

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO: UMA ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS**

CURITIBA
2009

JULIANA HELENA MONTEZELI

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO: UMA ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª: Dr^ª. Aida Maris Peres

Co-orientadora: Prof^ª: Dr^ª. Elizabeth Bernardino

CURITIBA
2009

Montezeli,, Juliana Helena

O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais. / Juliana Helena Montezeli. Curitiba, 2009. 135f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Aida Maris Peres.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem em Emergência. 2. Pesquisa em Administração de Enfermagem. 3. Competência Profissional. 4. Gerenciamento de Prática Profissional. I. Título. II. Peres, Aida Maris.

TERMO DE APROVAÇÃO

JULIANA HELENA MONTEZELI

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Aida Maris Peres
Prof^a: Dr^a. Aida Maris Peres
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Maria Helena Trench Ciampone
Prof^a: Dr^a. Maria Helena Trench Ciampone
Membro Titular: Universidade de São Paulo – USP

Lilian Daisy G. Wolff
Prof^a: Dr^a. Lílian Daisy Gonçalves Wolff
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ademir e Ivone, que mesmo à distância, sempre me incentivaram e me fortaleceram durante esta trajetória.

Dedico esta conquista a vocês.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ter me guiado durante todo o percurso de construção de conhecimento e ter me acalentado nos momentos de desânimo;

À minha família, pela compreensão e incentivo ao longo desta trajetória.

À JOSIANE BERNARDT DA SILVA FERLA, minha “irmã por escolha”, agradeço pela amizade, pelas palavras de apoio e por compartilhar de minhas experiências (positivas ou frustrantes) nesta caminhada;

À minha amiga KRISCIE KRISCIANNE VENTURI, pelo companheirismo, cumplicidade e pela parceria ao longo do curso nas publicações de artigos;

À Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), pela flexibilidade nos horários que viabilizou minha frequência nas aulas do mestrado;

A todos os colegas da TURMA DO MESTRADO EM ENFERMAGEM UFPR-2008, por partilhar as dificuldades, pelos risos, choros e pela amizade construída.

À minha orientadora AIDA MARIS PERES e minha co-orientadora ELIZABETH BERNARDINO, pelos seus preciosos ensinamentos;

Ao Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde da UFPR (GPPGPS/UFPR), do qual participo, e seus membros, pelas oportunidades de aprendizado;

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir para melhoria desta pesquisa com seus conhecimentos;

Aos enfermeiros participantes do estudo, pois sem eles não haveria subsídios para a construção deste trabalho;

Agradeço a TODOS que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização desta pesquisa.

*Quem passou pela vida em brancas nuvens
E em plácido repouso adormeceu,
Quem não sentiu o frio da desgraça,
Quem passou pela vida e não sofreu
Foi espectro de homem, não foi homem,
Só passou pela vida, não viveu.*

Francisco Octaviano

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| RESUMO..... | 9 |
| ABSTRACT..... | 11 |
| LISTA DE SIGLAS..... | 13 |
| LISTA DE FIGURAS..... | 14 |
| LISTA DE QUADROS..... | 15 |
| | |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 16 |
| | |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 22 |
| 2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO..... | 22 |
| 2.2 PECULIARIDADES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PS..... | 34 |
| 2.3 AS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO..... | 42 |
| | |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO..... | 49 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA..... | 49 |
| 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA E SUJEITOS PESQUISADOS..... | 50 |
| 3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 51 |
| 3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS..... | 51 |
| 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES..... | 54 |
| | |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS..... | 58 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS..... | 58 |
| 4.2 APRESENTAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES: UMA BREVE CRÔNICA..... | 59 |
| 4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE..... | 60 |
| 4.3.1 CATEGORIA 1: Modalidades de atividade gerencial dos enfermeiros do PS..... | 62 |
| 4.3.2 CATEGORIA 2: Contradições entre os aspectos gerenciais estabelecidos na formação do enfermeiro e as demandas do mundo do trabalho..... | 71 |
| 4.3.3 CATEGORIA 3: Competências gerenciais requeridas dos enfermeiros no PS.... | 76 |
| 4.3.4 CATEGORIA 4: Fatores facilitadores e dificultadores para o gerenciamento do enfermeiro no PS..... | 97 |

| | |
|--|------------|
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 112 |
| REFERÊNCIAS | 115 |
| APÊNDICES | 128 |
| APÊNDICE 1: Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 129 |
| APÊNDICE 2: Roteiro para observação sistemática | 130 |
| APÊNDICE 3: Guia complementar de observação do processo de trabalho dos enfermeiros no PS..... | 131 |
| APÊNDICE 4: Instrumento para entrevista semi-estruturada..... | 132 |
| ANEXOS | 133 |
| ANEXO 1: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 134 |
| ANEXO 2: Organograma da instituição em que se desenvolveu o estudo | 135 |

RESUMO

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais**. 2009. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

