ferreira Bezerra e  
Maria da Conceição Negreiros Falcão Bezerra**

Meus maiores mestres, pelo amor que sempre me dedicaram, além do permanente encorajamento ao meu crescimento pessoal e profissional.

## **A Genival**

O marido que Deus me presenteou, de quem recebi a grandeza do seu apoio e as belezas da sua compreensão. Agradeço-lhe e comemoro por haver galgado mais um degrau na escadaria da felicidade, que não é só minha, mas é nossa.

Às minhas três filhas

**Geórgia, Ana Paula e Claudine**, fortunas de uma vida inteira, o meu reconhecimento pela vibração da conquista que o curso me proporcionou e a gratidão pela solidariedade e carinho recebidos.

### ***MENÇÃO ESPECIAL***

Nos tortuosos caminhos da vida e nas incertezas da caminhada, a luz de uma estrela-guia me levou a um jardim, de onde brotaram as flores do desprendimento, da dedicação e do idealismo. Você, **Raimunda Medeiros Germano**, na feitura deste trabalho, foi esta estrela que me guiou. Receba a minha gratidão sem fim...e pela vida inteira.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, Senhor da Sabedoria e sem o qual não somos nada.

À Profa. Dra. **Raimunda Medeiros Germano**, merecedora de todas as honrarias, exemplo de competência, modéstia e dedicação.

Ao Prof. Dr. **José Willington Germano**, que, com sua brilhante inteligência e inspiração, prestou inestimável contribuição ao nosso trabalho.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN**, pelo empenho com que procuraram transmitir seus conhecimentos. Sua participação foi como a aurora, que aproveita a paisagem do amanhecer, transformando-a em apoteose. Agradeço a prodigalidade e a dedicação de todos eles.

À Profa. Dra. **Bertha Cruz Enders**, pelo seu empenho constante em procurar qualificar cada vez mais o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN.

Às minhas colegas, Professoras **Jacinta Maria Morais Formiga e Rosana Lúcia Alves de Vilar**, que decoraram a nossa convivência com tintas que ostentavam as cores da alegria, da bondade, do companheirismo e da tolerância, agradeço pelo apoio e estímulo recebidos.

Aos colegas, **professores do Departamento de Enfermagem** e, particularmente, à sua **chefia**, representada pelas professoras Sheila Saint'Clair da Silva Teodósio e Márcia Cerveira Abuana Osório, pelo incentivo e solicitude recebidos no decorrer do curso.

Às **companheiras de mestrado**, cuja convivência amiga foi, para mim, tão saudável quanto a pureza do idealismo que cada uma ostenta. A troca de experiências só veio a enriquecer os momentos vivenciados durante o curso. Vocês serão sempre lembradas.



Às **enfermeiras entrevistadas**, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa.

À **Altamira Medeiros**, pela atenta revisão e correção do texto.

À Profa. **Rejane Marie Barbosa Davim**, pela organização e estética do trabalho.

Ao bibliotecário **João Bosco de Medeiros**, pela retificação do referencial bibliográfico utilizado.

A **todas as pessoas** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, porque a única forma de multiplicar a felicidade é dividi-la.

*“A História é o passado e o futuro do nosso presente. O presente é que prova o futuro; ele precisa ser conhecido, descrito e constituir objeto de reflexão”.*

*(Agnes Heller)*

# SUMÁRIO

**LISTA DE SIGLAS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
<b>2. O ENCONTRO COM A LITERATURA</b>	<b>09</b>
<b>2.1- A GERÊNCIA EM SAÚDE</b>	<b>09</b>
<b>2.2- A PRÁTICA ADMINISTRATIVA DA ENFERMAGEM</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 A gênese do conhecimento de administração na enfermagem</b>	<b>14</b>
<b>2.2.2 O reflexo das teorias administrativas na enfermagem</b>	<b>17</b>
<b>2.2.3 A função administrativa dos enfermeiros nos hospitais</b>	<b>20</b>
<b>2.2.4 A utilização dos instrumentos gerenciais</b>	<b>26</b>
<b>Planejamento</b>	<b>26</b>
<b>Supervisão</b>	<b>39</b>
<b>Avaliação</b>	<b>47</b>
<b>3. OS ANDAIMES METODOLÓGICOS DA PESQUISA</b>	<b>53</b>
<b>4. A IDEALIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA DE GESTÃO</b>	<b>60</b>
<b>5. AS TATUAGENS DA VIDA: as ações gerenciais no cotidiano dos enfermeiros</b>	<b>66</b>
<b>5.1 Sobre a utilização dos instrumentos</b>	<b>67</b>
<b>5.2 Palavra e ação: razões reveladas pelos enfermeiros</b>	<b>73</b>
<b>5.3 Impasses e dificuldades no uso dos instrumentos gerenciais</b>	<b>76</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a intenção e o gesto</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem.

CENDES - Centro Nacional de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela.

CQT - Controle de Qualidade Total.

OEА - Organização dos Estados Americanos.

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde.

PES - Planejamento Estratégico Situacional.

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

RN - Rio Grande do Norte.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

## RESUMO

O presente estudo analisa a prática gerencial do enfermeiro no campo hospitalar. Tem como principal objetivo identificar a utilização do planejamento, da supervisão e da avaliação, como instrumentos gerenciais, na prática cotidiana do enfermeiro. Busca, igualmente, identificar a importância concedida a esses instrumentos em suas ações gerenciais e as dificuldades enfrentadas em relação à sua utilização. Trata-se de uma investigação de caráter exploratório e analítico, com abordagem qualitativa, tendo como fio condutor da análise os princípios do planejamento estratégico. Para sua realização foram entrevistadas 10 enfermeiras, distribuídas em três hospitais públicos da cidade de Natal/RN. Os resultados indicam que, embora as enfermeiras reconheçam a importância dos instrumentos gerenciais, não os utilizam na prática, de forma efetiva e sistemática. Justificam a existência de dificuldades de cunho pessoal, profissional e institucional. Por outro lado, pudemos depreender de suas falas o desejo de superar a visão eminentemente burocrática da gerência. Assim sendo, expressam um sentimento na direção de mudanças e apontam no sentido de buscar saídas que possam contribuir para inovar a sua prática.

**Palavras-chave:** Gerência em enfermagem; Planejamento, Supervisão e Avaliação em enfermagem.

## **ABSTRACT**

The present study analyses the supervisory practice of the nurse in the hospital environment. It has, as its main objective identify the use of planning, supervision and evaluation, as managerial instruments in the daily nursing practice. It tries also to identify the importance given to these instruments in their supervisory actions and the difficulties encountered in their use. It deals with an exploratory and analytical investigation with a qualitative approach having as its main point of analysis the principles of strategic planning. In order for it to be done 10 nurses were interviewed, distributed in three public hospitals in the city of Natal/RN. The results show that, although the nurses recognize the importance of the managerial instruments, they do not put them into practice in an effective and systematic way. They justify it because of the existence of personal, professional and institutional difficulties. On the other hand we could conclude from what they say that there is the desire to overcome the eminently bureaucratic vision of the management. Thus, they express a feeling for change and point in the direction of looking for ways that will contribute to innovate this practice.

**Key words:** Nursing management; Planning, Supervision and Evaluation in nursing.

M528a

Melo, Mildred Negreiros Bezerra de.

A intenção e o gesto: ações gerenciais de enfermeiros em espaços hospitalares / Mildred Negreiros Bezerra de Melo. Dezembro 2003.  
95 f.

Orientadora: Raimunda Medeiros Germano.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

1. Enfermagem-gerência. 2. Avaliação de Enfermagem. 3. Supervisão de Enfermagem. I. Germano, Raimunda Medeiros. II. Título.

RN-UF / BS-CCS

CDU: 616-083:658.513

## INTRODUÇÃO

A experiência por nós vivenciada, como docentes da área de administração nos últimos dez anos, período em que vimos mantendo um contínuo processo de articulação entre o ensino e o serviço, tem servido de base para refletirmos sobre como vem se dando a prática gerencial do enfermeiro nos serviços de saúde.

Acompanhamos alunos do curso de graduação em enfermagem dos dois últimos períodos, que realizam estágio supervisionado nas unidades de saúde da Rede Básica e nos Hospitais. Esses alunos ficam nos serviços sob a supervisão direta dos enfermeiros, embora recebam, igualmente, orientação dos docentes da disciplina de Estágio, com quem dialogam durante todo o período no qual transcorre a referida disciplina.

Tais alunos têm relatado e nós confirmamos, quando visitamos os serviços onde se realizam os estágios, que muitos enfermeiros parecem estar um pouco perdidos no exercício do papel gerencial que lhes cabe no processo de trabalho da enfermagem.

Chama a atenção o fato de que alguns desses enfermeiros têm pouco tempo de formados, são jovens e, pressupomos, deveriam ter uma mente mais aberta e receptiva a mudanças na sua prática. Porém, ao assumirem um lugar na Instituição, parecem tornar-se totalmente imbuídos dos princípios institucionais, modulados, por vezes, em medidas tradicionais de administrar; e, assim, passam a obedecer a regras e normas sem questioná-las criticamente.

Por outro lado, a história registra que o ensino de enfermagem no Brasil sempre se pautou por uma vertente eminentemente conservadora, conforme demonstram os estudos realizados por Germano (1993), Silva, (1986), Melo (1986), Pires (1989), entre outros autores que têm se dedicado ao assunto.



Observamos também que esse ensino, na área de Administração, era centrado na racionalidade instrumental e burocrática do trabalho e muito direcionado para o campo hospitalar. Assim sendo, os enfermeiros exerciam, nos hospitais, uma administração voltada para a eficiência organizacional, obedecendo a organogramas rígidos, com uma divisão sistemática do trabalho, valorização de normas e regras, distribuição de tarefas por tipo de procedimento e poder centralizado, o que caracteriza uma administração burocrática.

Estudo realizado por Formiga (2000) acerca do ensino de Administração do Curso de Enfermagem da UFRN mostra que, a partir de 1992, este ensino passa por um processo de reestruturação, tendo sido introduzidas novas diretrizes.

Nessa perspectiva, o aluno passa a receber uma orientação, por parte do órgão formador, que preconiza, como atribuição do enfermeiro, a coordenação do processo de trabalho da enfermagem e o gerenciamento dessa assistência. Portanto, a proposta é capacitá-lo para desenvolver atividades de planejamento, execução, supervisão e avaliação desse processo, articulando-o com os demais trabalhos da área da saúde. Dessa forma, acena para uma análise crítica da administração e uma concepção mais moderna de gerência.

Porém, vimos observando, ao longo desses anos, que o enfermeiro não vem assumindo efetivamente a função gerencial focalizada na assistência, mas sim se preocupando principalmente com os aspectos burocráticos da gerência.

Mendes (1988) diz que a prática administrativa do enfermeiro sofre influência da instituição burocrática, a qual tem características alienantes.

De conformidade com Lunardi Filho (2000), sentindo-se frustrados por desempenharem, muitas vezes, funções que não são de sua responsabilidade, os

enfermeiros vêm manifestando sentimentos de culpa, por estarem se dedicando mais ao exercício de atividades administrativas do que às atividades do cuidado direto. Muitos desses enfermeiros tentam até negar a administração como parte constitutiva do trabalho da enfermagem e essencial ao próprio cuidado, buscando a valorização da parte assistencial, como se ambas fossem incompatíveis e excludentes, não podendo ser complementares.

Com essa preocupação realizamos um estudo sobre a prática gerencial do enfermeiro no campo hospitalar, tomando como referência os principais instrumentos gerenciais enfatizados no ensino da disciplina de Administração em Enfermagem: o planejamento, a supervisão e a avaliação. Procuramos, assim, desvendar se o que vem sendo ensinado nos últimos anos, pelo órgão formador da UFRN, está sendo incorporado pelos enfermeiros em sua prática profissional. Uma investigação dessa natureza se reveste da maior significação, considerando que o modelo de profissional presente nos serviços de saúde influencia a formação dos novos enfermeiros, justificando-se, portanto, a relevância deste estudo para o ensino e para a própria prática.

Sabemos que o enfermeiro é o profissional responsável pelo desempenho de ações de coordenação, gerenciamento e controle das diversas atividades que acontecem no cotidiano da assistência de enfermagem.

Ao refletirmos sobre o trabalho da enfermagem e a natureza da sua prática, podemos perceber que ela abrange, além do cuidado em si, a administração dos recursos para assegurar a realização do trabalho assistencial.

O caráter administrativo do trabalho do enfermeiro vem assumindo, no decorrer do tempo, novas características, para se adequar às estruturas cada vez mais complexas das organizações e dos serviços de saúde.

Observamos que, durante quase todo o curso, o ensino é direcionado para o aprender a cuidar, a prestar assistência direta e somente nos últimos períodos é ressaltada a preocupação com a atividade gerencial. Apesar de ser real essa dicotomia, temos percebido que está havendo o reconhecimento de que as funções predominantes do enfermeiro são as gerenciais e, portanto, de coordenação do processo de trabalho da enfermagem. Todavia, sabemos que ocorre uma diversificação interna nesse processo de trabalho, com os agentes se dispondo heterogeneamente, conforme as funções que exercem.

Não se pode negar a importância fundamental do papel gerencial no processo de trabalho em saúde e na enfermagem. Cabe à gerência um caráter articulador e integrativo, já que a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde /enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A função gerencial implica o domínio dos conhecimentos técnico -administrativos por parte de quem a executa. Implica também em compreender a dinâmica das determinações sociais presentes na organização dos serviços.

Trevizan (1987) afirma que, se o enfermeiro exerce a função administrativa de forma burocrática, ele mesmo terá dificuldades para aceitá-la, uma vez que descaracteriza sua função específica como administrador.

Diante desse contexto, estabelecemos trabalhar com os seguintes objetivos:

# Identificar os instrumentos gerenciais que estão sendo utilizados pelos enfermeiros na sua prática cotidiana nos hospitais.

# Analisar a forma como esses instrumentos estão sendo utilizados.

#Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na utilização dos instrumentos gerenciais.

A busca de maior eficiência e competência para os hospitais estimulou a introdução, nessas organizações, dos princípios da administração científica, associados a características do modelo burocrático fornecido por Max Weber, que descreve a burocracia como uma estrutura de organização ideal (TREVIZAN et al, 1999).

Sabemos que o Hospital, como uma empresa de prestação de serviços, é dotado de uma estrutura complexa e, como tal, é instrumento social que coordena ações humanas para alcançar objetivos (SANTOS, 1995). Compreendemos, também, que seus objetivos são diversificados (assistência, ensino e pesquisa) e devem contribuir para o bem-estar do ser humano. Portanto, há necessidade de sistematizar e determinar as ações destinadas aos usuários e de controlar as equipes multidisciplinares, que são responsáveis por estas ações e trabalham sob uma hierarquia bem definida.

O serviço de enfermagem, como um componente dos mais expressivos do hospital, adota seus princípios e valoriza a estrutura hierárquica de autoridade. Ao analisar a enfermagem no contexto da burocratização hospitalar, Trevizan (1988) relata que, desde a sua institucionalização como profissão, esta vem recebendo influências de conceitos provenientes da Administração que têm facilitado a sua inserção nas instituições burocráticas. Podemos dizer que, ainda hoje, os pressupostos de Taylor e Weber têm sido relevantes na orientação para maior eficiência e competência do serviço de enfermagem hospitalar e que as forças que propiciam a burocratização do trabalho do enfermeiro continuam em vigência, apesar de serem consideradas obsoletas essas idéias e condutas (TREVIZAN et al, 1999).

Deve-se ter claro que a realização de atividades administrativas pelos enfermeiros não se deve a uma opção pessoal deles, mas sim a uma determinação social. A crescente complexidade e a racionalidade do trabalho em saúde levaram ao parcelamento do trabalho

da enfermagem, cabendo ao enfermeiro a concepção do processo de trabalho da enfermagem e a gerência das atividades executadas pelos demais membros da equipe.

Estudo realizado por Trevizan (1988) constatou que as funções administrativas burocráticas perfaziam 74% do total de funções administrativas do enfermeiro, o que indica uma tendência para a rotinização e o seguimento de normas preestabelecidas. Isso leva a autora a concluir que a atuação do enfermeiro tem beneficiado quase que somente a organização e que é preciso dar uma nova dimensão ao processo gerencial do enfermeiro, alicerçando-a na assistência ao cliente.

É preciso, portanto, que o enfermeiro assuma o processo de trabalho administrar, com seu objeto próprio, meios, instrumentos e finalidades específicas para a gerência dos processos coletivos de trabalho em saúde / enfermagem.

Diante de tais considerações acerca do trabalho do enfermeiro, levantamos as seguintes indagações: Como está se processando a prática administrativa dos enfermeiros nos hospitais? Quais os instrumentos gerenciais que vêm sendo utilizados pelos enfermeiros, na sua prática cotidiana? Quais as principais dificuldades encontradas por esses enfermeiros na utilização desses instrumentos? O ensino de Administração está provocando mudanças na prática gerencial dos enfermeiros?

Para discutir e analisar estas questões, recorreremos às contribuições teóricas de Matus, Fugita e Farah, Servo, Santos, Trevizan, dentre outras, bem como ao material empírico resultante de entrevistas com enfermeiros que atuam em hospitais.

Para sua apresentação, o nosso trabalho foi tecido dentro do seguinte formato: a introdução delimita o objeto do estudo, justifica a sua relevância para o ensino e para a prática de enfermagem e apresenta, também, os objetivos e as questões de pesquisa.

No capítulo 1, intitulado “O encontro com a literatura”, discutimos a questão da gerência em saúde e a prática administrativa em enfermagem, fazendo uma retrospectiva histórica sobre a trajetória da administração, num esforço para compreender como a mesma se apresenta no contexto da enfermagem. Esse capítulo trata, ainda, da função administrativa dos enfermeiros nos hospitais e tenta avançar na discussão teórica sobre a utilização dos instrumentos de planejamento, supervisão e avaliação, ressaltando a opção pela metodologia do Planejamento Estratégico Situacional.

O capítulo 2 refere-se aos andaimes metodológicos da pesquisa. Com este capítulo pretendemos contribuir para desvendar a realidade sobre a prática gerencial dos enfermeiros. Para isso, utilizamos entrevistas que possibilitaram às pesquisadas falar livremente sobre a sua vivência cotidiana.