Orientadora: Prof^a: Dr^a. Aida Maris Peres

Co-orientadora: Prof^a: Dr^a. Elizabeth Bernardino

As características de uma profissão são determinadas pelo seu processo de trabalho o qual, na Enfermagem, advém da realização articulada dos subprocessos assistir, gerenciar, pesquisar, ensinar e participar politicamente. Assim, cuidado e gerenciamento são complementares na prática do enfermeiro, não sendo viável dicotimizá-los. Contudo, no mundo do trabalho existem imprecisões de compreensão acerca de sua prática gerencial, divergindo, muitas vezes, das bases educacionais deste profissional. No contexto de um pronto-socorro, porém, não há espaço para um gerenciamento confuso, pois a dinâmica deste serviço requer conhecimentos, habilidades e atitudes que se mobilizem agilmente no cotidiano. Diante da vivência da autora no ambiente emergencial e de docência proporcionou evidenciar empiricamente as divergências entre o mundo do trabalho e a formação do enfermeiro no concernente ao gerenciamento, o que culminou neste estudo cujo objetivo geral foi: analisar o trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros de um pronto-socorro. Trata-se de uma investigação qualitativa descritiva-exploratória com coleta de dados realizada de fevereiro a abril de 2009 que conjugou a observação sistemática não-participante a entrevistas semi-estruturadas com amostra de oito enfermeiros de um pronto-socorro em um hospital-escola de Curitiba-PR. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo, da qual emergiram quatro categorias. A categoria *Modalidades de atividade gerencial dos enfermeiros do pronto-socorro* é subdividida em duas subcategorias: Gerência voltada para atender às demandas institucionais, que salienta a ênfase às atividades burocráticas exigidas do enfermeiro por parte do hospital; e a subcategoria Gerência voltada para atender às demandas do cuidado de enfermagem, que prioriza o cuidado como foco da atividade gerencial. Na segunda categoria, *Contradições entre os aspectos gerenciais estabelecidos na formação do enfermeiro e as demandas do mundo do trabalho*, os sujeitos fazem um contraponto entre a compreensão de competência gerencial das instituições de ensino superior com a do hospital em que atuam. A categoria *Competências gerenciais requeridas do enfermeiro no pronto-socorro* aborda a liderança, a tomada de decisão, a comunicação, o trabalho em equipe e a administração do tempo em suas respectivas especificidades no ambiente emergencial. Na última categoria, *Fatores facilitadores e dificultadores para o gerenciamento no pronto-socorro*, os pesquisados elencaram como facilitadores: educação permanente, autonomia e bom relacionamento interpessoal entre as equipes de enfermagem e multiprofissional. Os dificultadores pontuados foram: falta de incentivo à educação permanente, desconhecimento da realidade do setor pela gerência de enfermagem, fluxo ineficaz de pacientes internados, inadequação de recursos físicos e humanos. O estudo atingiu seu objetivo e coadunou os achados da literatura de que a cisão entre cuidado e gerenciamento não encontra eco na atuação do enfermeiro em um pronto-socorro. Também permitiu reforçar a necessidade de aproximação ao Pensamento Complexo, uma

vez que os subprocessos compositores do processo de trabalho do enfermeiro devem hologramar-se e não serem vistos como estanques. Ainda nesta vertente, gerou a percepção da necessidade de dialogicidade entre as competências gerenciais no pronto-socorro, distanciando-se de uma prática gerencial fragmentada. Por fim, destaca-se que a discussão fomentada pela pesquisa possibilitou a construção de subsídios de reflexão à prática gerencial de enfermeiros emergenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Enfermagem em emergência; Pesquisa em administração de enfermagem; Competência profissional; Gerenciamento de prática profissional.

ABSTRACT

MONTEZELI, J.H. **The registered nurse's work at an emergency department: analyses of general competencies.** 2009. 135f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Post Graduation Program in Nursing, Federal University of Paraná, Curitiba, 2009.

Research mentor: Prof. Dr. Aida Maris Peres, PhD

Research mentor: Prof.: Dr. Elizabeth Bernardino, PhD

The characteristics of a profession are determined by its work process, which in Nursing, originate from an articulated realization of the subprocesses assisting, managing, researching, teaching and political participation. Therefore, care and management are complementary to registered nurse's practice, not being able to disintegrate them. However, there are inaccuracies of comprehension regarding the management practice in the world of work, diverging, oftentimes, from this professional's educational bases. However, in the context of an emergency department, there is not space for a confusing management, once the dynamic of this service requires knowledge, abilities and attitude that mobilize efficiently daily. On the experiences of the author in emergency environment and teaching, which enabled to demonstrate empirically the divergences between the world of work and nursing education concerning the management, culminating in this study, whose the general objective was: analyze the management work developed by registered nurses at an emergency department. This is a qualitative descriptive exploratory investigation with data collection from February to April, 2009 that conjugated a non-participant systematic observation to semi-structured interviews with 8 Registered Nurses of an emergency department at a university hospital in Curitiba –PR. The collected data was submitted to content analyses, which emerged four categories. The category *Modalities Registered nurses' management activities at an emergency department* is subdivided in two subcategories: Management focused on meeting the institutional demands, that emphasizes the Registered Nurses' bureaucratic activities required by the hospital; and Management focused on meeting the nursing care demands that prioritizes the care as the main management activity. In the second category, *Contradictions between determined management aspects in nursing education and the world of work demands*, the subjects make a counterpoint between the management competency comprehension of the higher education institutions and the hospital they operate. The category *Registered nurse's management competencies required at an emergency department* approaches the leadership, the decision making, communication, teamwork and time management in their specificities in the emergency environment. The last category, *Facilitating and complicating factors to the management of an emergency department*, the researchers listed as facilitating factors: continuing education, autonomy and good interpersonal relationship between nursing and multiprofessional teams. The complicating factors listed were: lack of stimulus to continuing education and lack of knowledge of the sector reality by the nursing management, ineffective flow of hospitalized patients, inadequacy of physical and human resources. The study objectives were reached and complied with the literature findings that the division between care and management does not match with the registered nurse's performance at the emergency department. Besides, it emphasized the approach needs to the Complex Thinking, once the subprocesses that compose the registered

nurse's work process must be hologramed and not considered as unmeaning. Furthermore, the perception of a dialogue need between the emergency department management competencies was generated. Lastly, the discussion encouraged by research is highlighted, once it provided the construction of subsidies for reflection to the emergency registered nurses' management practices.

KEYWORDS: Nursing; Emergency Nursing; Nursing Administration Research; Professional Competence, Practice Management.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------|---|
| ATLS | Advanced Trauma Life Suport |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| DCNs | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| EE | Entrevista com enfermeiro |
| IES | Instituições de Ensino Superior |
| OE | Observação do enfermeiro |
| PT | Processo de trabalho |
| PS | Pronto-socorro |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TLSN | Trauma Life Suport for Nurses |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1: Representação gráfica das etapas da Análise de Conteúdo..... | 56 |
| FIGURA 2: Elementos intervenientes na tomada de decisão | 88 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1: Processos de trabalho em enfermagem..... | 29 |
| QUADRO 2: Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa..... | 58 |
| QUADRO 3: Categorias, subcategorias e seus aspectos relevantes | 61 |

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho (PT) é caracterizado pelo seu objeto, finalidade, instrumentos e meios e, de acordo com as especificidades desses elementos, têm-se as particularidades de cada profissão. Este processo sofre influências de fatores determinantes e condicionantes que o torna particular em cada contexto e fase da história.

A enfermagem, como profissão e prática social, possui especificidades que fazem com que o seu processo de trabalho seja dinâmico, cujos determinantes e condicionantes são sociais, políticos, econômicos, culturais, históricos e pessoais. Nesse aspecto, pode-se afirmar que o trabalho nessa profissão é complexo e multifacetado, e que quem o realiza precisa de conhecimentos, habilidades e atitudes com articulação própria para alcançar sua finalidade.

Como característica marcante do processo de trabalho da enfermagem tem-se o fato de que este deve ser desenvolvido a partir da realização hologramática de diversos subprocessos, descritos por diferentes autores como inerentes ao assistir, administrar/gerenciar, ensinar e pesquisar (MARCON; LACERDA; MEIER, 2004; KIRCHHOF, 2003).

Como complemento, Sanna (2007) coloca em evidência que a participação política corresponde a uma esfera que também compõe o trabalho da profissão como uma dimensão fundamental e que, assim como os demais subprocessos, deve convergir para cuidado, o qual corresponde à finalidade da enfermagem.

Concordo que o gerenciamento é um subprocesso complementar no processo de trabalho do enfermeiro. Assim, deve-se reconhecer o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro das instituições em uma dimensão que extrapole o tecnicismo e incorpore o conhecimento e atitudes de ordem racional e sensível.

Mesmo diante disso, o exercício da função gerencial pelo enfermeiro em nosso país permanece como uma questão mesclada de dúvidas, desentendimentos e incompreensões. O fato de o enfermeiro limitar-se a atividades administrativas em seu trabalho é considerado polêmico na profissão, tornando evidente a discrepância entre o que se espera do enfermeiro na visão teórica de enfermagem e o que se verifica ser sua atuação cotidiana nas instituições de saúde (TREVIZAN, 2002).

A divisão do trabalho na enfermagem, desde o advento da profissão, traz o enfermeiro como figura responsável pela atuação administrativa nos serviços de saúde. Sua participação na gerência de serviços de saúde instiga a compreensão do significado da prática de gerência, tendo em vista a evolução da enfermagem como profissão.

Os saberes acerca do gerenciamento originaram-se a partir da necessidade de organizar os hospitais e foram historicamente incorporados no trabalho do enfermeiro. Porém, o entrelaçamento entre cuidar e gerenciar sempre se mostrou como um desafio, tendo sido mais enfatizado a partir da década de 1990 tanto no aspecto da formação inicial do profissional como na atuação de lideranças de enfermagem (FERRAZ, 2000).

Atualmente observa-se que o enfermeiro vem desempenhando, predominantemente, a função de gerente de serviços de enfermagem. Desta forma, Lourenço, Shinyashiki e Trevizan (2005) completam que, ao assumir estas funções de gerência, o enfermeiro participa das mudanças na sociedade e ao identificar seu impacto nas organizações pode modificar sua atuação por meio da quebra de paradigmas¹ estabelecidos para melhor desenvolver sua função.

Apesar do fato de que o cuidado e o gerenciamento deveriam estar intrinsecamente articulados na prática profissional da enfermagem, o que se encontra na realidade é a questão das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro em uma instituição serem majoritariamente de caráter administrativo-burocrático. Destas atividades destacam-se a elaboração de escala de serviço para a equipe de enfermagem de sua unidade, procedimentos relativos a trocas de escala e cobertura de plantões, realização de diagnóstico das necessidades de recursos humanos e respectivas providências junto à coordenação e diretoria de enfermagem e provisão de recursos materiais (NÓBREGA, 2006).

Destarte, o diferencial que irá demarcar o gerenciamento focalizado no cuidado de enfermagem será sua atitude diante do modo como desenvolvem seu trabalho. No entanto, é necessário levar em conta como estes profissionais se envolvem em suas atividades, saberes utilizados e principalmente a quem ou a que respondem quando os utilizam.

¹ Neste estudo a idéia de paradigma é tida como realizações passadas dotadas de caráter exemplar para ações futuras (KUHN, 2007).

Percebo, a partir das considerações mencionadas pelos autores, que os diferentes subprocessos compositores do PT da enfermagem precisam ser praticados de maneira complexa na prática profissional, com foco no cuidado. Todavia, há uma divergência entre essa idéia e as demandas das instituições de saúde em que se inserem os enfermeiros, pois para a instituição, as funções administrativas desempenhadas por esses profissionais devem ser destinadas à produção com vistas a atender aos princípios capitalistas, e não necessariamente à assistência de enfermagem.

Esta afirmação encontra afinidade com as palavras de FERRAZ (2000):

[...] o conhecimento gerado e as análises realizadas neste século sobre a organização e produção de serviços hospitalares estão fundamentadas majoritariamente no modelo de racionalização do trabalho, lógica que em tempos pós-modernos tem se mostrado insuficiente (FERRAZ, 2000, p.91).