“A idealização de uma prática de gestão” é o tema do capítulo 3. Nele, procuramos contextualizar o trabalho administrativo do enfermeiro, trazendo a contribuição de vários estudiosos sobre o assunto, além de iniciar a análise sobre os instrumentos gerenciais pesquisados.

No capítulo 4, expomos a visão das enfermeiras sobre os instrumentos de gerência, apresentando as cenas cotidianas vivenciadas, privilegiando as suas expressões e os seus sentimentos, de forma que nossas explicações e as dos autores se entremeeiem com as suas falas. Utilizamos suas próprias percepções acerca do contexto onde trabalham. Esse capítulo contém a síntese da nossa análise, fundamentada no material empírico e no aporte teórico sobre o tema.

Finalmente, as considerações finais, onde estão contidas as conclusões. Procuramos colocar a nossa compreensão do significado dos relatos obtidos, pretendendo evidenciar, o

mais fidedignamente possível, os problemas e as dificuldades que os enfermeiros vivenciam no seu dia-a-dia.

## 2 O ENCONTRO COM A LITERATURA

### 2.1 A GERÊNCIA EM SAÚDE

Sabemos que o papel gerencial tem importância fundamental no processo de trabalho em saúde. Campos (1994, p.32) afirma que *a gerência é um instrumento importante para a obtenção de políticas; ela é, ao mesmo tempo condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços*. Nessa perspectiva, o Estado tem um papel significativo na elaboração dessas políticas.

Segundo Max Weber, o Estado é uma estrutura ou um agrupamento político, estrutura esta entendida como participação no poder ou luta para influenciar a sua distribuição entre Estados ou entre grupos (REHEM; MENDES, 2001). Weber conceitua “poder” como a oportunidade de um indivíduo fazer prevalecer a sua vontade e define que “domínio” é a pessoa se dispor a obedecer à ordem que lhe é dada. Assim, para Weber, o Estado é quem determina as políticas públicas, dentre elas as políticas de saúde. Considera-o necessário e elege a burocracia como a melhor forma de administrá-lo.

Max Weber é reconhecido como o pai da burocracia. Cita, como qualidades da burocracia, a precisão, a velocidade e a subordinação. Como princípios, apregoa: a existência de serviços e técnicas determinados por leis ou regulamentos; a hierarquia das funções; o direito que a autoridade tem de controlar o trabalho dos subordinados. A burocracia foi inventada para promover um melhor funcionamento dos interesses coletivos. Porém, ao longo da história, tomou outros rumos, sendo desvirtuada. Em toda organização burocrática existe um regulamento no qual estão definidas as suas normas de funcionamento. Existe também um manual de procedimentos, onde se descreve os níveis de autoridade e de responsabilidade de cada função, bem como os procedimentos a ser



seguidos. É preciso lembrar que organogramas, regulamentos e manuais de procedimento devem ser flexíveis, para não engessarem as organizações.

Na área da saúde, segundo Rehem e Mendes (2001), ainda são comuns as formas tradicionais de departamentalização, nas quais se utiliza critérios funcionais (que agrupam as pessoas por área do conhecimento, por processo (agrupa pessoas e atividades referentes a uma etapa do processo de trabalho) e por clientela ou grupos de risco (idosos, mulheres, crianças).

Hoje se defende que as estruturas das organizações de saúde sejam definidas de acordo com seus objetivos, adotando-se o critério geográfico ou territorial. Isso implica agrupar, numa unidade, diferentes profissionais trabalhando em função de objetivos comuns.

A Teoria da Burocracia pretendeu dar as bases de um modelo ideal e racional de organização que pudesse ser copiado e aplicado às empresas, qualquer que fosse o seu ramo de atividade. Weber descreveu as características mais importantes da organização burocrática ou racional. Porém, seguidores de Weber comprovaram uma série de distorções, disfunções e tensões dentro da burocracia, o que tornava crítica sua aplicação às empresas. Apesar de representar um passo à frente da organização formal proposta pela Teoria Clássica, a organização burocrática mostrou-se carente da flexibilidade às inovações necessárias e imprescindíveis a uma sociedade moderna em processo de contínua e acelerada mudança. A Teoria Burocrática trata as pessoas como seres isolados, que reagem como ocupantes de cargo e posição.

As idéias de Weber tiveram grande repercussão na Ciência da Administração, sendo também uma das Teorias que mais influenciou a prática da enfermagem. Portanto,

tomaremos a Teoria Burocrática como referencial para o que chamaremos de Administração Burocrática.

As filosofias de administração e estilos de gestão têm passado por grandes transformações, indo do taylorismo até a denominada administração flexível. Esta pode ser definida como o processo de gestão que conduz a organização a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta para as alterações no ambiente externo (demandas dos clientes, inovações tecnológicas e novas formas de concorrência). Esse tipo de administração ganhou maior impacto nos anos 70 e 80 (MEDICI; SILVA, 1993).

O controle de qualidade total (CQT) é quem consolida e norteia as características da administração flexível. Esta surge como requisito básico de modernização das organizações públicas e privadas, devido às mudanças ocorridas no contexto da economia mundial. Mudar o estilo de gestão do setor público passou a ser importante condição de competitividade para a nação.

A mundialização da economia tem sido acompanhada por fortes alterações nos hábitos, costumes e filosofias de vida e consumo. A administração pública foi obrigada a se despir de sua rigidez de outrora, pois as novas exigências internacionais determinam que as organizações se estruturam de forma diferenciada. Isso requer uma despadrão das estratégias de gestão, pois a filosofia da qualidade total prevê integração entre a qualidade do produto e a qualidade no processo de trabalho. A fusão dessas duas formas de controlar a qualidade traz modificações radicais nas formas de gestão, implicando descentralização e autonomia de decisões. A flexibilidade não é, portanto, um modismo, mas uma exigência dos novos tempos. Temos, hoje, a consciência de que a busca pela qualidade deve ser um objetivo permanente. É essa vertente que tomaremos por base ao nos referir a uma gerência moderna.

A atividade gerencial, enquanto parte do processo de trabalho, é considerada como uma ação interdisciplinar, onde se fazem presentes determinações de ordem técnica e política, sendo necessário compreender a dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais presentes na organização dos serviços de saúde, dentro de um dado processo de trabalho (FORMIGA, 2000).

Almeida e Rocha (1997) consideram a gerência como um processo aberto e repleto de possibilidades, não só no sentido de idealização, mas também na tentativa de criação coletiva, reconhecendo que os avanços possíveis da atividade gerencial, dentro do processo de trabalho em saúde, ocorrem na medida em que essa gerência se dá embasada no trabalho em equipe e centrada em ações multi/interdisciplinares.

Compreender as práticas de saúde como práticas sociais, historicamente estruturadas e socialmente articuladas, significa considerá-las fruto das relações estabelecidas entre os seus diferentes agentes, dentro de determinados contextos sociais.

Este entendimento da prática de saúde como uma prática social implica vê-la de forma articulada às demais práticas, sendo uma parte da totalidade desse social, não podendo ser tratada isoladamente (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Quando se pensa na gerência em saúde, deve-se considerá-la como uma atividade meio, que possibilita a transformação do processo de trabalho e que também pode ser transformada, mediante as exigências cotidianas das organizações de saúde.

De acordo com Almeida e Rocha (1997, p.267), os princípios que norteiam a atividade gerencial

*... não são estáticos, neutros e absolutamente racionais, ou eminentemente técnicos que se adequam / moldam-se imediatamente à resolução de problemas que se apresentam no processo de trabalho. A atividade gerencial é sim extremamente dinâmica, dialética, onde as dimensões técnica, política e comunicativa estão em permanente articulação exigindo constante reflexão /tomada de decisão por parte do agente executor da mesma.*

Cabe à gerência um caráter integrativo e articulador, ou seja, a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde. Essa idéia de que a gerência tem função integrativa é fundamental, se levarmos em conta as características do trabalho em saúde. Uma das peculiaridades deste trabalho é a coletivização dos agentes prestadores desses serviços. Este trabalho coletivo funda-se na divisão social e técnica do trabalho.

Com o surgimento do trabalhador coletivo aflora a necessidade de uma instância que se responsabilize pela integração das atividades, a fim de unificar o processo de trabalho. Com a divisão do trabalho entre diferentes agentes, *alguns são responsáveis pelo seu planejamento, outros pela sua execução e a uma nova casta de trabalhadores cabe a função de controlar e disciplinar este trabalho* (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 277).

Cada modelo de gerência deve ser considerado em relação a contextos históricos específicos, levando-se em conta a finalidade no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

A gerência tem que ser concebida dentro de uma dimensão não apenas técnico-administrativa, mas também política e ética.

Junqueira (1990) diz que o desempenho das atividades gerenciais requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnica, assistencial, administrativa, política e psicossocial.

Assim, trabalhar com gerência de serviços de saúde implica compreender as determinações sociais presentes na organização desses serviços e os limites dela decorrentes. Como em toda atividade humana, também na ação gerencial está presente a subjetividade.

A mudança nos estilos de gestão, principalmente no setor público, após a crise econômica dos anos 70, passou a ter enorme importância para a economia nacional. A administração flexível surge como uma nova estratégia em busca da competitividade internacional, visando a redução de custos e a melhoria da qualidade (MEDICI; SILVA, 1993).

As novas exigências internacionais fazem com que as organizações sejam obrigadas a se estruturarem de forma diferenciada. Isso exige que as estratégias de gestão fujam de padrões pré-estabelecidos e busquem aumentar a autonomia e a responsabilidade de cada instituição pública. A flexibilidade é, portanto, uma exigência dos novos tempos. Como a gerência é um dos fatores determinantes da eficiência e eficácia de qualquer organização, é preciso se adequar às inovações.

Reconhecemos que a gerência em saúde não é tarefa fácil para quem a assume, sendo permeada por inúmeras dificuldades. Portanto, achamos oportuno utilizar as palavras de um autor desconhecido, por considerá-las um incentivo para quem enfrenta esse desafio: *aquele que não sabe o que fazer com espinhos, nunca deveria tentar colher flores.*

## **2.2 A PRÁTICA ADMINISTRATIVA DA ENFERMAGEM.**

### **2.2.1 A gênese do conhecimento de administração na enfermagem.**

É bastante oportuno que se dirija um olhar às origens e à trajetória da administração para melhor compreendê-la no contexto da enfermagem.

Almeida e Rocha (1997, p.230) dizem que *resgatar o trabalho de Florence Nightingale contribui para entender a gênese do conhecimento de administração na enfermagem.*

A preocupação principal de Florence foi com a administração de hospitais, a formação de enfermeiras e a educação em serviço, conforme se constata na sua obra mais famosa, *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*, escrita em 1859 e traduzida para o português em 1989 (NIGHTINGALE, 1989).

Florence introduziu na enfermagem uma visão não só de assistência direta, mas também de atuação no meio ambiente, através de observação e supervisão rigorosas.

É neste momento de organização dos hospitais que a enfermagem se institucionaliza, com Florence à frente.

A enfermagem profissional ou moderna nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro do espaço hospitalar. Neste espaço, o enfermeiro assume a função administrativa e incorpora os princípios da administração científica.

As atividades de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro obedecem à lógica do capitalismo, a qual determina que todo trabalho coletivo precisa de alguém que o coordene e gerencie.

A gênese do conhecimento de administração na enfermagem aconteceu com a organização das técnicas e a partir da necessidade de organizar os hospitais.

A primeira escola de enfermagem, criada na Inglaterra, em julho de 1860, sob a orientação de Florence, preparava as enfermeiras para ocuparem funções de chefia, treinando-as para administrar hospitais e serviços de enfermagem.

Portanto, desde a institucionalização da enfermagem moderna, está presente a dimensão prática do saber administrativo. Executar atividades administrativas sempre esteve presente na enfermagem e legitimou-se no seu trabalho.

A dimensão prática das técnicas e a dimensão do saber administrativo resultaram na divisão técnica do trabalho na enfermagem: alguns agentes executando e outros administrando, conforme salientam Almeida e Rocha (1986).

Com a industrialização, a assistência médica individualizada era a prioridade dos serviços de saúde. Os hospitais se modernizaram e passaram a constituir o maior mercado de trabalho para os enfermeiros, a partir dos anos 50. Pela complexificação da sua organização, foram envolvendo os enfermeiros, cada vez mais, com atividades gerenciais.

Para Lunardi Filho e Lunardi, (1996, p.30), *o enfermeiro deve aliar os fins da administração aos fins da enfermagem, utilizando a administração como instrumento e meio para o desenvolvimento da profissão.*

Somente conhecendo os princípios em que se fundamenta a administração é que o enfermeiro poderá usar adequadamente as teorias e escolher o método para planejar, executar e avaliar as ações na prática do serviço de enfermagem. A administração do serviço de enfermagem deve ser baseada numa sólida e flexível essência teórica (SANTOS, 1995).

Vale lembrar que as teorias da administração são universais e podem ser absorvidas em qualquer área de conhecimento. Na enfermagem, sua influência foi relevante, devido à natureza e à filosofia do serviço de enfermagem, que utiliza os princípios administrativos de Taylor, Fayol, Weber, Maslow e outros. A enfermagem, por se constituir de um conjunto de ciências humanas e sociais, buscou na administração a utilização de um método científico que fosse capaz de tornar seu trabalho racional, de modo que pudesse atender às necessidades do paciente, família e comunidade.

### **2.2.2 O reflexo das teorias administrativas na enfermagem.**

Para entender a prática da enfermagem é preciso refletir à luz das teorias da administração, pelo fato de estarem presentes na administração em enfermagem.

Taylor (1856-1915) foi o maior expoente da Teoria Científica, sendo considerado o pai da organização científica do trabalho. Preconizava a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades desenvolvidas. A administração científica também valorizava o incentivo salarial, com premiação compatível com a produção. Sob sua ótica, o homem era motivado pela remuneração e esta, quanto maior fosse, maior seria a produção (KURCGANT, 1991).

São características principais dessa administração: os estudos sobre a adequação do ambiente físico ao trabalho, o estudo de tempos e movimentos, a especialização do trabalhador e a idéia de fragmentação das tarefas na administração (SANTOS, 1995).

Braverman (1977) afirma que a aplicação da gerência científica coincide com a revolução técnico-científica e descreve os pilares em que ela se baseia, segundo a visão de Taylor, agregando-os em três princípios. O primeiro, ele chamou de dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores. Segundo este principio o processo de trabalho deve ser independente do ofício, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores. Deve depender inteiramente das políticas gerenciais e não da capacidade desses trabalhadores.

O segundo, é denominado principio da separação de concepção e execução. Esta dissociação ocorre à medida em que o trabalho vai se tornando um fenômeno social. Há uma desumanização e uma quebra da unidade do processo de trabalho.

O terceiro principio diz respeito à utilização do monopólio do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução.



No cotidiano, a administração científica influenciou diretamente nas relações de trabalho, pois o trabalhador perdeu o controle sobre o seu processo de trabalho e passou a obedecer à pessoa encarregada de supervisionar o desenvolvimento das tarefas. Cria-se, assim, a dicotomia entre a prática profissional e a sua concepção, denotando uma visão parcelar do trabalho. Portanto, a principal meta de Taylor foi determinar cada fase do processo de trabalho e sua execução, transferindo para os gerentes a dinâmica do processo de trabalho dos trabalhadores, o que realça o aspecto mecanicista da Teoria Científica.

Por conseguinte, a gerência científica, também chamada de gerência moderna, passa a existir com base nesses princípios, fixando-se como um constructo teórico e como prática sistemática.

A Teoria Científica teve grande influência na enfermagem, o que pode ser constatado na divisão do trabalho, na padronização de tarefas, na elaboração de escalas de distribuição de atividades, na fragmentação da assistência. Tudo isso caracteriza um método de trabalho funcionalista, típico da fase mecanicista da administração.

Fayol (1841-1925) foi o autor da chamada Teoria Clássica da administração, que visava à eficiência organizacional através da *adoção de uma estrutura adequada e de um funcionamento compatível com essa estrutura* (KURCGANT, 1991).

Para Fayol, a administração era universal e aplicável em qualquer lugar. Definiu princípios gerais de administração, levando em consideração a variável “pessoas”, surgindo nesse período os princípios de autoridade, responsabilidade, unidade de comando e de direção, subordinação do interesse particular ao geral, centralização, hierarquia e equidade (KURCGANT, 1991).

A Teoria Clássica concebeu a organização como uma estrutura rigidamente hierarquizada, estática e limitada, tendo sofrido grande influência das organizações

militares e eclesiásticas. Surgiu, também nessa época, a departamentalização, ou seja, a divisão horizontal do trabalho ao nível da organização, com agrupamento das atividades afins. A divisão vertical do trabalho estabelecia a hierarquia da autoridade, caracterizada pela total subordinação do indivíduo ao seu chefe imediato. Essas características ainda se encontram presentes, hoje, na prática da enfermagem.

Outras características dessa Teoria que se refletiram na enfermagem foram a rotinização do trabalho e a preocupação com a quantidade de trabalho desenvolvido, ao invés da qualidade.

Max Weber (1864-1920), sociólogo alemão, foi considerado o primeiro teórico das organizações. Estudou-as sob o ponto de vista estruturalista, com enfoque na “racionalidade”, isto é, na adequação dos meios utilizados nas organizações, segundo os resultados almejados. Assim, a denominada forma burocrática das organizações visava organizar detalhadamente a empresa e controlar rigidamente suas atividades (KURCGANT, 1991).

Para Weber, a burocracia constituía um tipo especial de autoridade e poder. Sua proposta burocrática visa à eficiência organizacional como objetivo básico e, para tanto, detalha como as coisas devem ser feitas, prevendo minuciosamente o funcionamento organizacional. Caracteriza-se, ainda, pela impessoalidade nas relações humanas, sendo os indivíduos considerados apenas pelos cargos e funções que exercem na organização.

Podemos observar que os serviços de enfermagem reproduzem o modelo institucional, com propostas burocráticas e valorização de normas e regras, sendo este o enfoque da Teoria Burocrática que mais tem influenciado a prática da enfermagem. É, inclusive, um dos fatores que tem contribuído para uma prática administrativa estanque,

pois as regras e normas vão se tornando obsoletas, com pouca perspectiva de mudanças (KURCGANT, 1991).

A Teoria das Relações Humanas, desenvolvida por Elton Mayo na década de 30, passou a enfatizar as pessoas, ao invés da estrutura. Essa Teoria surgiu nos Estados Unidos, pela necessidade de humanizar e democratizar a administração de pessoal.