Esta disparidade na compreensão de atividade gerencial do enfermeiro colabora para que este profissional possua uma tendência ao afastamento do cuidado. Existe a priorização de tarefas, muitas vezes impostas pelas instituições de saúde, em detrimento à assistência de enfermagem, a qual é delegada a outras categorias da enfermagem (FONSECA *et al.*, 2003).

Uma vez exposto o contexto acerca das atividades gerenciais na prática profissional do enfermeiro, é importante considerar que o desenvolvimento das mesmas é viabilizado pelo uso de diversas competências, as quais podem ser compreendidas como mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes no âmbito laboral (FLEURY; FLEURY, 2001). É fundamental, portanto, que o enfermeiro utilize competências para desenvolver as atividades gerenciais no seu processo de trabalho de forma proativa, eficiente e eficaz, vislumbrando o cuidado de qualidade à clientela que assiste.

Contudo, conforme afirmam Rossi e Lima (2005), verifica-se no ambiente hospitalar o desenvolvimento de funções gerenciais confusas, diluídas e um tanto distantes do usuário. Apesar da modernização e evolução nos âmbitos organizacionais, técnico e científico, tal fato ocorre em grande parte desses estabelecimentos, sobretudo nos níveis intermediários da hierarquia administrativa, nos quais frequentemente se situa o enfermeiro.

Reportando-me ao contexto emergencial, por sua vez, não há espaço para uma atuação gerencial confusa, pois, como apontam Wehbe e Galvão (2001), os

enfermeiros da unidade de emergência devem aliar a fundamentação teórica à capacidade de liderança, ao trabalho, ao discernimento, à iniciativa, à habilidade de ensino, à maturidade e à estabilidade emocional.

O grande fluxo de pacientes atendidos e a dinamicidade da rotina de um pronto-socorro (PS) fazem com que a atuação do enfermeiro precise ser eficaz e eficiente, uma vez que é essencial. Os enfermeiros de pronto-socorro são elementos fundamentais no processo de trabalho desse setor, não apenas ao realizarem o atendimento emergencial, mas ao atuarem efetivamente no gerenciamento da unidade, levando assim à melhor organização para sanar as necessidades de cada paciente.

O interesse pela relação entre a utilização de competências gerenciais por parte do enfermeiro e o ambiente emergencial emergiu ao longo de minha trajetória profissional em um serviço de emergência hospitalar. Primeiramente, entre os anos de 2000 e 2001, como enfermeira em um pronto-socorro de uma instituição hospitalar de ensino localizada na cidade de Curitiba. Ainda como recém egressa da universidade, deparei-me com constantes dificuldades em direcionar minha atividade gerencial para o cuidado de enfermagem. Percebia, cotidianamente, a incoerência entre as competências gerenciais utilizadas em prol do cuidado com aquelas exigidas pela organização, que almejavam basicamente atos burocráticos.

Essa minha percepção empírica converge com as colocações de Peres, Ciampone e Wolff (2008), que explicitam:

As divergências surgem em face das necessidades de atendimento à demanda e produtividade das instituições de saúde, que representam o mercado de trabalho em enfermagem. Ao enfatizar a dimensão técnica do 'fazer', contradizem a ação crítico-reflexiva do enfermeiro, pretendida pelas várias dimensões do ensino e pelas políticas de saúde (PERES; CIAMPONE; WOLFF, 2008, p.470).

É preciso redimensionar o foco da administração em enfermagem, pois o hospital visto como produto da Revolução Industrial e Científica incorporou a organização racional do trabalho como exclusiva, sem adição da esfera expressiva. O enfermeiro, por conseguinte, também formado nesta mesma lógica, conformou seu modo de gerenciar cotidiano fazendo cumprir normas e rotinas que se cristalizam ao longo do tempo, truncando as muitas possibilidades de inserir o cuidado de enfermagem no centro do processo gerencial (FERRAZ, 2000).

Além das considerações até o momento explanadas, a justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa advém da relevância da temática e de determinações legais para o ensino da enfermagem no Brasil. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) pontuam que a formação do enfermeiro objetiva desenvolver no profissional os conhecimentos para o exercício da competência e habilidade de administração/gerenciamento, entre outras, de maneira crítico-reflexiva (BRASIL, 2001) e que o PS mostra-se como um cenário de aprendizado para os acadêmicos.

Essas inquietações acompanharam-me ao assumir o cargo de Coordenadora de Enfermagem do PS em questão, no final de 2001, e estiveram presentes até 2006, quando passei a dedicar-me exclusivamente à atividade docente.

Como docente de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino superior privada, ao acompanhar os discentes nos estágios, notei que tal problemática ainda permeava o cotidiano dos enfermeiros atuantes naquele mesmo setor, a ponto de ser percebida pelos acadêmicos e ser foco de discussões nas reuniões em grupo ao final das atividades diárias, demonstrando, portanto, a importância de aprofundamento das reflexões.

O ingresso no curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, no ano de 2008, deu-me oportunidade para ampliar minha instrumentalização epistemológica a fim de uma maior compreensão de tal fenômeno. Como resultado, houve a gênese da necessidade de desenvolvimento do presente estudo, cujo eixo norteador é expresso na seguinte indagação: **Quais as competências gerenciais requeridas dos enfermeiros em um pronto-socorro?**

Para elucidar este questionamento, tracei como objetivo geral do estudo: analisar o trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros de um pronto-socorro (PS). Os objetivos específicos, por sua vez, compuseram-se de: caracterizar as atividades gerenciais do enfermeiro em um PS; identificar as competências necessárias ao enfermeiro para o desenvolvimento das atividades gerenciais em um PS.

Para divulgação dos achados oriundos desta investigação, estruturei esta dissertação em cinco capítulos, sendo o primeiro composto pela introdução, ora apresentada. O segundo trata da revisão de literatura, que se alicerça em leituras e reflexões abarcando a temática e encontra-se dividido em três seções: *O processo*

de trabalho do enfermeiro; Peculiaridades vivenciadas pelo enfermeiro no pronto-socorro e As competências gerenciais do enfermeiro.

A seção com título de *O processo de trabalho do enfermeiro* busca fornecer ao leitor a compreensão de elementos relacionados ao processo de trabalho em saúde, bem como discorrer sobre a enfermagem inserida nesse contexto por meio de seus diferentes subprocessos articulados de maneira complexa.

Peculiaridades do trabalho do enfermeiro no pronto-socorro é uma seção que traz especificidades do ambiente emergencial hospitalar vivenciadas por este profissional no cotidiano, as quais permeiam seu processo de trabalho, como, por exemplo, a dinamicidade deste setor.

Na seção apresentada como *As competências gerenciais do enfermeiro* abordam-se informações referentes às competências desenvolvidas no tocante à formação do enfermeiro e em sua prática no mundo do trabalho, procurando compreender etimologicamente tal termo e discorrer sobre sua inserção nessas duas vertentes.

O terceiro capítulo descreve a trajetória metodológica percorrida para o alcance dos objetivos do estudo e, sequencialmente, procedo à apresentação e análise dos dados, considerações finais, referências, apêndices e anexos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de subsidiar teoricamente este trabalho, o presente capítulo apresenta considerações encontradas na literatura concernentes às temáticas: processo de trabalho do enfermeiro, atuação do enfermeiro no pronto-socorro e competências gerenciais do enfermeiro.

Inicialmente, apresento a descrição do processo de trabalho do enfermeiro e sua inserção no mundo do trabalho em saúde, comentando seus subprocessos com contribuições da Teoria da Complexidade. O segundo subcapítulo clarifica conceitos relacionados ao campo de ação deste estudo – o pronto-socorro – e traz subsídios para a compreensão de especificidades vivenciadas pelo enfermeiro nesse ambiente. Finalmente, a revisão de literatura aborda questões relacionadas às competências gerenciais do enfermeiro que se fazem necessárias para sua atuação no pronto-socorro.

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Antes de discorrer acerca do processo de trabalho do enfermeiro, é importante a compreensão etimológica de trabalho e de seu processo na saúde e, posteriormente, o entendimento da enfermagem como integrante ativa deste contexto.

O trabalho é entendido como uma ação cotidiana que coloca homens em relação a outros homens e com a natureza, dentro de um determinado processo social e histórico. É uma atividade útil para os indivíduos cumprirem funções sociais, levando em conta a satisfação das necessidades e o tempo requerido para produzi-lo (ROSSI; LIMA, 2005; SANNA, 2007).

Para Marx (1987), trata-se de um processo em que participam o homem e a natureza, no qual o homem se apropria dos seus recursos para atuar sobre ela e modificá-la e, assim, modificar a si mesmo.

No entanto, em sua origem, o termo apresentava outro significado. Etimologicamente, a palavra trabalho deriva de *tripalium*, que corresponde a um tipo de instrumento de tortura utilizado no passado para punir criminosos os quais, ao perderem a liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado. Nessa perspectiva, o termo passava a idéia inicial de sofrimento, desqualificação, castigo. Posteriormente,

passou a ser reconhecido como ofício, tendo na língua portuguesa o significado de atividade, ocupação, algo contrário ao lazer (NÓBREGA, 2006).

O trabalho ocorre por meio de processos, descritos por Sanna (2007, p.221) como “[...] a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos”. Destaca-se aqui que o objeto diz respeito àquilo sobre o que se trabalha, isto é, aquilo que será modificado pelo agente (ser humano) com uso de instrumentos (tangíveis ou não) na busca de determinada finalidade ou produto.

Conforme menciona Kirchhof (2003), o processo de trabalho da enfermagem insere-se no da saúde, que se define de acordo com a dinâmica social que prevalece em diferentes momentos da história da humanidade. Portanto, os processos de trabalho em saúde e o da enfermagem não estão circunscritos aos limites do ambiente hospitalar, mas inversamente, o processo de trabalho hospitalar precisa ser visto como um corpo de práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas.

Ainda com relação ao processo de trabalho em saúde, este possui uma significação social e não um significado específico ou exclusivo para cada momento da assistência. É direcionado quanto ao rumo, a perspectiva dos profissionais e, portanto, das profissões, cuja finalidade alcançada seria a concretização do processo de idealização do fazer (KIRCHHOF, 2003) e é também consequente às necessidades de assistência à saúde de uma população.

Nesse sentido, o processo de trabalho é visto como um jogo entre produção, consumo e necessidades dos indivíduos e, na área da saúde, de forma muito particular, produz atos de saúde que perseguem a produção do cuidado. Embora tenha bases mecanicistas, apresenta resultados que dependem das relações entre as pessoas e que decorrem das interações de diferentes componentes, denominados trabalho vivo e trabalho morto.

O trabalho vivo corresponde às ações propriamente ditas executadas pelos trabalhadores de saúde na relação com usuário ou entre os próprios trabalhadores. Trabalho morto, por sua vez, é o resultado de um trabalho humano anterior como ferramentas e matéria prima (ROSSI; LIMA, 2005).

Percebo que o processo de trabalho em saúde, que compõe o serviço de saúde, corresponde à integração de diversos outros processos nas especificidades de cada profissão, cujas respectivas finalidades possuem uma finalidade geral.