Mayo salientou a importância da organização informal e da cooperação entre os trabalhadores nos resultados da produção. Com essa Teoria, a administração passou a tratar de temas relacionados à motivação humana, à liderança, à comunicação e à dinâmica de grupo (KURCGANT, 1991).

A Teoria das Relações Humanas apontou, para a enfermagem, a importância da liderança como estratégia de condução de grupos e o valor da comunicação para a continuidade e a qualificação da assistência de enfermagem.

Em relação à Teoria Comportamentalista, observa-se sua influência nos estilos de algumas chefias de enfermagem, com pressupostos de autoritarismo, controle, inflexibilidade e centralização de poder e decisões na cúpula administrativa.

### **2.2.3 A FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DOS ENFERMEIROS NOS HOSPITAIS**

Com o desenvolvimento da industrialização, os serviços de saúde passaram a privilegiar a assistência médica individualizada. No intuito de atender a esse novo enfoque da saúde, os hospitais se modernizam e começam a constituir o maior mercado de trabalho para os enfermeiros. Assumem uma feição organizacional cada vez mais complexa e passam a requerer dos enfermeiros um maior envolvimento com as atividades gerenciais.

Dessa maneira, o que tem sido constatado é que o enfermeiro, após ter se transformado em profissional assalariado, vem procurando controlar as demais categorias que executam o cuidado ao paciente, delegando-lhes as tarefas assistenciais e assumindo mais as administrativas. Assim, tem permanecido cada vez mais distante do cuidado e cada vez mais próximo das atividades de controle e supervisão.

O enfermeiro, ao se inserir nos hospitais, deparou-se com um trabalho baseado em regras e normas para serem cumpridas, preestabelecidas pela instituição. A racionalidade e a impessoalidade eram os elementos essenciais para o desenvolvimento dessa prática (TREVIZAN, 1987).

Na década de 70 passa a ser discutida, na enfermagem, uma questão polêmica, que diz respeito ao verdadeiro papel do enfermeiro: gerência ou assistência. Essa discussão foi tema de muitos trabalhos apresentados em congressos de enfermagem e de publicações em revistas específicas da profissão, além de estender-se aos órgãos formadores. Trata-se de uma controvérsia sem substrato, levando-se em conta que, desde a institucionalização da enfermagem no Brasil, o quantitativo de enfermeiros não é suficiente para assumir sozinho a assistência direta.

É a partir dos anos 80, quando se começa a discutir uma nova forma de atuação do enfermeiro, que se encontra uma saída luminosa, a qual introduz a idéia de que a função primordial do enfermeiro deve ser a do gerenciamento da assistência.

Segundo Lunardi Filho e Lunardi (1996), a administração da assistência deve ser reconhecida como papel fundamental do enfermeiro, por ser um instrumento que possibilita uma assistência adequada ao cliente.

No hospital, o enfermeiro vem sendo o profissional encarregado da coordenação das ações assistenciais e da organização do trabalho coletivo que visa alcançar os objetivos assistenciais e organizacionais.

O trabalho do enfermeiro, na função gerencial, envolve a necessidade de planejar ações que serão executadas por toda a equipe de enfermagem. Assim, para que se tenha um gerenciamento com qualidade é necessário que se faça o planejamento da assistência de enfermagem e que se utilize também a supervisão, como instrumento para a qualificação da assistência. A supervisão ajuda a equipe de enfermagem a efetuar mudanças necessárias à melhoria da sua prática.

É importante que o enfermeiro, no desempenho da sua função gerencial, promova uma avaliação contínua da assistência de enfermagem que é prestada ao paciente. Essa avaliação deve tomar, como referência, os resultados obtidos e compará-los com os resultados planejados, a fim de verificar se os objetivos foram ou não alcançados. Portanto, a avaliação serve de base para o replanejamento das ações, na tentativa de redirecionar o alcance dos objetivos propostos.

Miranda (2000), observando a prática cotidiana dos enfermeiros em um hospital universitário, constatou que, apesar de considerarem muito importante o planejamento da assistência, não o efetuavam no seu trabalho, limitando-se a delegar tarefas assistenciais aos demais membros da equipe de enfermagem (verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, higiene, curativos, dentre outras) e a trabalhar com a improvisação. Quanto à supervisão, relatou que quase todos os enfermeiros a realizavam, porém de forma assistemática. Muitos a direcionavam apenas para o controle e a fiscalização. Em relação à avaliação, esta não era executada formalmente, dentro de critérios, e, quando acontecia, era de modo bem informal.

Com a divisão do trabalho na enfermagem, coube ao enfermeiro se apropriar do trabalho de supervisão e controle, solidificando seu papel de trabalhador intelectual da enfermagem, dono de saberes técnicos, administrativos e de ensino (MELO, 1986).

A divisão social do trabalho, na enfermagem, reflete a organização do processo de trabalho da profissão. Não se trata apenas de dividir tarefas manuais e intelectuais entre pessoas de classes sociais diferentes, mas de manifestar a desigualdade social e as diferentes formas de propriedade observadas no modo de produção capitalista.

A organização do trabalho da enfermagem encontra-se muito presa a organogramas rígidos, possuindo estruturas verticalizadas e poder centralizado, o que reafirma a sua identificação com um modelo de gerência tradicional e já caindo em desuso. Quanto à utilização de normas e rotinas, pela enfermagem, é preciso ter clareza que, se estas não forem atualizadas periodicamente, passam a ser empecilho à introdução de inovações no seu processo de trabalho.

Para Melo (1986), compreender a organização do trabalho na enfermagem implica refletir sobre a distribuição de funções e tarefas e, conseqüentemente, sobre a divisão do trabalho.

Segundo Barros (1993, p.95), *a distribuição de tarefas, por tipo de procedimentos de enfermagem, inviabiliza a assistência integral ao paciente, robotiza o trabalhador e aliena a finalidade do seu processo de trabalho.*

O enfermeiro, formado para o ensino e para a administração da assistência de enfermagem, controla esta assistência, delegando tarefas aos demais componentes da equipe de enfermagem, *que executam um trabalho alienado, sem qualquer controle do processo e do produto final deste trabalho* (PIRES, 1989, p.138).

Ainda segundo Pires (1989), as técnicas representam as atividades sistematizadas que os trabalhadores de enfermagem exercem para a racionalização do trabalho, objetivando alcançar o melhor resultado com o menor custo. É a aplicação dos princípios tayloristas da gerência científica, na qual o gerente controla o processo de trabalho que os outros trabalhadores executam de forma parcelada.

Se perguntarmos a um grupo de enfermeiros se eles se consideram administradores, provavelmente a maioria deles responderá que não. Eles se consideram líderes da equipe de enfermagem. Porém, como líder da equipe, o enfermeiro precisa orientar os demais membros em relação às suas tarefas e supervisioná-los. Portanto, ele é um administrador.

O trabalho do enfermeiro inclui os cuidados de enfermagem, a instrução e treinamento da equipe, a pesquisa e a administração da assistência. Ao administrar a assistência, o enfermeiro planeja os cuidados de enfermagem e estabelece prioridades.

No entanto, muitos enfermeiros consideram que a função administrativa os distancia do cliente, impedindo-os de realizar funções assistenciais, educativas e de pesquisa. Além disso, consideram que a função administrativa os absorve tanto que dificulta o bom acompanhamento do desenvolvimento tecnológico e científico da profissão. Queixam-se de ser, quase sempre, responsabilizados por administrar os recursos utilizados por todos os profissionais de saúde. Assim, quando ocorrem falhas na previsão, provisão e disposição desses recursos, principalmente os materiais, os enfermeiros são acusados e têm de lutar para transpor essas objeções (SANTOS, 1990).

Essa função administrativa a que eles se referem está ligada ao desempenho de atividades puramente burocráticas (administrar recursos materiais, equipamentos, distribuir pessoal e atribuir-lhes tarefas). A função gerencial, e não a burocrática, é indispensável para identificar as necessidades do cliente, planejar, executar e avaliar os cuidados

assistenciais. Não pode haver dissociação entre a prática assistencial e a administrativa, pois elas são interdependentes.

Segundo Santos (1990, p.1), *a enfermagem é responsável por 69% das ações de saúde*. Esse fato se agrava, nos hospitais, por uma das características da profissão, que é a continuidade da assistência.

O enfermeiro torna-se, dentro da equipe de saúde, o administrador dos recursos indispensáveis ao desenvolvimento da assistência prestada. Portanto, é inadmissível que não seja preparado para desempenhar a função gerencial da assistência de enfermagem. O que se observa, na prática, é que o enfermeiro está mais voltado para as atividades burocráticas do que para o gerenciamento do cuidado.

Trevizan (1987) classificou as funções administrativas em burocráticas e não-burocráticas. Ela constatou que, dentre as atividades exercidas pelo enfermeiro, 74% podiam ser classificadas como burocráticas e 26% como não-burocráticas, o que sugere maior envolvimento dos enfermeiros com normas, rotinas e padrões.

Essa constatação, da predominância da função gerencial sobre as demais, responde a determinantes econômicos e político-ideológicos, que têm demarcado esta prática no Brasil. *De um lado, a dinâmica contraditória da política de saúde e, de outro, as transformações ocorridas no próprio processo de trabalho em decorrência dessa prática* (SILVA, 1986, p.90).

Ao desempenhar a função administrativa, o enfermeiro tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, deixando em plano secundário os objetivos do seu próprio serviço (TREVIZAN, 1987).

A administração da assistência de enfermagem é a função primordial do enfermeiro. É a utilização da administração como instrumento para o desenvolvimento da



enfermagem. Se isso não ficar bem entendido, pelo enfermeiro, ele continuará assumindo funções burocráticas da forma que é imposta e exigida pela organização hospitalar, o que o afasta de suas próprias funções administrativas.

Trevizan (1987, p.207) diz que *não é possível se insistir no discurso ideológico que apregoa para o enfermeiro a assistência direta ao paciente*. A prática vem demonstrando que o enfermeiro ou atinge o paciente através de funções administrativas ou se perde no exercício dessas funções.

É preciso levar em conta, também, a expectativa do mercado de trabalho, que exige do enfermeiro o exercício de funções diversas do cuidado direto.

Para Trevizan (1987), não é possível desconhecer o descompasso que surge da dicotomia entre a teoria e a prática. A teoria apregoa a assistência direta, numa visão abstrata de um enfermeiro ideal, enquanto a prática e o mercado de trabalho pretendem um enfermeiro ocupado com outras funções.

Talvez o modo de corrigir muitas tensões seja reconhecer a função administrativa focalizada na assistência como sendo a essência do trabalho do enfermeiro.

**2.2.4 A UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS GERENCIAIS:** planejamento, supervisão e avaliação.

### **PLANEJAMENTO**

Para os estudiosos da administração, o planejamento costuma figurar como a primeira das funções administrativas e uma das mais importantes, pois serve de base para as demais e norteia todo o processo administrativo (CIAMPONE, 1991; SANTOS, 1995).

Chiavenato (1995, p.35) define planejamento como *a função administrativa que determina antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos que devem ser atingidos.*

Face ao ambiente atual, de constantes mudanças técnicas e sociais, o planejamento exerce enorme importância, pois propicia meios de compreender, antecipar e explorar essas mudanças. Ele fornece suporte para a tomada de decisões e para implementar programas ou propostas que desejamos viabilizar. Envolve raciocínio, reflexão e análise sobre como realizar determinadas tarefas.

Na opinião de Tancredi et al (1998), o planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho ou uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. É o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção, elevar a eficácia e a eficiência dos sistemas.

O planejamento é um processo cíclico e contínuo. Inicia-se com a determinação dos objetivos a serem alcançados, depois define estratégias e políticas de ação, detalha planos para conseguir alcançar os objetivos e estabelece uma seqüência de decisões.

Como outras funções da administração, o planejamento também sofre as influências da filosofia da organização. O problema organizacional do planejamento consiste em encontrar maneiras de torná-lo parte integrante do processo.

Segundo Rocha (1998, p.135-136),

*o planejamento, como instrumento para dirigir processos de mudança, vem ganhando relevância, pois é cada vez maior a necessidade de melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficiência e eficácia dos sistemas.*

É interessante fazermos um breve relato histórico do planejamento, para contextualizarmos a sua inserção nos dias atuais.

A Reunião da Organização dos Estados Americanos (OEA), que aconteceu em Punta del Este, Uruguai, no ano de 1961, lança as bases e pode ser considerada como um marco para o planejamento em saúde. A Carta de Punta del Este sai com duas recomendações básicas para esse setor: que os governos latino-americanos preparem Planos Nacionais de Saúde e que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) seja designada para assessorar os países na implantação de unidades de planejamento e para desenvolver uma metodologia de planejamento em saúde adequada à América Latina.

A OPAS associou-se, então, ao Centro Nacional de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela para elaborar, em conjunto, um método de planejamento em saúde que ficou conhecido como método CENDES/OPAS. Um seminário realizado pela OPAS, em 1963, oficializou esse método de planejamento, cuja idéia central é a eficiência na utilização dos recursos e o objetivo principal é reduzir mortes evitáveis. A partir de 1973, a OPAS avalia as evoluções que cada país apresentou ao longo desses anos e conclui que a falta de relação entre planejamento e nível decisório era a principal causa de fracasso do método. As análises apontam, também, que o planejamento CENDES/OPAS é inviável na América Latina, pois está centrado numa lógica economicista e administrativa, mais voltada para o crescimento do que para a equidade.

No final da década de 70 e início dos anos 80 surgiu, na área da saúde, um modo diferente de encarar o planejamento, depois das críticas e fracassos acumulados sobre a visão normativa utilizada até então. O novo paradigma surge numa conjuntura de redemocratização de países que, até então, estavam sob a tutela de regimes burocráticos e autoritários. Foram abertos espaços para discutir e propor políticas sociais orientadas para diminuir a dívida social acumulada com os setores marginalizados.

O que caracterizou, fundamentalmente, as políticas de saúde no Brasil, no período 1980-90, foi o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país. Do ponto de vista político, emergiram na arena sanitária novos sujeitos sociais, portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferentes, que foram conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal).

As mudanças jurídicas e institucionais, influenciadas pelos pressupostos da reforma sanitária, passaram a impressão de que esse projeto político-sanitário dava a tônica das políticas de saúde nos anos 80. Mas, ao contrário, o que se consolidou foi o projeto neoliberal, com as políticas públicas praticadas no período.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) constituiu o ápice da formação política ideológica da Reforma Sanitária brasileira. Esta se baseou em três aspectos fundamentais: um novo conceito mais abrangente de saúde, a qual passa a ser entendida como resultante das condições de vida; o entendimento de que a saúde é um direito de cidadania e um dever do estado; a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que tivesse como princípios essenciais a universalidade, a equidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular.

A Constituição de 1988, apesar de incorporar um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, propôs uma nova lógica organizacional referida pela Reforma Sanitária. O projeto de redefinição das práticas de saúde passa a requerer novas formas de organização da assistência, já que teria a responsabilidade de operar modelos de atenção em nível de indivíduos, famílias, grupos sociais e meio ambiente.

A conjuntura política, nos anos 80, alargou os horizontes, alcançando as instituições de saúde. Isso reforçou a determinação histórica e social das concepções acerca das ações de saúde e das formas de organização dos serviços. Buscou-se não só uma aproximação teórica com a questão das ações de saúde e da organização da assistência, mas também uma possibilidade de compreender a articulação dessas práticas com o conjunto de práticas sociais, na tentativa de explicar os movimentos de reorganização da produção e distribuição de bens e serviços de saúde, sob a forma de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde.

É evidente que esse processo de mudança exige ações táticas, requeridas pela estratégia da Reforma Sanitária, ocorrendo dialeticamente em espaços hierarquicamente distintos. As Unidades de Saúde teriam de ser reestruturadas, passando a adotar uma triagem normatizada para consultas agendadas e um serviço de pronto-atendimento, conectado aos demais serviços de saúde, capaz de atender ao paciente ou encaminhá-lo, mediante mecanismos formalizados de referência e contra-referência.

Embora os efeitos maiores das mudanças se façam sentir na Rede Básica de serviços de saúde, a intervenção fundamentada na clínica continua sendo relativamente eficaz para a solução de problemas de doenças em indivíduos isolados. A própria formulação contida na Constituição Brasileira evidencia tal contradição quando define, como diretriz do Sistema Único de Saúde, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MENDES, 1993). Isso representa uma busca de conciliação entre modelos distintos do trabalho em saúde: o clínico e o epidemiológico.

Assim, apesar de o esforço maior ter sido centrado nas Unidades Básicas de Saúde, se estendeu também a um nível de assistência mais complexo, o hospitalar. O hospital,

como uma estrutura mais tradicional, é mais resistente às mudanças. Por isso, passados 17 anos da instituição da Reforma Sanitária, seus efeitos ainda não são claramente percebidos na rede hospitalar.

As mudanças que vêm ocorrendo no ensino, na área da saúde, têm relação direta com as transformações advindas da Reforma Sanitária, pois se fez necessário redirecionar a formação dos novos profissionais, preparando-os para atuarem dentro do novo modelo, o do Sistema Único de Saúde.

Na década de 80 surge, na área da saúde, o enfoque estratégico do planejamento, embora não seja, ainda hoje, um pensamento hegemônico. O enfoque situacional do planejamento pressupõe uma aderência a uma perspectiva transformadora. É importante reiterar que o caráter transformador ou não do planejamento dependerá do conteúdo político concreto do processo.

A corrente estratégica do planejamento em saúde emerge como parte de um novo paradigma. Constata-se que só tem sentido falar de estratégia quando há um conflito virtual ou real. O enfoque estratégico pressupõe que quem planeja é um ator social, considerado como parte do sistema planejado, com o qual se relaciona mediante determinantes e condicionantes.

No Brasil, onde se confrontam o projeto neoliberal e o projeto reformador, o planejamento estratégico situacional pode servir a ambas as forças que sustentam cada um desses projetos, embora seus pressupostos sejam aderentes aos princípios da descentralização, democratização, universalização, integralidade e equidade, definidos pelo corpo doutrinário da Reforma Sanitária.

O planejamento no setor saúde, portanto, deve ser um processo contínuo e dinâmico, que confira direcionalidade às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, constituindo-

se em um real instrumento de gerência. O normativo é, ainda, um referencial hegemônico, que norteia as concepções presentes na formação da grande maioria dos profissionais de saúde, determinando o modelo assistencial e gerencial a ser adotado nos serviços.