Tal consideração encontra afinidade com as palavras de Pires (2000), segundo a qual os diferentes profissionais de saúde se articulam em suas práticas, cujo resultado ou produto da somatória de suas atividades é a assistência à saúde. São atividades diferenciadas que, se visualizadas em suas especificidades, permitem identificar produtos distintos, porém, em sua adição convergem para uma única finalidade.

A enfermagem, inserida nesse contexto, tem seu processo de trabalho definido por Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001) como: aquele cuja execução encontra-se predominantemente distribuída entre os seus vários agentes e teoricamente determinada de acordo com a qualificação exigida pelo grau de complexidade das tarefas que o compõe. Ainda segundo os autores, essa forma de divisão do trabalho, pautada pela qualificação e legitimada pela formação escolar, estabelece uma hierarquização de tarefas, cabendo aos menos qualificados aquelas atividades consideradas como mais simples e, à medida que se tornam mais elaboradas, são assumidas por aqueles que possuem maior grau de qualificação, o que culmina nas ações privativas do enfermeiro.

Assim sendo, a enfermagem, como todas as outras profissões, possui características peculiares, as quais são definidas, entre outros fatores, pelo seu processo de trabalho. Este, por sua vez, entrelaça-se a outras práticas no sistema de saúde, é efetivado na sociedade por meio do trabalho e, portanto, compreendido como uma prática social. Em complemento, tem-se que o trabalho desenvolvido pela enfermagem bem como o trabalho em saúde compõem o setor terciário da economia brasileira; não produz bens a serem estocados, mas sim, serviços que são consumidos no ato de sua produção, que corresponde à assistência (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Todo esse cenário remete o enfermeiro à tendência de dividir suas atividades laborais, o que é visivelmente demonstrado desde o surgimento da profissão e mantido no decorrer da trajetória acadêmica. Essa postura pode ser observada, ainda, no exercício profissional, quando o enfermeiro enfrenta o paradoxo de agir de forma simplificada e fragmentada diante de situações cada vez mais complexas configurando, desse modo, uma prática alienada.

Essa maneira de agir, ao longo da história, embora tenha colaborado para inúmeras descobertas e avanços, tem alicerçado o homem a uma visão reducionista do universo. Esse homem, muitas vezes é incapaz de compreender na totalidade a

realidade onde se insere, como um fantoche manipulado pela prática cartesiana de suas atividades.

O pensamento cartesiano, que se iniciou com René Descartes, privilegia a razão e a considera como a base de todo o conhecimento. Tal paradigma divide o saber em especialidades, traz regras para o pensamento racional e influencia uma perspectiva reducionista e mecanicista. O cartesianismo possibilitou avanços tecnológicos e científicos mediante a fragmentação de conhecimentos. Porém, levou o homem a separar razão e sentimento, objetividade e subjetividade, mente e corpo; o que atrofiou as possibilidades de unidimensionalidade, multidimensionalidade, de compreensão e reflexão (CAPRA, 1982). Eliminou, dessa forma, conforme MORIN (2002, p. 14), “[...] oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo” .

Cabe aqui a realização da contraposição entre os pensamentos cartesiano e complexo. A vida humana, ao longo de sua história, tem sido influenciada por diversas correntes de pensamento. Na era moderna, o homem absorveu a visão mecanicista e reducionista, devido à difusão do pensamento cartesiano. Este foi a base das ciências, inclusive da Administração e da Enfermagem, explicando os fenômenos de forma clássica – redução, separação e simplificação – unificando o que é múltiplo, quantificando o que é qualificável, simplificando o que é complexo.

O sistema filosófico proposto por Descartes dividiu o conhecimento em especialidades no intuito de obter maior eficácia, e a isso chamamos mentalidade mecanicista e reducionista, que leva o ser humano a ver as verdades, a si mesmo, seus sentimentos e valores de forma fragmentada (SILVA *et al.*, 2006). Por meio destas ações, acreditava-se tornar os fenômenos decifráveis e, acima de tudo, manipuláveis.

Contudo, na era atual, percebe-se que, embora esse paradigma ainda alicerce o modo de agir e pensar em diversas áreas, há muito não permite alcançar respostas aos questionamentos e demandas do mundo, mostrando sinais de exaustão (SILVA *et al.*, 2006). Dessa maneira, o cartesianismo perde progressivamente espaço para o pensamento complexo, que tem como foco reunir, contextualizar, globalizar, sem deixar de lado o singular, o individual e o concreto, de forma a entender o todo no singular e o singular no todo.

O pensamento complexo admite que “[...] o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo, como o conhecimento do todo depende do

conhecimento das partes” (MORIN, 2002, p.88). Assim, não rejeita os resultados da ciência reducionista, mas demonstra possibilidades de recusa de suas limitações. Na perspectiva do pensamento complexo, o mundo é visto em sua totalidade, interconectado e não como soma de partes separadas. Portanto, a complexidade integra o modo de pensar e se opõe à redução de partes ou ao mecanicismo do pensamento cartesiano.

Inter-relacionar os saberes, agrupar pensamentos em substituição àqueles que isolam e separam, trazendo à relação de convívio os contrários, são alguns dos fundamentos do pensamento complexo. Esse pensamento procura estabelecer comunicação, articulação entre diferentes idéias, de modo a assumir relações entre partes e todo (MORIN, 2007a).

Para entender a complexidade é fundamental considerar três princípios: o dialógico, a recursão organizacional e o hologramático. O primeiro nos permite manter a dualidade no seio da unidade, associando simultaneamente termos antagônicos e complementares. O segundo nos remete à ruptura de uma idéia linear de causa-efeito, na qual os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquilo que os produz. O terceiro princípio, por sua vez, transcende ao reducionismo, que não vê mais que as partes, e ao holismo, que não vê mais que o todo, pois afirma que não só as partes estão no todo como também o todo está nas partes (MORIN, 2007b).

Em síntese, o pensamento complexo vislumbra o conhecimento multidimensional e a reintegração do homem entre os seres naturais para distingui-lo deles, não para reduzi-lo a essa situação, sendo o ponto de partida para uma ação mais rica e menos mutiladora (FALCÓN; ERDMANN; MEIRELLES, 2006). Portanto, o que procura, é unir a ciência e a teoria da mais alta complexidade humana (MORIN, 2007b).

Essas contraposições entre cartesianismo e complexidade podem ser reportadas para a enfermagem, em especial para os subprocessos compositores do processo de trabalho da profissão. O pensamento cartesiano também influenciou na determinação do processo de trabalho da enfermagem, o qual teve sua gênese inserida nesse paradigma fragmentador.

A reflexão sobre as práticas de enfermagem pela ótica do pensamento complexo é subsidiada pelo resgate histórico da profissão e sua atuação na atualidade. Para discutir os determinantes históricos de uma profissão é necessário

considerar que “[...] as práticas e saberes de hoje são produtos de um passado, ao mesmo tempo em que se tornam produtores do presente e do futuro” (TAUBE, 2006, p.41).

O ato de cuidar é uma prática antiga que aos poucos passou por um processo de profissionalização, iniciado por Florence Nightingale em meados do século XIX. Cuidar é um atributo dos profissionais da saúde, porém ganha espaço e singularidade na profissão enfermagem (TERRA *et al.*, 2006). Ainda conforme afirmam Terra *et al.* (2006), a profissionalização da enfermagem é marcada por vários fatos históricos e foi intimamente ligada, em seus primórdios, à moralidade e religiosidade. Outro aspecto marcante na história desta profissão é a sua relação com a história feminina, devido à predominância deste gênero, refletida na profissão através dos tempos.

Na primeira metade do século XX, entretanto, a enfermagem distanciou-se da moralidade e religiosidade, adotando um caráter mecanicista, influenciado pelo modelo biomédico que valoriza o tecnicismo. Segue um modelo arraigado do método cartesiano, com fracionamento do corpo, práticas rotinizadas e criação das especializações (TERRA *et al.*, 2006).

A origem de uma prática fragmentada da enfermagem está na estruturação do processo de trabalho determinado por Florence Nightingale, ao criar uma divisão social em duas categorias: a das enfermeiras — *lady-nurses*, de classe social elevada, com funções intelectuais de administração, supervisão, direção e controle; e a das auxiliares — *nurses*, de classe social baixa, dirigidas pelas primeiras e que faziam o trabalho manual junto aos indivíduos. Essa divisão técnica do trabalho influenciada pelo cartesianismo teve por consequência a divisão entre o pensar (realizado pelas enfermeiras) e o executar (realizado por auxiliares e técnicos de enfermagem), como observado na atualidade (GEOVANINI *et al.*, 2002).

A divisão do trabalho da enfermagem sugerida por Florence contribuiu para a cisão entre o trabalho intelectual e o manual. Tal realidade determina, nos dias atuais, duas conotações diferentes para o assistir/cuidar na enfermagem. Em um primeiro aspecto, surge uma crise ligada à identidade do enfermeiro, que muitas vezes não presta cuidados aos clientes, delegando-os a outras categorias para poder dedicar-se a atividades administrativas.

Outro aspecto descreve a questão da construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, com objetivo de instrumentalizar a

profissão para sua prática. A pluralidade de concepções teóricas da enfermagem, com vistas a orientar sua prática, traz maior valorização ao cuidado nas diferentes esferas do ser humano, divergindo da visão redutora do modelo biomédico. (GONÇALVES; SENA, 1998).

As bases para essa realidade, segundo as mesmas autoras, originam-se nas concepções cartesianas, conforme mencionado previamente, e se fortificam pelo modo de produção taylorista e fordista, sendo estes importantes determinantes históricos para a organização do trabalho em enfermagem de modo fragmentado, porém tendo a gerência como elemento de ligação entre as partes.

As atividades de enfermagem que constroem o seu processo de trabalho estão pautadas em diversos subprocessos interligados. Estes se estruturam com base nas práticas cuidativas e administrativas ou gerenciais e, para execução das suas ações, sabe-se que desde a sua concepção como profissão, o parcelamento do trabalho entre os diferentes membros da equipe teve na gerência o elo de articulação das atividades e de sua integração ao processo de trabalho em saúde como um todo. O processo de trabalho foi, desde então, organizado e controlado pelo enfermeiro com uso de instrumentos administrativos, objetivando alcançar as necessidades da clientela e as metas da organização na qual atua (ERDMANN, 2001).

As áreas de atuação profissional na enfermagem são vistas diferentemente por vários autores. Para Marcon, Lacerda e Meier (2004), o processo de trabalho em enfermagem envolve três áreas: o cuidar, o educar, o gerenciar e o pesquisar, todas direcionadas para a mesma finalidade que é o cuidado à necessidade do ser humano. Para tanto, deve haver uma integração entre essas esferas e todas ocupam o mesmo grau de importância.

Assim, noto que tais ações são complementares para resultar na finalidade da profissão. Isto é, o enfermeiro assistencial, além de sua atuação direta no cuidado ao cliente, educa e gerencia no seu processo de trabalho; o educador também assiste a gerência nas suas atividades. A figura do gerente, por sua vez, tem a assistência como base de suas ações e a educação para qualificar sua equipe bem como para orientar os clientes e familiares (MARCON; LACERDA; MEIER, 2004).