Fox (1983) diz que o planejamento engloba certas características que irão determinar seu sucesso. São elas: unidade (ter objetivo único a alcançar, sem divisão em fases independentes); continuidade (ser coerente e ininterrupto, obedecendo a prioridades); flexibilidade (permitir adequações necessárias para o problema); clareza e precisão (evitar ambigüidades de interpretação); exequibilidade (ser realista, ter viabilidade técnica e econômica, para ser operacional).

Assim, grande ênfase vem sendo dada ao desenvolvimento metodológico e organizativo do planejamento local de saúde, visto como processo social, histórico e também como instrumento de transformação da prática gerencial.

Assumir o enfoque do planejamento situacional em saúde implica eleger, como objeto privilegiado de intervenção, os problemas de saúde da população e, portanto, enfrentar as dificuldades conceituais e metodológicas para identificar, descrever e analisar os determinantes destes problemas.

O enfoque situacional encaixa-se numa perspectiva transformadora, pois não se atém a modelos rígidos, normativos, mas busca se constituir num processo que libere as capacidades críticas e criativas dos sujeitos envolvidos.

Mendes (1993) diz que a reorientação do sistema de saúde brasileiro implica múltiplas abordagens, em que se busca superar a insuficiência e má distribuição dos recursos que constituem a infra-estrutura dos serviços, estabelecer uma nova forma de gestão que substitua a excessiva centralização, a pluralidade do mando e a desarticulação programático-funcional entre as instituições do setor.

Com base na proposta metodológica apresentada por Mendes (1993), podemos dividir o planejamento em quatro momentos:

- identificação, priorização e análise dos problemas (situação inicial);
- formulação de objetivos (situação objetivo);
- definição de propostas de intervenção;
- execução, acompanhamento e avaliação das intervenções.

O planejamento das ações de saúde no Brasil consolidou-se segundo o enfoque normativo, cuja estratégia separa o planejamento da execução.

O planejamento, na perspectiva tradicional ou normativa, é visto como um processo técnico, cuja idéia central é a eficiência no uso de recursos. O planejador se coloca fora e acima da realidade, situa-se como “sujeito”, enquanto a realidade planejada é vista como o “objeto” (MOTA, 2003). Dá-se por etapas: diagnóstico=programação=execução=avaliação.

Esse tipo de planejamento é um método rígido, fechado, trabalha com uma trajetória única e não considera o conflito de interesses existentes na sociedade. Portanto, não se traduz em instrumento cotidiano de gerência.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem, como conceitos básicos, o reconhecimento do conflito e a visão de sociedade como entidade complexa, histórica e incerta.

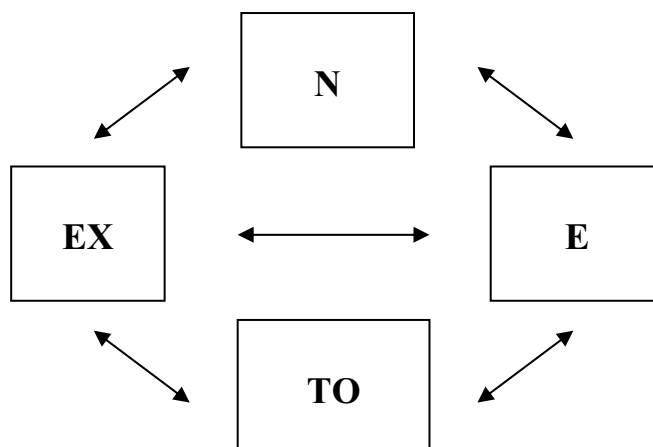
Para Matus (1996, p.49), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) *é um cálculo técnico, político e social que deve preceder e presidir a ação, pois, se não for assim, a ação resultará dissociada do cálculo.* A idéia central deste tipo de planejamento é considerar que o ator que planeja está dentro da realidade planejada e coexiste com outros



atores que também planejam com objetivos distintos e é preciso contar com a resistência ativa e criativa dos oponentes e com a ajuda de possíveis aliados. O PES refere-se ao presente e é tarefa para quem deseja influir nos resultados futuros.

Uma das diferenças entre o planejamento tradicional e o PES é que sua operacionalização não se dá através de etapas lineares e estanques, mas através de momentos contínuos, interligados e não excludentes: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. No momento explicativo é onde se procura as explicações para os problemas identificados; o normativo corresponde às operações a ser realizadas para resolvê-los; no momento estratégico faz-se a análise das viabilidades políticas, econômicas e organizacionais; e o tático-operacional diz respeito ao fazer propriamente dito, envolvendo conhecimento. A integração entre os quatro momentos garante a permanente flexibilização para que possam ser feitas mudanças em qualquer uma das fases do planejamento.

Segundo Rivera (1989, p.125), estes quatro momentos são *um permanente fazer, uma permanente aprendizagem, um permanente cálculo, uma permanente explicação, um permanente desenho e uma ação persistente no dia-a-dia*. O autor compara os momentos do PES a uma espiral, pois eles se repetem incessantemente, embora mudem de conteúdo, contexto e lugar no tempo.



Os momentos explicativo, normativo e estratégico correspondem aos cálculos, não transcendem o ator que planeja e constituem análises e simulações que não modificam a situação real. Portanto, nesses momentos, não são produzidos fatos ou operações que provoquem mudanças situacionais. Porém, chega o instante em que toda esta análise acumulada deve ser transformada em uma ação concreta, em uma operadora de mudanças: é o momento tático-operacional (RIVERA, 1989).

*O planejamento estratégico pode ser efetivamente um instrumento de incorporação dos princípios de gestão participativa à cultura institucional, e uma garantia de que estamos caminhando no rumo definido por nossos compromissos de transformação da realidade social* (FORTES, 2001, p. 159).

Portanto, pode significar a superação do improviso como regra no cotidiano do exercício profissional dos enfermeiros.

No método do PES, a construção de alternativas de intervenção se dá a partir dos problemas vivenciados no cotidiano do ator que planeja. Em seguida, os problemas selecionados são analisados, considerando a visão de mundo de quem está envolvido no planejamento e a dinâmica da sociedade.

Conhecendo bem as causas que condicionam e determinam os problemas priorizados, define-se a situação-objetivo, na qual se pretende chegar com o planejamento. Desenha-se operações para enfrentar os nós críticos, define-se os responsáveis por cada operação, quando as mesmas serão realizadas, quem poderá cooperar e quais os recursos necessários para desenvolvê-las.

A seguir, faz-se uma análise de viabilidade, testa-se a consistência do plano e define-se uma direção estratégica para monitorar a execução do plano, através de acompanhamento da realização das operações e de ajustes ou correções requeridas pela situação conjuntural.

Matus (1996, p. 53) diz que *todos podemos planejar e todos fazemos algum tipo de análise sobre o amanhã antes de, hoje, tomar uma decisão para criar o futuro.*

O planejamento normativo e o PES não se diferenciam apenas na metodologia, mas são duas concepções de mundo diferentes. O primeiro separa os que pensam dos que executam, além de desconsiderar os conflitos. Já o segundo afirma que qualquer um pode planejar para mudar o rumo dos acontecimentos, trabalha com a incerteza, com diversos cenários e considera os oponentes e os aliados. Engloba, portanto, a concepção da participação coletiva, da gerência flexível.

Para Bocchi e Fávero (1996a), o trabalho do enfermeiro, na função gerencial, envolve a necessidade de planejamento, cuja essência consiste em fazer análise e tomar decisões que afetam o futuro. Afirmam ainda que, apesar de existir uma lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, conferindo ao enfermeiro, privativamente, o planejamento (Lei nº 7498, de 25/08/86- Art.11), poucas vezes essa atividade tem sido por ele desenvolvida.

O planejamento é o instrumento que busca o conhecimento de uma realidade, de forma a permitir intervenções mais seguras voltadas para as metas desejadas. Portanto, quem planeja tem maior probabilidade de alcançar os objetivos, porque define a melhor estratégia de ação. A atuação do enfermeiro, planejada e baseada em métodos racionais de resolução de problemas, permite a ampliação e o aperfeiçoamento de suas atividades assistenciais.

O planejamento é a primeira etapa de qualquer atividade assistencial de enfermagem. O planejamento da assistência implica estabelecer seus objetivos, analisar as conseqüências que poderiam advir de diferentes atuações, determinar metas a ser atingidas

e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica esperada (FUGITA; FARAH, 2000).

O planejamento está presente nas mais diversas situações e é um instrumento gerencial indispensável na assistência de enfermagem. O planejamento da assistência é a base das ações de enfermagem e utiliza uma metodologia científica, aliada ao conhecimento e à habilidade profissional. De acordo com Santos (1995),

*os elementos da metodologia científica utilizados no planejamento da assistência são: identificação dos problemas dos pacientes; determinação de prioridades; seleção da ação que tem a maior probabilidade de resolver o problema.*

Castilho e Gaidzinski (1991, p.207) conceituam o planejamento da assistência como *a determinação das ações de enfermagem, pela utilização de um método de trabalho, a fim de atender às necessidades da clientela.* Ainda segundo essas autoras, o uso de métodos que sistematizem o raciocínio e as práticas da enfermagem é ainda limitado.

Ciampone (1991, p.209) afirma que *o planejamento da assistência de enfermagem é a função que possibilita ao enfermeiro exercer a administração da assistência de enfermagem de forma global, coerente e responsável.*

No entanto, no exercício profissional, o enfermeiro tem se limitado ao cumprimento de cuidados rotineiros, à execução de ordens médicas, às exigências e determinações da administração hospitalar, relegando a plano secundário o uso da administração para alcançar os objetivos da assistência de enfermagem. Isso tem tornado o assistir em enfermagem uma atividade mecânica, fragmentada, descontínua e desatualizada frente ao atual conhecimento técnico-científico.

Para a obtenção de um gerenciamento com qualidade é necessária a implantação do planejamento na assistência de enfermagem. Desse planejamento deve participar toda a

equipe de enfermagem, uma vez que grande parte das ações será desenvolvida pelos auxiliares e técnicos. O plano precisa ser flexível e deve utilizar uma linguagem que seja acessível a todos os membros da equipe.

No planejamento, o enfermeiro deve respeitar a individualidade do cliente, priorizar suas necessidades e tomar decisões sobre os cuidados que podem ser delegados (LEITE, 1997).

Sistematizar a assistência é fundamental na administração em enfermagem, pois, além de nortear a caracterização dos recursos humanos e materiais, facilita a sua avaliação, o que permite verificar o alcance de padrões mínimos de qualidade.

Compete ao enfermeiro a elaboração, a coordenação e a avaliação do planejamento, já que é o responsável pelas atividades da equipe de enfermagem. É fundamental, portanto, a conscientização do enfermeiro em relação à importância do planejamento, indispensável na prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade.

Castilho e Gaidzinski (1991) referem que o planejamento da assistência de enfermagem pode ser compreendido em três ângulos: o estratégico, o tático e o operacional. O estratégico corresponde ao planejamento para a implantação de um método de assistência de enfermagem em nível institucional, pelo serviço de enfermagem. O tático corresponde ao plano de adaptação do método de assistência para cada unidade do serviço de enfermagem. O planejamento operacional corresponde ao planejamento da assistência utilizando um método individual ou para grupos específicos de clientes.

Cunha (1991) afirma que o planejamento da assistência deve abranger a chefia de enfermagem e toda a equipe envolvida nas atividades que serão desempenhadas, cabendo ao enfermeiro o papel de facilitador de todo o processo.

De acordo com os paradigmas que permeiam a sua prática, o enfermeiro pode adotar o tipo de planejamento que julgar mais adequado: o estratégico ou o normativo. O importante é que procure incluí-lo no seu fazer cotidiano, pois, como diz Ilka Chase, *as únicas pessoas que nunca fracassam são as que nunca tentam.*

Segundo Ciampone e Peluzzi (s/d, p.23),

*o planejamento estratégico é um instrumento precioso para a construção de uma prática inovadora, na dupla face do trabalho da enfermagem, ou seja, tanto na dimensão do cuidado de enfermagem quanto do gerenciamento desse cuidado.*

## **SUPERVISÃO**

De acordo com o Ministério da Saúde, a supervisão é um instrumento de trabalho indispensável para o desenvolvimento de programas e atividades dos serviços de saúde. *É um processo educativo e contínuo, que consiste, fundamentalmente, em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados* (BRASIL, 1981, p.4). Para Servo (2001, p.34), a supervisão *é uma atividade inerente a qualquer processo de trabalho que se realize em bases coletivas.*

Santos (1995, p.134) diz que *supervisionar é ajudar o indivíduo a fazer melhor seu trabalho e, a partir daí, observar o que já foi feito para orientar o pessoal e manter o sentido do valor profissional e a obtenção da satisfação do seu próprio trabalho.*

O propósito da supervisão é elevar o padrão de qualidade dos serviços prestados ao indivíduo, à família e à comunidade. O supervisor acompanha a execução dos

procedimentos dos supervisionados, orienta e avalia o trabalho, visando corrigir falhas para melhorar a qualidade da assistência. .

É fundamental compreender que o processo de supervisão começa a ser desenhado junto com o processo de planejamento e, como ele, deve envolver todos os profissionais de saúde.

Especialistas na área de recursos humanos consideram a função supervisão como instrumento capaz de exercer grande influência em aspectos fundamentais da organização, como índice de absenteísmo, rotatividade dos funcionários, produtividade e a qualidade do serviço executado. A supervisão é considerada um moderno e indispensável instrumento auxiliar na gestão de serviços de saúde e na administração de unidades hospitalares.

As características da supervisão têm sofrido modificações, de acordo com o contexto social e político da instituição na qual a função é desenvolvida. No início, o supervisor era voltado exclusivamente para a fiscalização, visando assegurar o cumprimento de normas, detectar falhas e aplicar sanções. Esse enfoque foi se modificando, sendo acrescido ao conceito de supervisão o caráter educativo. A fiscalização foi substituída pelo controle, associado à educação. O papel do supervisor mudou para o de um orientador e facilitador no ambiente de trabalho. Embora essa seja a característica mais recente da supervisão, em muitas instituições e serviços essa função vem sendo desenvolvida de forma autoritária e centralizadora.

Os modelos de supervisão têm variado, pela influência de outras práticas, tais como: o planejamento, o tipo de administração, a educação, entre outras. Assim, nenhum modelo de supervisão pode ser concebido sem que se considere, ideologicamente, como as instituições administram seus processos de trabalho (NUNES, 1986). Portanto, não existe

modelo universal de supervisão, nem mesmo um modelo único aplicável às instituições de saúde no Brasil.

A supervisão continua sendo referida como prática necessária ao aperfeiçoamento, pelas diversas instituições, apesar de ser uma prática que, sozinha, não pode dar conta de problemas que são, muitas vezes, gerados em esferas mais elevadas de decisão.

Visto que, em certas instituições, a hierarquização é uma cadeia contínua, costuma-se dizer que todo profissional realiza alguma forma de supervisão, ou seja, acompanha e orienta o trabalho daqueles perante os quais tem ascendência.

Nunes (1986) afirma que, numa visão tradicional, os supervisores ajustam a execução técnico-administrativa aos padrões e metas previamente definidos pelas instâncias de poder. Para manter a eficiência da instituição é preciso realizar três atos interligados: conferir a compatibilidade dos atos com as normas, retificar a conduta para adequá-la à norma e informar à direção (cientificá-la).

Vem-se criticando o modelo gerencial de supervisão, acima referido, pela sua ação predominantemente burocrática e de estrita fiscalização e por não se afinar com os objetivos inerentes às instituições de saúde: servir às necessidades da população.

O objetivo é tornar a supervisão mais participativa, fazendo com que todos os envolvidos contribuam para aperfeiçoar os padrões de atendimento e as atividades programadas. Nesse objetivo está implícito exigir a eficácia técnica, visando elevar a própria qualidade da assistência e seu poder de resolver os problemas de saúde.

Cabe aprofundar a análise de que a supervisão é condicionada a dois aspectos fundamentais, numa instituição de saúde: de um lado, a forma como se estruturam e são oferecidos os serviços e, de outro, a maneira como ocorrem as relações entre as funções de mando e de execução. Daí o caráter vertical da supervisão, que segue o modelo gerencial.



Ao se transformar radicalmente a política e a organização dos serviços, o processo de supervisão precisou ser revisto e reestruturado. A descentralização veio contribuir para que os procedimentos de supervisão fossem modificados de acordo com as necessidades detectadas no nível de execução. A descentralização decisória, portanto, é indispensável para se estabelecer uma supervisão participativa. Esta torna mais flexíveis os níveis de direção e é capaz de responder rapidamente às exigências da prática dos serviços.

Logo, sendo um instrumento que possibilita a detecção de problemas, embora não seja este o seu objetivo primordial, a supervisão deve ter a característica de retornar imediatamente a informação coletada pelo supervisor para os supervisionados.

A continuidade do processo é fator fundamental para acompanhar uma programação participativa. É necessário que ela tenha poder de resolutividade no contexto onde está ocorrendo, devendo o supervisor ter respaldo para exercer legitimamente a função.

Um trabalho de educação continuada pode ser gerado nos núcleos de supervisão, com a participação de supervisores e supervisionados, visando debater as dificuldades e os avanços do processo de prestação de serviços.

Santos (1993) diz que a assistência de enfermagem à pessoa hospitalizada é contínua, depende de uma observação freqüente e envolve pessoas com diferentes necessidades de atividades de enfermagem, que vão das mais simples às mais complexas. Além disso, vale lembrar que o trabalho da enfermagem é realizado por uma equipe constituída por elementos com diferentes níveis de escolaridade e formação profissional. Isto implica que o elemento mais qualificado da equipe assuma a coordenação e a orientação do trabalho, determinando quem irá realizar o que, quando e como. Portanto, por ser um trabalho coletivo, necessita da função supervisão.

Ainda segundo Santos (1993, p.26), a supervisão em enfermagem pode ser definida como

*a observação dos aspectos técnicos e administrativos da assistência de enfermagem, avaliando a qualidade desta e do desempenho profissional, orientando como realizar os cuidados assistenciais, quando necessário, acompanhando a aprendizagem.*

A supervisão em enfermagem apresenta várias características, pois, além de ser uma atividade mecânica, é centrada em tarefas, fragmentada, verticalizada, desintegrada, limitada, controladora, parcelada, fiscalizadora, restritiva, coercitiva, normativa, tecnicista e permeada pelo poder. Como estratégia institucional é um trabalho acrítico e sem interação. Voltada para a resolução de problemas, auxilia no alcance de metas e padrões pré-estabelecidos para atender à lógica institucional (SERVO, 2001).

A autora diz, ainda, que é preciso reconhecer que a supervisão é função inerente à enfermeira na sua prática e que gera conflitos de relacionamento interpessoal, que são permeados por questões técnicas, condições de trabalho e embates relativos ao exercício da hierarquia e do poder, na perspectiva da organização tecnológica e social do trabalho.

A enfermeira deve assumir uma nova concepção de gerenciamento e supervisão, pautada no princípio da integralidade da atenção à saúde, o que irá propiciar uma intervenção mais efetiva. Esse gerenciamento e essa supervisão devem ser analisados e contextualizados, tendo como pano de fundo as mudanças éticas, econômicas, socioculturais e políticas. Deve, portanto, extrapolar a concepção técnica e envolver compromisso, consciência crítica e competência ético-política (SERVO, 2001).

Assim, em um sistema regionalizado de saúde, a supervisão tem múltiplas atribuições: planejamento/programação, organização interna das unidades, treinamento, educação continuada e avaliação. A supervisão torna-se pertinente e útil na medida em que

auxilia as pessoas da linha de execução a alcançar certas metas ou padrões de atendimento, os quais elas mesmas conceberam, tomando como parâmetro a política institucional e adaptando-os às realidades locais.

De maneira geral, podemos dizer que a supervisão é o acompanhamento e a orientação do trabalho e que deve ser realizada por um profissional que tenha ascendência técnica e administrativa sobre os supervisionados. Nesta prática estão embutidos, segundo Varella (s/d) e Servo (2001), os atos de conferir (verificar se as ações estão de acordo com as normas técnicas), retificar (reorientar os procedimentos para compatibilizá-los com as normas) e informar (tanto aos supervisionados, sobre mudanças técnicas e administrativas, quanto à direção, sobre os procedimentos executados e eventuais problemas).

Na enfermagem são poucos os enfermeiros que não desenvolvem a função supervisão, pois todos, em maior ou menor complexidade, têm atividades que visam ao aprimoramento do pessoal e à manutenção de condições necessárias à prestação de uma assistência eficiente e eficaz.

A supervisão pode assumir diferentes posturas, explicitadas pela atitude do supervisor. Assim, podem ser observadas posturas meramente burocráticas (limitando-se ao preenchimento de formulários e relatórios), mecanicistas, pouco críticas e pouco criativas, posturas fiscalizadoras e coercitivas, impondo o cumprimento das normas sem a necessária discussão e análise. Essas práticas vêm conferindo à supervisão uma atitude de rejeição e desconfiança, por parte dos supervisionados. O que se procura buscar, atualmente, é uma prática que assuma uma postura persuasiva e crítica, em direção a uma supervisão participativa, na qual o supervisionado esteja envolvido no processo e assuma compromisso com o atendimento às necessidades de saúde da população.

De acordo com Cunha (1991), a função supervisão, para ser desenvolvida, implica três etapas: planejamento, execução e avaliação. O planejamento compreende desde a percepção de uma necessidade de ação até a decisão quanto ao que será feito, por quem e quando. É uma etapa essencial para o desenvolvimento da função supervisão. O planejamento deve envolver todos os elementos da equipe, para assegurar maior envolvimento e compromisso.

Na etapa da execução o enfermeiro operacionaliza aquilo que planejou, sendo necessárias a competência profissional, a habilidade de relacionamento e a motivação para o desenvolvimento do pessoal.

A avaliação deve ser iniciada a partir do planejamento e perdurar durante todo o processo. Essa avaliação oferece subsídios importantes para o replanejamento da função supervisão enquanto ela ocorre. Ao final, devem ser analisados os resultados obtidos e as técnicas e instrumentos utilizados. O resultado dessa avaliação facilita o aperfeiçoamento da função supervisão.

É necessário que a supervisão tenha poder de resolutividade, junto ao coletivo onde ela está se dando, para que possa ter credibilidade.

Existem situações que dificultam o desenvolvimento da função supervisão. Dentre elas, podemos citar: a existência de uma política de trabalho centralizadora e autoritária; a inadequação de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros; o despreparo de alguns enfermeiros para exercerem integralmente a função supervisão; a política salarial vigente, geradora de alto índice de absenteísmo e de rotatividade dos funcionários; as falhas no planejamento do serviço, com sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, o que os impossibilita de atingir os objetivos a que se propõem.

Leite (1996), Servo (1999), Servo e Ciampone (1999) sinalizam para a utilização do pensamento estratégico na sistematização da supervisão em enfermagem. Estas autoras mostram que a operacionalização do PES, como método, é viável para dinamizar este processo e assinalam que devem ser consideradas as especificidades do contexto e as possíveis adaptações.

A supervisão em enfermagem é um processo que faz parte da administração e que procura desenvolver o potencial de cada trabalhador, visando qualificar o seu trabalho. Daí a importância de uma supervisão em enfermagem orientada para a administração de qualidade, no sentido de atualizar e qualificar o trabalhador. Se cada membro da equipe entender bem sua função, estará melhorando a qualidade do seu trabalho e facilitando o processo como um todo, possibilitando a organização e a obtenção da qualidade desejada.

É inegável o caráter político que a supervisão encerra e que o enfermeiro deve assumir, para servir de intermediário entre os níveis de direção e os de execução. Há diferentes modos da instituição organizar a sua forma de supervisão. Algumas vezes o sistema é tão hierarquizado que possui diversas instâncias de supervisores: o chefe da Divisão de Enfermagem, o supervisor geral dos enfermeiros, o do andar e o da unidade.

Podemos concluir, portanto, que as mudanças preconizadas não dependem apenas de fatores subjetivos, ligados à preparação e qualidade pessoais dos supervisores. Dependem também de decisões políticas e de medidas administrativas que possibilitem desenvolver modelos alternativos de supervisão. Porém, concordamos com Henry George, quando afirma que *existe perigo na mudança arrojada, mas, maior ainda é o perigo do conservadorismo cego*.

## **AValiação**

Para Santos (1995, p.96), avaliar *é medir os resultados em função dos objetivos estabelecidos no plano, podendo também medir a eficiência das atividades administrativas e a competência do pessoal na execução do plano.*

Para se fazer uma avaliação é necessário o estabelecimento de critérios ou parâmetros, elaborados com o propósito de medir os resultados do plano.

De acordo com Silver (s/d), a avaliação deve ser uma das mais importantes atividades inerentes à gestão de serviços de saúde, permitindo a detecção de qualquer erro e a realização da meta almejada.

De uma maneira geral, observa-se que não existe uma metodologia única para a avaliação de serviços. A metodologia apropriada está diretamente vinculada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador.

Na opinião de Matos (s/d., p.01),

*a avaliação é parte integrante de qualquer programação e baseia-se na análise de desempenho das atividades desenvolvidas, buscando conhecer os êxitos e os insucessos, mediante estudo comparativo dos objetivos estabelecidos e os resultados alcançados.*

Em termos mais simples, avaliação é o processo de comparação entre o programado (objetivos previamente determinados) e o executado (resultados alcançados).

A avaliação, como instrumento de gerência, possibilita o controle da execução dos atos programados e serve como base para o replanejamento dos aspectos onde ocorreram falhas.

O ato de avaliar está presente em inúmeras situações do cotidiano. Pode assumir um caráter formal ou informal, objetivo ou subjetivo, sistemático ou assistemático, profundo ou superficial, dependendo do ponto de vista e sistema de referência do avaliador (ZANEI et al, 2000).

Quanto à avaliação da qualidade da assistência de enfermagem que é prestada ao cliente, Neves (1977) já afirmava que a enfermagem não era a única profissão da área de saúde que necessitava de critérios específicos para medir a sua prática. O estabelecimento de normas e rotinas de procedimentos, supervisão contínua da assistência, seriam alguns dos meios utilizados para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro, como administrador da assistência de enfermagem, é capaz de identificar precocemente as necessidades dos clientes, traçar um plano de cuidados, implementá-lo e avaliar o seu resultado.

A avaliação é uma atividade que integra o processo de planejamento, cujo uso permite melhoria dos efeitos qualitativos e quantitativos, através de modificações introduzidas. Diversos autores consideram a avaliação como processo contínuo, espontâneo, intuitivo, mas também planejado e científico.

Dentro das etapas do processo de avaliação ressaltam-se o estabelecimento de padrões e critérios e a importância da utilização da avaliação como um instrumento de trabalho do enfermeiro.

A definição de critérios de avaliação ajuda a elucidar o papel do enfermeiro e leva à identificação de um corpo de conhecimentos específicos de enfermagem. Os critérios são os meios pelos quais as ações de enfermagem podem ser analisadas, criando condições de definir e identificar a assistência de enfermagem. O enfermeiro deve desenvolver

juízo clínico, avaliar o resultado de suas ações, assim como assumir a responsabilidade dos resultados do planejamento da assistência.

São utilizados, nos programas de saúde, dois tipos de avaliação: avaliação quantitativa e avaliação qualitativa.

A avaliação quantitativa destina-se a medir os resultados numéricos obtidos nos programas ou projetos. É o tipo de avaliação mais usado nos serviços de saúde.

A avaliação qualitativa ainda é pouco desenvolvida, principalmente no Brasil. Segundo Zanon (2001), ela pode ser de vários tipos:

- \* avaliação de estrutura, processo e resultado;
- \* avaliação de custo /benefício e de custo /eficácia;
- \* avaliação da capacidade resolutiva;
- \* avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde

Quanto à estrutura, a avaliação abrange os seguintes aspectos, segundo Matos (s/d.) e Zanon (2001): organização administrativa do serviço, características das instalações (área física), do pessoal disponível e seu perfil (tipo, preparação e experiência), recursos materiais e financeiros da instituição. No que se refere ao processo, a avaliação se volta para as ações ou atividades do serviço, ou seja, o que é feito para o paciente e para a população, no que diz respeito à sua doença ou problema. Na avaliação de resultados procura-se aferir o estado de saúde do indivíduo, ou seja, em que condições saiu do hospital e se o fez de acordo com suas expectativas (ZANON, 2001).

Na avaliação de custo /benefício, as consequências positivas (benefícios) dos programas são analisadas e os seus custos são medidos em unidades monetárias. Já a



análise de custo /eficácia mede as conseqüências positivas em termos de anos de vida poupados, dias de doenças evitados, mortalidade evitada, dentre outras.

Matos (s/d) diz que existem poucos estudos dedicados à avaliação da capacidade resolutiva. A mesma abrange as dimensões quantitativa e qualitativa, que devem estar presentes quando se avalia a resolutividade.

O acesso deve ser avaliado pela utilização dos serviços e não simplesmente pela presença destes. Pode ser medido pelo nível de uso em relação às necessidades da população. As barreiras ao acesso podem ser financeiras, de informação, sociais, organizacionais, geográficas, dentre outras.

Donabedian (1982) apresenta três abordagens para a avaliação do cuidado na área da saúde: a avaliação de estrutura, processo e resultado.

A avaliação de estrutura inclui a avaliação dos aspectos organizacionais, como recursos humanos, materiais e financeiros e também os padrões de assistência de enfermagem, que devem procurar garantir um mínimo de qualidade de cuidados. A existência de padrões e critérios institucionalizados serve de parâmetro para comparações posteriores.

A avaliação do processo refere-se ao julgamento do cuidado em si, às atitudes, ao comportamento e às ações envolvidas no ato de cuidar. Inclui a qualidade do cuidado e a habilidade com que foi executado. Fornece informações diretas a respeito da qualidade, sendo essa a sua principal vantagem.

Quanto às informações sobre os resultados, são obtidas durante o processo de cuidar e permitem uma avaliação imediata. A satisfação do cliente pode ser constatada durante ou logo após a execução do cuidado. Assim, a avaliação de resultados pode ser considerada

uma das etapas mais importantes para o gerenciamento da assistência de enfermagem, pois, através dos resultados obtidos, é possível verificar a eficácia e a eficiência do seu trabalho.

A utilização da avaliação pelo enfermeiro como um instrumento de trabalho, envolvendo estrutura, processo e resultado, permitirá a realização daquilo que é esperado por toda a equipe de enfermagem, que é um atendimento humanizado, individualizado e com qualidade.

A avaliação é facilitada quando existem: normas técnicas que definem com clareza as ações e os procedimentos, as metas quantitativas e qualitativas que se pretende alcançar, os critérios e os indicadores que serão utilizados para a avaliação das ações; um sistema de registros e coleta de dados adequados; e um sistema eficiente de processamento e análise de dados (MATOS, s/d.).

Outro fator que contribui fortemente para a avaliação é a existência de um sistema de supervisão efetivo.

Para Santos (1998), a avaliação da qualidade da assistência prestada ao cliente constitui um dos requisitos essenciais para a enfermagem como profissão. O enfermeiro, na função gerencial, deve utilizar procedimentos avaliativos, a fim de alcançar os objetivos propostos no plano assistencial e atingir uma assistência à saúde com qualidade.

Para que a enfermagem atinja seus objetivos, é preciso que as instituições de saúde contem com um serviço de enfermagem organizado, sujeito a um programa de avaliação contínua da assistência prestada ao paciente e que analise fielmente os resultados de sua atuação.

No Brasil há carência de instrumentos com padrões de qualidade estabelecidos para avaliar o cuidado prestado ao paciente.

Finalmente, convém lembrar que quem avalia o impacto alcançado pelas ações desenvolvidas não são apenas os técnicos, mas principalmente os usuários.

Segundo Marx e Morita (2000), a visão organizacional voltada para o século XXI é a do gerenciamento baseado na competência. Para elas, competências são *habilidades técnicas e conhecimentos científicos que, aliados a características pessoais, distinguem os profissionais pelo seu alto desempenho* (MARX; MORITA, 2000, p.29), portanto, não é aquilo que o funcionário faz dentro da função, mas aquilo que o diferencia dos outros.

### 3 OS ANDAIMES METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e analítico, com abordagem qualitativa, tendo como foco de investigação a prática gerencial que os enfermeiros vêm desenvolvendo nos hospitais.

A opção por uma pesquisa qualitativa deve-se ao fato de seu desenvolvimento se dar através de interações entre pesquisador e pesquisados, sob uma relação dinâmica, que se desenrola numa situação natural, fazendo uso de dados descritivos para descortinar uma realidade contextualizada, que se preocupa com o processo e não apenas com o resultado.

O enfoque qualitativo permite a busca das raízes dos significados, das suas causas, extrapolando uma visão superficial que se possa ter deles (TRIVIÑOS, 1987). Este pensamento é reforçado por Minayo (1994), ao afirmar que deve ser usado o referencial qualitativo quando se pretende um aprofundamento maior da realidade, dentro de uma abordagem dialética. Ainda segundo Minayo (1994, p.35), *os dados qualitativos trazem para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais, os fatos e os significados.*

O foco de interesse do estudo concentrou-se nos enfermeiros egressos do Curso de Enfermagem da UFRN, a partir de 1995, que estivessem atuando em hospitais públicos da cidade de Natal/RN. Participaram, como sujeitos da pesquisa, 10 enfermeiras selecionadas dentre as que se formaram entre os anos de 1995 e 2001, considerando que o processo de reestruturação da disciplina de Administração, iniciado em 1992, só se consolidou a partir de 1995. Os enfermeiros escolhidos deveriam estar, no mínimo, dentro do segundo ano de experiência de trabalho. Com o propósito de selecionar os respondentes qualificados, fizeram parte do estudo as enfermeiras que apresentaram maior envolvimento com o

serviço, identificadas por ocasião de nossa visita prévia às instituições, desde que atendessem aos critérios estabelecidos.

O tamanho da população foi definido de forma *a refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões* (MINAYO, 1994, p.102). A autora afirma que, numa investigação qualitativa, devemos nos preocupar mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do que com a generalização, pois seu critério não é numérico. Portanto, é preciso privilegiar os sujeitos possuidores dos atributos que o pesquisador pretende conhecer, considerá-los em número suficiente quando houver reincidência nas informações e escolher local e grupo que contemplem experiências capazes de atender aos objetivos da pesquisa.

Inicialmente solicitamos a autorização das três instituições onde essas enfermeiras atuavam, para que pudéssemos agendar as entrevistas (Anexos 3 e 4). A seguir, abordamos as possíveis participantes para prestar-lhes esclarecimentos a respeito dos objetivos da pesquisa e solicitar-lhes o consentimento para participar da investigação (Anexos 1 e 2). Foi-lhes assegurado o cumprimento de todos os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos. Houve a garantia do anonimato, bem como o compromisso do retorno dos resultados da pesquisa.

Antes de iniciar as entrevistas, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e, somente após a sua análise e aprovação, iniciamos as mesmas. O período de realização estendeu-se de maio a julho de 2003.

Utilizamos, como instrumento de pesquisa, um roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo 5), com 14 perguntas sobre o tema a ser investigado. As entrevistas foram previamente agendadas, diretamente com as enfermeiras, observando as

conveniências de hora e data por elas escolhidas, sendo todas realizadas nos locais de trabalho onde atuavam. Para que a transcrição das falas, feita posteriormente, fosse a mais fidedigna possível, solicitamos das participantes a permissão para a utilização do gravador, com o que concordaram.

A entrevista não é apenas uma forma de se colher informações, mas também uma situação onde sujeito e pesquisador interagem e recebem contribuições mútuas (MINAYO, 1994).

Para Triviños (1987), a entrevista enriquece a investigação, pois o informante participa da elaboração do conteúdo da pesquisa. Ainda segundo este autor, a entrevista semi-estruturada valoriza a presença do investigador, estimulando a liberdade e a espontaneidade dos respondentes.

Como fio condutor do estudo, elegemos o Planejamento Estratégico Situacional (PES), por considerarmos que tem maiores possibilidades de se adequar a uma realidade em constante mutação, podendo ajudar os enfermeiros a superar o imprevisto como regra do seu cotidiano. Proposto por Carlos Matus, o método favorece a intenção de submeter os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, não permitindo que os mesmos sejam conduzidos e procurando que se transformem em condutores.

O pensamento estratégico aplicado ao planejamento em saúde surgiu no final da década de 70, como forma de superar os problemas inerentes à formulação normativa dos planos. Análises realizadas pelos estudiosos do assunto apontaram para a inviabilidade do planejamento normativo na América Latina, pois este se centra numa lógica economicista e puramente administrativa, desconsiderando o fator social. No início da década de 80, a crise do método normativo abriu espaço para uma nova contextualização do planejamento em saúde.

Neste novo contexto, o planejamento passa a ser instrumento de transformação, pois o enfoque estratégico parte de uma visão política do processo e do ato de planejar. O PES incorpora as idéias de eficácia e eficiência políticas. A metodologia é baseada no conceito de momento, que indica uma ocasião, circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo. Assim, os momentos (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) desenvolvem-se de forma encadeada; nenhum ocorre isolado do outro e pode um deles apresentar, num dado instante, um domínio transitório sobre os demais. Essa é uma concepção bem distinta daquela do planejamento normativo, cujas etapas são lineares e seqüenciais.

O primeiro ponto que caracteriza o enfoque estratégico é o reconhecimento do conflito, o que significa admitir que o ator que planeja tem oponentes. Um segundo elemento é a identificação do planejador como um ator social pertencente ao sistema onde se dará o planejamento, devendo com este interagir. Vem, como decorrência, a aceitação da existência de mais de uma explicação diagnóstica.

Os sistemas sociais, como objetos de reflexão e análise, são produtos de um sistema de idéias que dão forma e estrutura à realidade, em função da visão própria do ator que planeja. Segundo Morin (1982), *os sistemas de idéias, ou ideologias, permitem ver o mundo e também proporcionam visões de mundo*. Portanto, o enfoque estratégico pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos.

No panorama atual do planejamento em saúde na América Latina apresentam-se três vertentes, que, em seu conjunto, significam a consolidação do enfoque estratégico. Porém, apresentam diferenças entre si: a contribuição do pensamento estratégico de Mario

Testa, o enfoque estratégico da escola de Medellín e o planejamento situacional de Carlos Matus.

Acreditamos que o planejamento estratégico situacional seja o mais adequado para ser aplicado ao planejamento da assistência de enfermagem, pela possibilidade de flexibilização permanente de condutas, de acordo com a realidade vivenciada, além de permitir a participação de todos os envolvidos no processo de prestação de assistência, de forma democrática, envolvendo-os e procurando comprometê-los com os objetivos traçados.

É preciso considerar, também, que o PES oferece condições ao enfermeiro de integrar vários instrumentos gerenciais, pois ele engloba os momentos de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das intervenções.

A organização, interpretação e análise fizeram parte da última etapa para compreensão do objeto de estudo da pesquisa. Nessa fase, num primeiro momento, foi feita a transcrição das entrevistas gravadas. Em seguida, procedemos às leituras vertical (de cada entrevista) e horizontal (do conjunto de dados empíricos). A leitura inicial das entrevistas transcritas (leitura flutuante) foi realizada de forma exaustiva, buscando uma maior aproximação dos dados coletados com aquilo que tivesse relevância para a análise. Finalmente, as entrevistas passaram por um processo de redução, ordenação e interpretação.

Os discursos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo descrita por Bardin (1977). Segundo a autora, a análise de conteúdo pode ser definida como *um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter...indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagens* (BARDIN, 1977, p.42) . Ainda diz que essa análise compreende três fases: organização e



leitura detalhada do material, com transcrição das falas, encontro das unidades de significado e, finalmente, estabelecimento de categorias.

Para facilitar o entendimento foi construída uma grelha de análise, na qual cruzamos todas as informações provenientes das enfermeiras entrevistadas com os instrumentos pesquisados, os quais foram analisados, de forma integrativa, sob três prismas: utilização, importância e dificuldades. Isto facilitou a visualização do todo e, ao mesmo tempo, possibilitou identificar os elementos de interação entre os instrumentos gerenciais estudados.

### GRELHA DE ANÁLISE

Instrumentos Entrevistadas	PLANEJAMENTO			SUPERVISÃO			AVALIAÇÃO		
	Utilização	Importância	Dificuldade	Utilização Objetivos	Importância	Dificuldade	Utilização	Importância	Dificuldade
Diamante									
Ágata									
Rubi									
Topázio									
Safira									
Opala									
Pérola									
Quartzo									
Esmeralda									
Ametista									

A partir de então, procedemos à análise das informações obtidas, ancorada no aporte teórico da pesquisa. Utilizamos, para isso, os estudos de Almeida e Rocha (1997), sobre o trabalho da enfermagem; Matus (1996) e Campos (1994), sobre o planejamento estratégico situacional; Ciampone (1991), Castilho e Gaidzinski (1991) e Fugita e Farah (2000), no que se refere ao planejamento da assistência de enfermagem; Nunes (1986) e

Servo (2001), quanto à supervisão; Santos (1998) e Matos (s/d), no que diz respeito à avaliação; Santos (1995) e Trevizan (1987), em relação à função administrativa do enfermeiro.

Para situar melhor o leitor, destacamos as falas dos autores em *itálico* e as falas das enfermeiras em **negrito**. Com a finalidade de garantir o anonimato das participantes, estas foram identificadas com nomes de pedras preciosas, quais sejam: Diamante, Esmeralda, Safira, Rubi, Topázio, Ametista, Pérola, Quartzo, Opala e Ágata.

#### 4 A IDEALIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA DE GESTÃO

O presente capítulo trata do trabalho administrativo do enfermeiro, focalizando a contribuição de vários autores que têm se dedicado a esse tema. Sabemos que esse trabalho compreende quatro processos: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, ensinar/educar e investigar/pesquisar, sendo os três primeiros os mais presentes no seu cotidiano. Nesses processos, a participação dos trabalhadores de enfermagem ocorre de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social no trabalho de enfermagem (CASTELLANOS et al, 1989, ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Para Castellanos et al (1989), o processo de trabalho administrar tem como objeto a organização da assistência e é o mais presente no cotidiano de trabalho do enfermeiro.

O enfermeiro, em menor número na composição da força de trabalho e o mais qualificado por formação, assume o trabalho mais intelectual e a posição mais privilegiada no topo da pirâmide hierárquica, centrando suas atividades no gerenciamento. As atividades nem sempre são direcionadas para a assistência de enfermagem. Muitas vezes o desenvolvimento das atividades burocráticas reproduz a exigência institucional, conforme os valores e a lógica da sociedade capitalista.

Trevizan (1988) e Ferraz (1997) referem que o enfermeiro brasileiro, por razões diversas, concentra suas atividades na área gerencial, na qual predominam as ações administrativas burocráticas.

Segundo Bocchi e Fávero (1996b, p.42),

*quando nos reportamos ao rastreamento histórico da prática da enfermagem brasileira, desde a década de 40 até nossos dias, defrontamo-nos com o enfermeiro desempenhando, predominantemente, a função de gerente do serviço de enfermagem, principalmente no mercado hospitalar”.*

O gerenciamento do trabalho de enfermagem, inserido no processo de produção de saúde, organiza-se e fundamenta-se nos modelos administrativos de Taylor, Fayol e da Burocracia. A forma de organização e divisão do trabalho de enfermagem construiu-se, historicamente, sob a influência dessas teorias administrativas.

Sabemos que, incluído na complexidade organizativa das instituições hospitalares encontra-se o serviço de enfermagem e, neste, o profissional enfermeiro, que, se deparando com um grande contingente de atividades administrativas a ser desenvolvidas, vê-se afastado das atividades assistenciais, tão enfocadas em sua formação acadêmica. Surge, então, a necessidade de entender o significado dessa administração e a sua relação com a assistência de enfermagem. O enfermeiro assume a posição de líder e gerente da assistência de enfermagem, delegando funções aos outros membros da sua equipe.

Não se pode reduzir a importância do trabalho administrativo do enfermeiro, pois, como analisa Ferraz (2000), ele está historicamente inserido na sua prática profissional. Ao enfermeiro não cabe apenas ter competência técnica, mas também é necessária a competência administrativa, para que possa gerenciar a sua unidade e organizar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes sob seus cuidados.

Se os enfermeiros exercem atividades administrativas comprometidas só com os objetivos da organização, eles estão mantendo a burocratização e desempenhando uma função que, segundo Trevizan (1998), é comandada pelo compromisso maior com a organização e menos orientada pelo compromisso com a profissão. Isto faz com que o enfermeiro se distancie da sua equipe de trabalho, que passa a percebê-lo como

representante da instituição e não como membro ativo dessa equipe. O enfermeiro deve planejar as suas ações e as do seu pessoal visando primordialmente ao cliente. Portanto, o exercício da função administrativa deverá estar sempre centrado na assistência ao cliente.

Alguns profissionais consideram que não existe nenhuma relação entre administrar e assistir. Não acham, portanto, que as ações administrativas façam parte da assistência de enfermagem.

Estudos desenvolvidos por Lunardi (1994) e Bocchi; Fávero (1996b) verificaram a predominância do uso do tempo do enfermeiro para o exercício das funções administrativas, para o gerenciamento da unidade e não para a coordenação da assistência de enfermagem.

Observa-se insatisfação de muitos enfermeiros com o exercício das funções gerenciais, acusando-as de os submeterem de forma acentuada às normas institucionais. Lunardi Filho e Lunardi (1996, p.28) afirmam que, *no processo de burocratizações dos hospitais, muitas funções administrativas foram sendo assumidas pelo enfermeiro, com base na teoria clássica da administração*. Sendo essas atividades de caráter burocrático, submetem o enfermeiro ao exercício da chamada função administrativa burocrática. O pensamento burocrático representa o extremo da realidade organizacional.

O pensamento organizacional está voltado para os limites internos da organização, enfatizando tarefas, métodos, funções e pessoas. Já o pensamento estratégico passou a ter uma visualização de dentro para fora da organização. A ênfase é colocada no ambiente e nas demandas ambientais sobre a dinâmica organizacional.

Existem três aspectos importantes permeando a organização do trabalho dos enfermeiros: os determinantes do modelo de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, a postura de negação do processo de trabalho “administrar” e a falta de

preparo adequado do enfermeiro para o desempenho dessa função. Este despreparo pode ser atribuído às transformações ocorridas no conhecimento e na prática da administração, que se deslocaram de um modelo de racionalização do trabalho para um panorama de valorização do homem e de sua formação cultural multidisciplinar. É este hoje, o fator mais importante de desenvolvimento do trabalho e que, ao enfermeiro, não foi possível acompanhar (FERRAZ, 1997).

Observa-se o predomínio do modelo burocrático na organização das instituições brasileiras, sobretudo nos hospitais. Constata-se que os princípios e pressupostos teóricos da administração burocrática foram incorporados pela enfermagem, na medida em que esta, no seu processo de organização, valoriza a divisão e execução de tarefas, a disciplina, a hierarquia, a especialização e, nesta forma racional e funcionalista de organizar o trabalho, cabe ao enfermeiro a função de gerenciar as atividades do grupo e, ao fazer isto, exercer o controle sobre o trabalhador e o trabalho realizado (ROSENDO, 1995).

O exercício da função do enfermeiro envolve atividades não só administrativas, mas também assistenciais, de ensino e de pesquisa.

As ações de natureza administrativa têm por essência a organização do processo de trabalho coletivo na enfermagem. Englobam planejamento, gestão, coordenação, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem. Essas ações administrativas são de extrema significação para a assistência de enfermagem.

Quanto à importância das ações administrativas, concordamos com Galvão et al (2000), para quem o enfermeiro deve desempenhar uma gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação da equipe, bem como o alcance dos objetivos institucionais.

Para Mendes et al (2002), a gerência tem representado um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde e, especificamente, pelos serviços de enfermagem. Esse desafio se estabelece porque as medidas adotadas até hoje, nas práticas organizacionais, têm violado a autonomia dos enfermeiros e desconhecido seu potencial a ser explorado. O pior é que esse cenário se efetiva com o conhecimento ou com a indiferença do enfermeiro.

Assim, a atuação do enfermeiro como gerente pode sofrer grandes modificações. A conscientização quanto à sua competência técnica e humana, unida ao conhecimento gerencial, pode significar uma condição fundamental para as mudanças requeridas.

Na atualidade, observamos que a assistência de enfermagem prestada em algumas instituições públicas hospitalares apresenta-se ineficiente, quer seja pelo déficit de recursos humanos, quer pela precariedade de recursos materiais, o que ocasiona uma queda na qualidade. A experiência vivida nos hospitais tem demonstrado que a assistência prestada se apresenta, portanto, vulnerável, pois estes fatores afetam a qualidade dos serviços.

Após aplicarmos as entrevistas, pudemos depreender, pelas respostas, que muitos enfermeiros relacionam administração com burocracia, como se o trabalho por eles desenvolvido fosse desprovido de criatividade, não dependesse de competência, fosse regido apenas por normas e estivesse mais ligado aos interesses institucionais do que aos do próprio cliente, como mostram algumas falas:

**Na verdade, o que eu priorizo é organizar a entrega do plantão, para que eu possa entregar sem pendências (Ágata).**

**Não é que a gente planeje as atividades, elas já são previamente estipuladas. (Rubi)**

**Quando eu chego para assumir o plantão vejo a ocorrência, vejo as prioridades, o que é que tem para encaminhar e vou fazendo o que é preciso (Esmeralda).**

**Tem dias que eu sou a enfermeira assistencial do setor e tem outros dias que eu sou só mais da parte administrativa, burocrática (Pérola).**

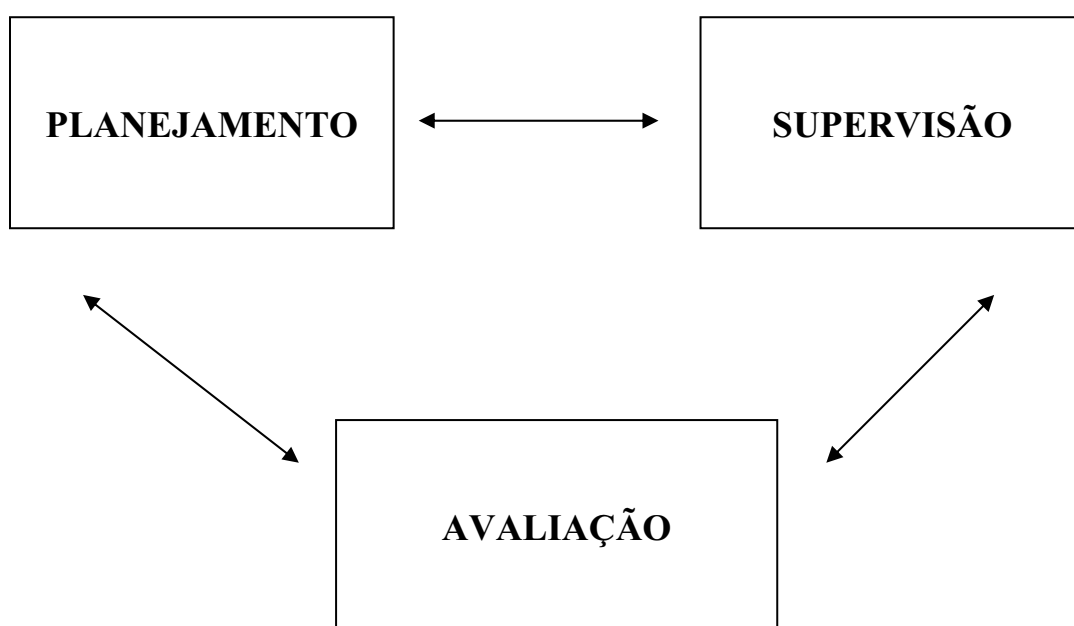
O que é preciso, na verdade, é que os enfermeiros atuem menos como representantes das instituições e evitem cada vez mais a realização de atividades eminentemente burocráticas.



## **5 AS TATUAGENS DA VIDA: AS AÇÕES GERENCIAIS NO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS**

Neste capítulo, buscamos apreender, a partir da fala das enfermeiras, sua visão sobre os instrumentos de gerência já definidos anteriormente, quais sejam: planejamento, supervisão e avaliação, na perspectiva de identificar a importância a eles conferida, sua utilização propriamente dita, bem como as dificuldades no uso desses instrumentos. Essas falas representaram elementos essenciais para a apreensão do propósito deste estudo. Além da extrema importância do material empírico obtido, deve ser considerada, igualmente, a interação mantida entre pesquisador e pesquisadas, na busca de captar a subjetividade das pessoas em relação ao objeto de estudo, por ocasião das entrevistas.

Sabemos que os instrumentos pesquisados são interligados e interdependentes. Assim, no momento em que as ações planejadas são supervisionadas, o seu resultado é avaliado, oportunizando, dessa maneira, o replanejamento das ações, fechando o ciclo.



## 5.1 Sobre a utilização dos instrumentos.

Para Moura (2000), o planejamento é um processo intelectual, a determinação consciente de cursos de ações, a tomada de decisão com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise. Para a autora, planejar é decidir antecipadamente o que fazer, de que maneira fazer, quando fazer e quem deve fazer.

Porém, na prática, identificamos uma realidade diferente. Uma das entrevistadas (Diamante), ao se referir ao planejamento, relata realizar, na sua prática cotidiana, **um planejamento informal, mental, não sistematizado, de eleger prioridades e delegar atribuições**. Outra enfermeira (Rubi) reforça essa conduta, ao afirmar que **não existe um planejamento previamente estipulado, não planeja de forma sistematizada, é mais mentalmente e se detém mais nas atividades pré-estabelecidas**.

Percebemos que o planejamento é utilizado de forma aleatória; é feito apenas mentalmente e mais direcionado para a observância de normas e rotinas pré-estabelecidas.

Para Nunes (1986), supervisionar é mais complexo que verificar, demandando a participação ativa do supervisor e uma relação de parceria com o supervisionado. Assim, no processo de supervisão, ao enfermeiro não cabe fiscalizar, mas também participar do processo de supervisão, conhecendo as necessidades da sua equipe e, acima de tudo, do cliente. Essa afirmação é corroborada pelas enfermeiras, quando dizem:

**Ao mesmo tempo em que estou prestando assistência, estou supervisionando.** (Rubi)

**A supervisão é feita à medida em que você vai trabalhando. Você está todo tempo ali, supervisionando. Não é como uma fiscalização** (Safira).

**A supervisão é feita durante a assistência, uma coisa misturada com a outra, contínua** (Pérola).

O avaliar em enfermagem é fazer um levantamento ou verificação dos procedimentos de enfermagem utilizados e dos resultados obtidos no atendimento das necessidades básicas das pessoas. É um processo contínuo, realizado pelo enfermeiro através de observação e retroalimentação proveniente do paciente, família e equipe. A fala, a seguir, evidencia bem esse fato:

**Para você avaliar a qualidade da assistência teria que envolver quem recebe a assistência. Então, temos que fazer um trabalho com as mães (Safira).**

Fugita e Farah (2000) afirmam que o enfermeiro que não planeja e atua intuitivamente não tem possibilidade de avaliar o próprio desempenho ou da equipe de enfermagem, dificultando uma atuação competente. Muitas enfermeiras concordam com essa afirmação, quando dizem:

**Através da avaliação é que a gente pode avaliar até o próprio desempenho e o dos auxiliares. Ela possibilita também a educação continuada (Esmeralda).**

**Você tem que avaliar, ver os resultados do seu trabalho. Ao avaliar, você está sempre abrindo margem para perceber falhas. E isso é uma mão dupla: você não está só avaliando, também está sendo avaliada. As melhorias vêm da avaliação (Diamante).**

Cabe à supervisão o planejamento de recursos humanos, através da identificação de necessidades de pessoal, treinamento e lotação, além do supervisor atuar como instrutor.

O processo de supervisão deve ocorrer dentro de um contexto em que seja promovida sua ligação permanente com as funções de planejamento e programação em saúde. A avaliação é integrante do planejamento ou sistema de supervisão, visando continuamente aferir a eficiência, efetividade, eficácia, adequação, níveis de terminalidade, resolutividade, desempenho, qualidade dos serviços prestados e a pertinência dos

programas. Observamos que, a todo momento, as enfermeiras se referiam às suas atividades de supervisão imbricando-as com as de planejamento e, em alguns momentos, com a avaliação:

**Faço a supervisão: checo tudo no setor, vejo como os auxiliares desenvolveram o trabalho deles e se deixaram algo pendente...Costumamos fazer escala de atribuições de funções.** (Ametista)

**Em todo momento você está realizando a supervisão, você está verificando, avaliando se algo que você pensou realmente está tendo os resultados esperados.** (Quartzo)

**Com base na minha supervisão procuro avaliar os pontos básicos, o que a pessoa tem dúvidas, como está evoluindo.Então, com base na supervisão que eu faço é que eu avalio. Uma coisa está ligada à outra. À medida que eu supervisiono, eu já consigo avaliar os resultados.** (Opala)

O conteúdo da supervisão exercida pela enfermeira na instituição está voltado para o cumprimento de tarefas e direcionado para a normatização e padronização do que fazer, como fazer e em que tempo, expressando o pólo controlador dessa função. Isso ficou patente quando várias das entrevistadas expressaram utilizar uma escala diária de atribuições para delegar atividades aos auxiliares e estar **sempre verificando se algo que você delegou foi feito, olhar as atribuições...**(Esmeralda). Também quando dizem **que supervisão é você estar lá, fiscalizando, olhando...**(Rubi).

Santos (1993) expressa que o serviço de enfermagem hospitalar se encontra inserido num contexto organizacional que valoriza o cumprimento de normas e procedimentos, visando à garantia de um resultado favorável, relativo à continuidade da assistência em termos qualitativos e quantitativos. Reforça, ainda, que o exercício da supervisão exige o uso das habilidades administrativas e técnicas. Conseqüentemente, não

havendo domínio por parte da supervisora em uma ou em ambas as habilidades, os objetivos da supervisão não são alcançados.

Concordamos com a autora, pois os depoimentos obtidos reforçam suas afirmativas:

**A gente fica muito dentro da gerência, mas ainda não conseguiu estruturar isso.** (Esmeralda)

**Faço supervisão através da observação, mas instrumento em si a gente não tem.** (Quartzo)

Para se ter uma supervisão eficiente é necessária a adoção de uma metodologia de trabalho que a contemple como processo dinâmico, que envolva o planejamento, a execução e a avaliação das atividades realizadas. Portanto, é imprescindível, para a otimização do trabalho, a utilização sistemática dos métodos, técnicas e instrumentos de supervisão, pela enfermeira.

Algumas enfermeiras já demonstram possuir uma idéia mais avançada da supervisão, quando dizem que esta **implica em ter um bom relacionamento, forma de falar...Colocar nas reuniões não só os problemas, mas elogiar, não só criticar** (Safira). Ou ainda: **faço supervisão através da visita leito a leito e através das anotações nos prontuários** (Opala).

Um anônimo ressaltou o valor de um elogio, ao afirmar que *o elogio é como o ouro e os diamantes, vale devido à sua escassez*. Não podemos esquecê-lo.

Quando indagadas sobre quais os objetivos da supervisão que realizam, assim respondem:

**Pela lente do cliente, a qualidade do serviço. Pela lente da equipe, a coordenação dessa equipe (Diamante).**

**O objetivo principal da supervisão é observar a assistência do auxiliar e ver se a assistência que está sendo prestada ao paciente é a melhor possível (Quartzo).**

**Melhoria da assistência prestada, uma assistência com qualidade e a satisfação do paciente (Topázio).**

Quase todas as respostas apontaram para um objetivo: a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Embora dito de formas diferentes, isso pôde ser percebido como o propósito principal da supervisão realizada pelas enfermeiras.

Estudo realizado por Servo (2001) constatou que a orientação e a avaliação dos funcionários durante a execução das atividades, para identificar necessidades de treinamento, foram referidas por 67,5% dos sujeitos. Os depoimentos, a seguir, obtidos nas entrevistas, estão em consonância com essas afirmações:

**Observo o auxiliar no momento em que ele está desenvolvendo alguma técnica para ver se a assistência está sendo dada corretamente (Ágata).**

**Procuro fazer com que não fiquem falhas na assistência que causem danos ao paciente e que o auxiliar saiba o que está fazendo (Pérola).**

Está bastante explícita a preocupação das enfermeiras em procurar oferecer uma assistência de qualidade, quando citam diferentes formas de observar o trabalho desenvolvido pela sua equipe, com a finalidade de qualificá-lo.

No estudo citado, a autora revelou, também, que a reunião com os membros da equipe de enfermagem era a técnica de supervisão mais utilizada (97,6%), seguida de demonstração de procedimentos de enfermagem (90,4%).

Na nossa pesquisa, os resultados não apresentam diferença. As reuniões são referidas pelas enfermeiras como a forma mais utilizada para discutir a questão da supervisão:

**A gente tem períodos (mensalmente) que se senta com os auxiliares para ver se está tendo problema** (Quartzo).

**Tenho reuniões com a minha equipe para ver a necessidade do setor** (Ametista).

Quanto à finalidade dessas reuniões, a mais apontada foi a resolução de questões inerentes ao serviço, como mostram os discursos:

**Temos reuniões com os enfermeiros e com os auxiliares, onde se discute basicamente as rotinas. Normalmente as reuniões são para falar das dificuldades.** (Pérola)

**Mensalmente a gente tem reuniões por setor e vai avaliar as rotinas que não deram muito certo, as falhas na nossa equipe** (Esmeralda).

Diante desses depoimentos fica muito claro que os maiores alvos das discussões, nas reuniões da equipe de enfermagem, são os problemas, as dificuldades, os erros constatados no desenvolvimento do trabalho. Esquecem de ressaltar aquilo que está dando certo, de elogiar os êxitos conseguidos, o que provoca uma certa desmotivação da equipe para participar dessas reuniões.

A demonstração dos procedimentos de enfermagem também apareceu nestas falas:

**Geralmente faço supervisão só através da observação e, muitas vezes, demonstrando ações** (Pérola).

**Faço supervisão participando da rotina dos auxiliares. Vou para o banho com eles, para o curativo junto com eles, para as punções venosas...**(Esmeralda).

Podemos apreender que, com relação ao planejamento, este ainda não é concebido como um instrumento de gerência do cotidiano. Alguns enfermeiros, influenciados pelo planejamento normativo, ainda o vêem dissociado da ação. Esse fato pode ser demonstrado nas falas, a seguir, quando as enfermeiras são questionadas sobre o motivo por que não planejam:

**Nos locais onde eu trabalho e onde eu trabalhei nunca houve um instrumento de planejamento sistematizado (Pérola).**

**A gente não segue uma metodologia, um planejamento específico para dentro de cada setor (Ametista).**

Apenas uma das entrevistadas possui uma visão diferente, pois entende o planejamento como um processo coletivo, participativo, que se completa na ação, o que pode ser constatado quando ela se expressa:

**Observo que, quando o planejamento é conjunto, com a equipe, os resultados são melhores do que quando planejo sozinha. Estou usando o planejamento participativo para vencer barreiras e dificuldades que encontro dentro da equipe de enfermagem. (Diamante)**

Esta fala é a mais emblemática, a que melhor demonstra a tentativa de trilhar novos caminhos em direção à gerência participativa, reconhecendo-a como mais eficaz para a obtenção das transformações desejadas.

## **5.2 Palavra e ação: razões reveladas pelos enfermeiros.**

Em relação à importância dos instrumentos gerenciais, houve uma unanimidade de pensamento: todas consideraram que o planejamento, a supervisão e a avaliação eram extremamente importantes.



Quanto ao planejamento, assim se expressam:

**Planejamento é tudo na vida. Já pensou se eu chegasse na UTI e não tivesse um planejamento da minha rotina diária?** (Esmeralda)

**É fundamental planejar, porque se a gente não planeja a gente se perde** (Safira).

**Acho importante porque é através dele que se traça a rotina do trabalho,** (Ametista)

Fugita e Farah (2000) dizem que o planejamento é uma ferramenta utilizada em atividades das mais diversas áreas de atuação profissional e que deve ser usado sempre que se quiser evitar ficar por conta do imprevisto, pois é através dele que se formula antecipadamente um esquema detalhado para se alcançar um objetivo. Essa afirmativa encontra, a seguir, eco nas falas:

**Se ele é importante de ser usado em qualquer área, na saúde é indispensável.** (Rubi)

**Acho primordial planejar. Se a gente não planeja entrega o trabalho ao imprevisto, à sorte, a toda situação inesperada** (Diamante).

A sistematização da assistência de enfermagem é importante, porque organiza o trabalho através da operacionalização de todas as fases da metodologia de planejamento. A negligência dessa sistematização é uma das principais razões da desorganização e falta de confiança nas atividades de enfermagem (FUGITA; FARAH, 2000). Isso pode ser reforçado através de algumas respostas das enfermeiras:

**Quando não consigo planejar, mesmo que de forma não estruturada, sei que vou identificar falhas posteriores, que poderiam ter sido corrigidas** (Diamante).

**É através do planejamento que se traça objetivos para depois ver se realmente foram atingidos (Ametista).**

**O planejamento faz parte do cotidiano, para organizar melhor o trabalho. (Ágata)**

**Acho que, quando se faz um planejamento escrito, é bom. Ganha mais tempo e otimiza as atividades (Opala).**

Apesar de todas as enfermeiras afirmarem considerar importante o planejamento, esse pensamento não é posto em prática, pois nenhuma o exerce no seu cotidiano de forma sistematizada.

No que se refere à supervisão, esta é reconhecida como a função gerencial mais presente no dia-a-dia das enfermeiras e, portanto, considerada a mais importante, como pode ser constatado nas falas seguintes:

**A supervisão é indispensável, é a somatória do nosso trabalho (Diamante).**

**Com certeza é importante, porque na enfermagem a supervisão favorece a prestação de uma assistência boa (Rubi).**

**A supervisão é importante para a enfermagem, porque você vê a qualidade da assistência que está prestando (Safira).**

Ao se reportarem à avaliação, assim se pronunciam:

**A avaliação é importante até para que se melhore. Na hora em que a gente avalia vê se precisa melhorar ou se está muito bom assim e continua (Pérola).**

**Quando não faço a avaliação, sinto falta e vejo que as coisas não andaram como deveriam ter andado (Diamante).**

**É muito importante avaliar, porque se a gente não realizar a avaliação da qualidade da assistência, você acaba fazendo as coisas por fazer (Safira).**

Constatamos que não é questionada, em nenhum momento, a importância dos instrumentos pesquisados, reconhecidos como extremamente válidos para a condução da gerência da assistência. Isto representa, portanto, uma incoerência com os achados da pesquisa, quando verificamos a pouca utilização desses recursos.

### **5.3 Impasses e dificuldades no uso dos instrumentos gerencias.**

A enfermagem tende a negligenciar o planejamento por fatores diversos, como ausência de conhecimento e experiência na criação de um programa de planejamento (FUGITA; FARAH, 2000). Isto é expresso pelas enfermeiras, quando dizem:

**Falta embasamento teórico, tempo e também há um vício em não fazer** (Rubi).

**A falta de conhecimento do instrumento é uma dificuldade. Outras são a multiplicidade de tarefas e a falta de prática** (Quartzo).

**Uma das dificuldades é a falta de hábito de planejar. Arruma-se as coisas na cabeça, vê as prioridades e pronto** (Topázio).

As tentativas de implementação do planejamento da assistência de enfermagem em hospitais são freqüentes e muitas vezes não se concretizam. Castilho e Gaidzinski (1991) descrevem, como fatores mais comuns para o insucesso, a falta de tempo, o medo de empregar terminologias incorretas, não estar convencido da importância de se planejar e a falta de coragem diante da responsabilidade da tarefa.

No nosso estudo, várias são as justificativas das entrevistadas para a não utilização do planejamento no seu trabalho, quando falam das dificuldades para planejar, tais como: a falta de tempo, de recursos, de profissionais, de capacitação, dentre outras, como revelam alguns depoimentos:

**A gente termina sentindo dificuldade na questão de tempo, porque a gente fica tanto na supervisão quanto na assistência (Ametista).**

**Dificuldades existem decorrentes de deficiências que nós temos no serviço: quantidade de leitos por enfermeiro, deficiência de enfermeiros (Pérola).**

**Acho que a maior dificuldade para implantar uma assistência sistematizada é a falta de hábito do enfermeiro de planejar (Pérola).**

A questão do tempo, apesar de ter sido a mais enfatizada pelas entrevistadas, foi também reconhecida como uma forma de justificar as próprias falhas, quando algumas assim se pronunciavam:

**Uma das dificuldades, algumas vezes, eu acho que é o tempo. E, às vezes, a sua própria organização enquanto profissional, porque você não organiza seu tempo e termina utilizando esse tempo para outras coisas, não direcionando para o planejamento (Esmeralda).**

**Na prática não existe planejamento. Não sei se é por falta de tempo...Talvez isso seja até uma desculpa (Rubi).**

Um pensador anônimo, ao divagar sobre a questão do tempo, afirmou que *tempo é aquilo que o homem está sempre procurando matar, mas que acaba matando-o*. Victor Hugo reafirma essa reflexão ao dizer que *a vida já é curta, mas a tornamos ainda mais curta desperdiçando tempo*.

Foi constatado por Servo (2001) que 68,7% das enfermeiras entrevistadas não sistematizavam o planejamento da assistência aos clientes. A realidade encontrada por nós é ainda mais contundente, pois todas as enfermeiras (100%) confessaram não estar fazendo um planejamento sistematizado da assistência.

Sabemos que uma supervisão de enfermagem, com qualidade, necessita de enfermeiros qualificados e em quantidade suficiente. Porém, o que é relatado pelas

enfermeiras é a escassez ou uma distribuição e utilização deficientes desse profissional em alguns locais e horários, como podemos constatar nos seus pronunciamentos:

**Quando você fica sobrecarregada com vários setores sua supervisão cai, você não dá conta de tudo** (Rubi).

**Tem setor que é desumano para uma enfermeira: 48 leitos, sendo 30 a 40% de pacientes graves, todos para uma enfermeira. O que eu observo, num local como esse, é que não há uma boa supervisão e a assistência fica muito a desejar** (Quartzo).

**A maior dificuldade é a falta de enfermeiros, ficando às vezes um para todo o hospital** (Ágata).

Em relação às dificuldades existentes no trabalho de supervisão do enfermeiro, a autora ainda observou os seguintes dados: falta de autonomia profissional (80,7%), deficiência de recursos humanos (67,5%), de recursos materiais e ambiente físico inadequado (63,9%) e relações pessoais insatisfatórias (54,2%).

Curiosamente, não apareceu nenhum depoimento, nas nossas entrevistas, referente à questão da autonomia, de recursos materiais e de ambiente físico, entretanto foi a deficiência de recursos humanos a mais relatada pelas enfermeiras:

**A maior dificuldade, para mim, é a falta de enfermeiros** (Ágata).

**O que dificulta mais é a sobrecarga dos enfermeiros** (Pérola).

**Há um acúmulo de atribuições que são cobradas da gente** (Esmeralda).

A assistência de enfermagem feita de forma sistematizada objetiva atender às necessidades dos clientes. Vale ressaltar que a enfermagem tem um papel de destaque no processo de qualidade, pois corresponde ao maior percentual de recursos humanos da instituição de saúde e tem contato direto e contínuo com o cliente hospitalizado e seus familiares.

Embora a maior parte dos enfermeiros tenha a percepção das necessidades de uma sistematização, a utilização de um método, na prática, ainda é muito pequena e, em muitos casos, ocorre sob forma experimental (CAMPEDELLI, 1989).

Quanto às dificuldades apontadas pelas enfermeiras, na realização da avaliação, expressaram-se com maior precisão e de forma mais contundente:

**O rodízio dificulta a avaliação. Também o temor que as pessoas têm de ser avaliadas (Diamante).**

**Tem uma certa dificuldade pela própria equipe. Nem todas as pessoas são abertas para conversar, principalmente os funcionários mais antigos (Rubi).**

**Acho que a avaliação é muito subjetiva. Como a gente não tem uma avaliação escrita, então fica muito subjetiva. Se tivesse um método...(Opala).**

E continuaram seus discursos, descrevendo outras situações vivenciadas que consideram empecilho para realizar a avaliação da assistência:

**Há falta de conhecimento técnico. E a sobrecarga também é uma dificuldade. (Pérola)**

**Na realidade a gente conhece um pouco da teoria, que na prática a gente vai sempre adaptando. Acredito que é preciso fazer um estudo melhor (Ametista).**

**Mais a informação sobre o próprio instrumento e a falta dele. Se houvesse um instrumento formal, um esquema, ajudaria (Esmeralda).**

Pudemos observar, na maioria das falas, que a causa básica de muitas dificuldades é a falta de conhecimento e de um instrumento que organize a avaliação. A própria subjetividade, ressaltada por uma das entrevistadas, parece estar relacionada à falta de um instrumento de sistematização.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A INTENÇÃO E O GESTO.**

A área de administração vem passando por muitas transformações, que caminham do modelo burocrático para o de uma gerência flexível, na qual o trabalho está fundamentado no conhecimento, o que constitui um grande desafio, se levarmos em conta a produção científica, tecnológica e humanitária atual.

A discussão acerca do papel gerencial do enfermeiro nos hospitais assume, nesse contexto, uma elevada significação, levando-se em conta as rápidas mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho.

Há enfermeiros que agem sob o domínio da cotidianidade, sem qualquer reflexão, ou seja, reproduzindo uma prática sem criatividade. Estes enfermeiros se prestam a assumir papéis previamente definidos pelas instituições, com a finalidade de reproduzir as relações sociais, mascarar as contradições decorrentes e evitar qualquer comportamento novo. Porém, há outros que se aventuram na busca de novos conhecimentos, trazendo-os para o cotidiano de uma forma original e criativa.

Quando o enfermeiro é investido da função administrativa detém certa autoridade, que lhe assegura exercício de poder e possibilidade de coordenar ações que garantam a adoção e a manutenção de uma filosofia do cuidado. Portanto, podemos concluir que, se o espaço gerencial for utilizado de forma competente e estrategicamente planejada, pode se constituir em uma importante alternativa para conquistar autonomia, com liberdade para exercer a criatividade. O saber administrativo, como instrumento de trabalho do enfermeiro, determina a necessidade de um conhecimento ampliado da administração, utilizando-o como meio para o desenvolvimento da profissão.

O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao cliente à luz de novas perspectivas, com alternativas para a transformação dessa gerência, deve ser apoiado em valores mais flexíveis, inovadores e humanos. Esse processo de transformação decorrerá da integração de novos conhecimentos.

Constatamos, no decorrer do nosso estudo, que as enfermeiras não estão utilizando de forma efetiva os instrumentos gerenciais. Algumas falas transmitem insegurança, contradição e mesmo uma certa ambivalência nas respostas, além de muitas explicitarem a dificuldade no uso desses instrumentos, quer por problemas de ordem institucional, quer por falta de domínio do ponto de vista técnico, ou seja, não se sentem com competência para tal. Apesar disso, deixam transparecer uma insatisfação com a situação vivenciada, uma vontade de mudar, uma disposição para buscar saídas.

As dificuldades observadas estão ligadas, em alguns momentos, aos atores. Estes, influenciados por fatores diversos, são resistentes às mudanças. Em outros momentos, estão relacionadas à instituição. A cultura da organização institucional é tradicional e burocrática, dificultando o agir criativo das enfermeiras, que contraria atitudes e interesses já cristalizados. Porém, podemos perceber que há uma abertura para mudar, por parte das enfermeiras, pois, do ponto de vista do imaginário, está na mudança a possibilidade da sua realização profissional.

Pelos relatos, vimos que o planejamento da assistência vem sendo feito apenas mentalmente, de modo simplista, informal e sem nenhuma documentação. Não é sistemático, acontece apenas na medida em que as necessidades vão sendo identificadas. Pela forma como as enfermeiras descrevem a sua utilização, apreendemos que esse planejamento não está sendo direcionado para a assistência. Assim, por não estarem se valendo de uma metodologia de planejamento, as enfermeiras, conseqüentemente, não



estão determinando as ações de enfermagem de modo a atender às necessidades da clientela.

Embora afirmem a importância de um planejamento sistematizado, para uma assistência de qualidade, as enfermeiras reconhecem que estão trabalhando apenas com rotinas pré-estabelecidas pela instituição. A metodologia do planejamento estratégico situacional, participativo, pode ser apontada como uma alternativa para nortear suas ações. Este planejamento deve ser fortalecido na definição do modelo assistencial e na explicitação de metas e resultados a serem alcançados, rumo à consolidação do SUS.

Dentro do processo de trabalho “administrar” da enfermeira ficou evidente que é na supervisão que ela se faz mais presente. Apesar de todas dizerem que a supervisão faz parte do trabalho da enfermeira e que a realizam no dia-a-dia, nenhuma relatou utilizá-la de uma forma estruturada. Podemos inferir que as enfermeiras realizam a supervisão, porém, sem sistematizá-la.

Outrossim, significa dizer que as enfermeiras não estão aplicando os conhecimentos científicos de forma articulada com os métodos, técnicas e instrumentos de supervisão. Assim, a operacionalizam sem fazer a devida associação entre teoria e prática. Isso sinaliza, de certa maneira, o pouco preparo para o exercício da função, como afirmam em seus depoimentos muitas das entrevistadas.. Porém, pudemos apreender, dessas falas, que há, por parte de muitas enfermeiras, o desejo de um fazer diferente e a consciência de que a supervisão é um processo contínuo, que caminha lado a lado com a assistência prestada ao cliente. Houve unanimidade quanto à importância da supervisão, pois todas enfatizaram a sua relação com a melhoria da qualidade da assistência, tendo este sido o mais citado objetivo da supervisão realizada. Existe, portanto, a necessidade de que enxerguem com clareza que a supervisão em enfermagem, como função inerente à sua prática, precisa ser

mais bem estruturada e sistematizada, para respaldar decisões técnicas, éticas e políticas adequadas.

Considerando que os momentos de avaliação sob a condução das enfermeiras estão se dando quase que exclusivamente durante as reuniões da equipe de enfermagem, que ocorrem mensal ou bimensalmente, concluímos que a avaliação do trabalho propriamente, junto aos clientes, é realizada de forma indireta, esporádica e, conseqüentemente, não é contínua e nem sistemática. Apesar de demonstrarem preocupação por não estar avaliando o resultado do trabalho da enfermagem e o grau de satisfação do cliente, continuam presas à avaliação de rotinas. Mas, embora isso ocorra, observamos que a sistematização desse processo vem despertando o interesse das participantes desta pesquisa.

Do ponto de vista metodológico, verificamos que algumas enfermeiras sentem dificuldade no uso dos instrumentos de gerência, conforme já notificamos, queixando-se de faltar-lhes ferramentas básicas para otimizar essa utilização, tais como: o próprio instrumento, um maior embasamento teórico e o conhecimento técnico sobre o assunto.

Ao falar sobre as dificuldades enfrentadas para sistematizarem seu trabalho, elas reclamam da falta de tempo. Porém, o que percebemos nas entrelinhas, e que chegou até a ser mencionado por uma delas, é que a falta de tempo muitas vezes é apenas uma desculpa para justificar a omissão. Na verdade, observamos que um dos maiores problemas apontados concentrava-se na fragilidade teórica e técnica na área da gerência, além da falta de instrumentos que as orientassem.

Outras dificuldades também foram ressaltadas: na área de recursos humanos, o número reduzido de enfermeiras, técnicos e auxiliares; o trabalho em equipe multiprofissional; o envolvimento com a burocracia; o excesso de atribuições, que provoca

sobrecarga de trabalho para as enfermeiras. Todos esses fatores interferem na organização e na execução do processo gerencial.

Pudemos perceber, igualmente, através de algumas falas, o problema que representa a pouca qualificação da equipe de enfermagem. Trabalhar com as anotações de enfermagem, da forma como estas se processam, é uma grande queixa relatada pelas enfermeiras. Apesar da preocupação governamental com a qualificação dos profissionais de enfermagem de nível médio, expressa através de programas como o PROFABE, por exemplo, ainda continua patente a necessidade de melhorá-la, considerando a dificuldade dos enfermeiros para a obtenção de anotações de qualidade e, mais do que isso, a garantia de um cuidar com competência por parte dos que compõem a sua equipe.

Todo esse cenário, que foi desenhado com tintas fortes, não deve expressar desânimo ou desalento.

Essas considerações representam a nossa inquietação com a conclusão do trabalho, por considerarmos que muito ainda há que ser feito. Por isso, significam muito mais um convite à reflexão, a novas indagações, ao exercício contínuo de reconstrução da realidade estudada.

Assim sendo, este trabalho poderá contribuir tanto com o ensino quanto com a prática, pois constrói, a partir das falas das enfermeiras, um retrato do fazer cotidiano, do seu exercício profissional, em uma tentativa de fornecer uma explicação para a compreensão da realidade.

O ensino na área de administração em enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, incorporou estratégias que propiciam a participação do aluno no seu processo de formação e uma maior integração ensino/serviço. Além disso, o próprio contexto político dos anos 90 favoreceu discussões nos serviços que vêm contribuindo para

uma prática mais reflexiva e de maior envolvimento com a realidade. Apesar de alicerçado, portanto, numa concepção mais moderna de gerência, esse ensino não pode, por passe de mágica, mudar uma realidade que está historicamente calcada numa filosofia administrativa mais tradicional. Vale ressaltar que o período da mudança ocorrida nesse ensino pode ser considerado relativamente pequeno (apenas onze anos) e, como toda experiência nova, precisa de tempo para se consolidar. Lembremos das palavras de Rousseau, para quem *a paciência é amarga, mas seu fruto é doce*.

Não podemos, também, desconsiderar as dificuldades que os egressos enfrentam, ao se inserir no mercado de trabalho e se deparar com um contexto bem tradicional. Os profissionais enfermeiros foram formados desde muito tempo para ser submissos à hierarquia hospitalar. As dificuldades pessoais, aliadas à inexperiência, à insegurança e ao medo de perder o emprego, muitas vezes inibem os enfermeiros, que temem ousar e preferem se acomodar às exigências institucionais, por achar que não podem lutar contra elas.

Parece ser necessário trabalhar não só os instrumentos gerenciais, mas também o compromisso social e profissional do enfermeiro, para provocar mudanças efetivas na sua práxis. Para que isso se efetive não se pode perder de vista a discussão sobre as diretrizes curriculares e o projeto político-pedagógico da enfermagem. A formação do enfermeiro deve manter interlocução permanente com a ética e com o exercício profissional, que devem ser temas transversais em todo o currículo.

Bianco (2000, p.111), diz que:

*Se é na concretude do cotidiano que as ações acontecem, faz-se fundamental a compreensão das mesmas, para que possa surgir um novo pensar, um novo criar e recriar, em movimentos historicamente situados. Buscar compreender a realidade em sua pluralidade pode ser o caminho a trilhar para a resolução dos problemas que afligem os enfermeiros.*

Finalizamos fazendo nossas as palavras de um anônimo, quando muito sabiamente expressou que *ter êxito é conseguir o que desejamos. Ser feliz é desejar o que conseguimos.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, S. M. P. F. Gerenciamento em saúde: implicações, tendências e perspectivas para a enfermagem. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 45, 1993, Recife. Anais... Recife: ABEn-PE, 1993, p.3-103.

BIANCO, M. H. C. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano**: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: EDUSC, 2000.

BOCCHI, S. C. M.; FÁVERO, N. O processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem, em um hospital universitário. **Rev. Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.5, n.2, p.218-246, jul./dez. 1996a.

\_\_\_\_\_. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um Hospital Universitário. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.2, p.41-59, jul. 1996b.

BRASIL, Ministério da Saúde **Guia de supervisão em estabelecimento de saúde**. Brasília: Centro de documentação, 1981.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap.2, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. de S.; MERHY, E. E. ; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

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

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R. R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 16. p. 207-214

CHIAVENATO, I. **Administração, teoria, processo e prática**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1995.

CIAMPONE, M. H. T; Metodologia do planejamento na enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap.4. p.41-57.

CIAMPONE, M. H. T; PELUZZI, M. **Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência**. Manual de Enfermagem. Disponível em: < [www.ids.saúde.org.br/enfermagem](http://www.ids.saúde.org.br/enfermagem). Acesso em: 20 maio 2002

CUNHA, K. de C. Supervisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 10. p.117-132.

DONABEDIAN, A. **Defining and measuring the quality of health care: perspective for clinicians**. New York: Williams & Wilkins, 1982.

FÁVERO, N. O. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 92f. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1996.

FERRAZ, C. A. Gerenciamento de enfermagem: do modelo burocrático à administração flexível. **Caderno de atualização científica. Série Medicina & Saúde: o domínio da transição no gerenciamento de enfermagem para o século XXI**. São Paulo: SOBRAGEM; Frontis Editorial, 1997, p.3-15.

\_\_\_\_\_. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista Enfermagem**, v.13, Número Especial, Parte I, p. 91-97. 2000.

FORMIGA, J. M. M. **Virando a página**: trajetos de uma prática acadêmica em administração. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2000.

FORTES, A. O planejamento estratégico situacional participativo. In: BROSE, M. (Org.). **Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

FOX, D. M.; FOX, R. T. Strategic planning for nursing. **J. Nurs. Adm.**, p.11-17. 1983.

FUGITA, R. M. I.; FARAH, O. G. D. O Planejamento como Instrumento Básico do Enfermeiro. In: CIANCIARULLO, T. I. (org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.8, p. 99-109.

GALVÃO, M. C. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v.8, n.5, p.34-43, 2000.



GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.247-259, jul./set. 1990.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, C. B. (Org.). **O Livro das Citações**: para todas as ocasiões. Rio de Janeiro: Ediouro, [198...?].

LEITE, M. L. S. Padrão de supervisão da enfermagem em hospital de Feira de Santana.

**Rev. Enf. Brasília**, v.50, n.2, p.169-182, abr/jun, 1997

\_\_\_\_\_.Planejamento estratégico situacional: uma possibilidade para a sistematização em enfermagem. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 48, 1996, São Paulo. Programa... São Paulo: ABEn-SP, 1996, p.142/Resumo.

LUNARDI, V. L. Responsabilidade profissional da enfermeira. **Rev. Texto & Contexto Enf.** Florianópolis, v.3, n.2, p.47-57, jul/dez. 1994.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re) organização da prática profissional do enfermeiro. **Rev. Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v.5, n.2, p. 20-34, jul/dez. 1996

LUNARDI FILHO, W. D.; **O Mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à Medicina**. Pelotas: Universitária, Florianópolis: UFSC, 2000.

MARX, L.C; MORITA, L. C. **Competências gerenciais na enfermagem**: a prática do sistema primary nursing como parâmetro qualitativo da assistência. São Paulo: BH Comunicação, 2000.

MATOS, A.V. **Avaliação dos serviços de saúde**.(Texto mimeo, s/l, s/d).

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MEDICI, A.C; SILVA, P. L B. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Revista de Administração Pública**, v.26, p.26-36, jul/set. 1993.

MELO, C. M. M. de. **Divisão social do trabalho e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, D. C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.9, n.2, p.67-72, dez. 1988.

MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

MENDES, I. A C.; TREVIZAN, M. A.; LOURENÇO, M. R. “La gerencia aclarada en el trabajo del enfermero”. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. v.10, n.5, p.704-708, set./out.2002.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994.

MIRANDA, M. A. de L. **Dilemas e desafios de uma prática**: o enfermeiro e o gerenciamento da assistência em um hospital público. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2000.

MORIN, E. **Para salir del siglo XX**. Barcelona: Kairos, 1982.

MOTA, M. L. B. **O planejamento estratégico situacional no trabalho de assistentes sociais**: um estudo na rede básica de saúde da SMS- Natal - RN. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2003.

MOURA, M. L. P. de A. Desafios da gerência na prática da enfermagem na área privada hospitalar. In: **ENCONTRO DE DOCENTES DE ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM**, 1, 2000, Recife. Anais... Brasília: ABEn-DF, 2002, p.14-17.

NEVES, E. P. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem**: validação de um instrumento. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1977.

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

NUNES, T. C. M. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.466-476, out/dez. 1986.

PETTY, J. (comp.). **Pensamentos de Ouro**. São Paulo: Paulinas, 1992.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

REHEM, R.; MENDES, V. In: **Textos de apoio em administração**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

ROCHA, J. S. Y. Saúde e planejamento: novos paradigmas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.135-146, mar/abr. 1998.

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

SANTOS, I. dos. **Problemas de enfermagem**: planos de ação. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1990.

\_\_\_\_\_. **Supervisão em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

SANTOS, L. A. **Avaliação em enfermagem**: uma nova perspectiva. Aracaju: Sergrase, 1998.

SANTOS, S. R. dos. **Administração Aplicada à Enfermagem**. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.

SERVO, M. L. S. Supervisão sistematizada: caminho para o aprimoramento contínuo da força de trabalho em enfermagem. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 51. **CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA**. 1999, Florianópolis. Programa... Florianópolis: ABEn- SC., 1999, p.171/Resumo.

SERVO, M. L. S.; CIAMPONE, M. H. T. **O ensino da supervisão em enfermagem**: um enfoque centrado no pensamento racional ou estratégico? São Paulo: 1999.

SERVO, M. L. S. **Supervisão da enfermeira em hospitais**: uma realidade local. Feira de Santana-BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.

\_\_\_\_\_. **Supervisão em enfermagem**: o (re)velado de uma práxis. Feira de Santana - BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, V. R. **A Prática Gerencial do Enfermeiro em Instituições Hospitalares**.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola Paulista de Medicina. Universidade  
Federal de São Paulo. São Paulo, 2000.

SILVER, L. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde**. (texto mimeo,  
s/l, s/d).

TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde.  
**Série Saúde e Cidadania**, São Paulo, v.50, n.2, p. 159-182, abr/jun., 1998.

TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização  
hospitalar. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, n.4, p.205-207, out/dez. 1987

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração & burocracia. Brasília: UnB,  
1988.

TREVIZAN, M. A. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São  
Paulo: Sarvier, 1993.

TREVIZAN, M. A. et al. Struggling for the establishment of a new ethics to nurses  
managerial work. In: **WORLD CONGRESSION MEDICAL LAW**, 12, 1998, Slófok.  
**Proceeding...** Hungary: 1998, p. 656-666.

TREVIZAN, M. A. et al. Dimensões factual e virtual no gerenciamento da enfermeira.  
**Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.4, p.520-528, out./dez. 1999.

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

VARELLA, T. C. **Supervisão** (texto mimeo, s/l, s/d).

ZANEI, S. S. V.; SILVA, C. G.; RICCIO, G. M. G.; PELLIZZETTI, N. Avaliação: um instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.9, p. 111-135.

ZANON, U. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.