Mishima *et al.* (1997) adicionam que o processo de trabalho em enfermagem almeja também que os sujeitos sociais atuem de forma emancipadora, com

intervenções mais decisivas na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A emancipação da cidadania destacada por estas autoras não pode ser trabalhada separadamente, mas precisa ser uma abordagem inserida nos outros aspectos que compõem o processo de trabalho em enfermagem.

Corroborando, Peres e Ciampone (2006) destacam que o trabalho de enfermagem como instrumento de trabalho em saúde é composto por cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Além disso, salientam que o ato de gerenciar compreende uma das ferramentas necessárias para o cuidar. Dessa forma, a gerência configura-se como instrumento do processo cuidativo, pois busca organizar o trabalho e desenvolver condição para a realização da assistência (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Já para Sanna (2007), existe ainda o participar politicamente como constituinte do processo de trabalho de enfermagem, cuja finalidade remete à busca de melhores condições para operar os outros subprocessos, como pode ser conferido a seguir (QUADRO 1):

| Componentes Processos | Objeto | Agentes | Instrumentos | Finalidades | Métodos | Produtos |
|---------------------------------|--|--|--|---|--|---|
| Assistir | Cuidado de indivíduos, família e comunidades | Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem | Conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico, etc. | Promover, manter e recuperar a saúde | Sistematização da assistência e procedimentos de enfermagem | Pessoa saudável ou morte com dignidade |
| Administrar | Agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em enfermagem | Enfermeiro | Bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos | Coordenar o processo de trabalho assistir em enfermagem | Planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria | Condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia. |
| Ensinar | Indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional de enfermagem | Aluno e professor de enfermagem | Teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem | Formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem | Ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação | Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc |
| Pesquisar | Saber em enfermagem | Enfermeiro | Pensamento crítico e filosofia da ciência | Descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem | Métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa | Novos conhecimentos e novas dúvidas |
| Participar politicamente | Força de trabalho em enfermagem e sua representatividade | Profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam | Conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos | Conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho | Negociação e conflito | Poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho |

QUADRO 1: Processos de trabalho em enfermagem

Fonte: Sanna (2007, p.223)

Considerando todas essas vertentes, Costa e Shimizu (2005) referem-se ao processo de trabalho em enfermagem como gerador de polêmica na profissão, devido ao seu afastamento do cuidado direto ao paciente. Sendo assim, o processo de trabalho da enfermagem, no modelo clínico individual, abarca o processo de trabalho administrativo. Esta é a atividade mais realizada pelos enfermeiros com o

propósito de organizar o processo de trabalho do cuidar e a infra-estrutura necessária para realizar o processo de trabalho em saúde.

É fundamental, portanto, reconhecer o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro das instituições em uma dimensão que extrapole o tecnicismo, incorporando o conhecimento e atitudes de ordem racional e da esfera da sensibilidade (ROSSI; LIMA, 2005). Não se pode, porém, supervalorizar a gestão sem que ela seja voltada para a sustentação da qualidade assistencial.

A ação administrativa é essencial para a execução eficaz do cuidado, no entanto, não é possível que o enfermeiro administre sem saber assistir (ANDRADE; VIEIRA, 2005). Uma visão gerencial crítica sustentada por uma prática assistencial segura é capaz de embasar um processo de trabalho coeso que possibilite a articulação de práticas administrativas e assistenciais de forma harmônica. Desse modo, podem-se sanar as necessidades da clientela com a qual o enfermeiro atua, rumo à complexidade.

Evidencio que o gerenciamento em enfermagem corresponde a um dos pilares de sustentação para uma assistência convergente com a qualidade exigida pela clientela atendida nos serviços de saúde dos tempos atuais. Entretanto, as concepções de gestão e de cuidado ainda são vistas como estanques por muitos enfermeiros, o que representa a expressão da divisão do trabalho e culmina na dicotomia administração *versus* assistência na vivência cotidiana desse profissional.

O gerenciamento com vistas à melhoria da qualidade do cuidado, dentre outros benefícios, culmina em uma prática mais humanizada (AQUINO; CAREGNATO, 2005) com possibilidades de criar novas tecnologias para administrar com foco na assistência de qualidade (OLIVEIRA, 2005). Nesse sentido, é importante que o enfermeiro repense sua *práxis* e a transforme constantemente, tendo o cuidado como eixo norteador do seu processo de trabalho (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Diante do exposto, evidencia-se uma intrínseca relação entre as atividades administrativas e o cuidado de enfermagem que, quando realizadas efetivamente, tornam-se visíveis e aproximam-se do nível estratégico da organização (BERNARDES; NAKAO; ÉVORA, 2002), pois a gerência, quando desenvolvida de modo apropriado, converge para a qualidade do cuidado.

Existem momentos, porém, em que a sobrecarga burocrática-administrativa afasta o profissional enfermeiro de atividades prioritárias, como as relacionadas ao cuidado e aos processos educacionais. Tal situação pode ser observada apesar de ser nítido o envolvimento do enfermeiro na assistência direta ao paciente. Provavelmente decorre do fato de que esse profissional acaba por abraçar problemas de outros membros da equipe, de modo a atender às expectativas institucionais em detrimento da concretização dos objetivos de seu próprio serviço (WEHBE; GALVÃO, 2001).

O processo de trabalho nas instituições de saúde ainda é determinado com base na lógica de mercado e centrado no modelo biomédico. Ao desvincular a prática administrativa do cuidado, o enfermeiro abre precedente para que suas atividades sejam subordinadas às de outra categoria profissional. Assim, o processo de trabalho em enfermagem mostra-se realizado por diferentes profissionais, parcelado e hierarquizado (ROCHA, 2003).

Em convergência, têm-se as palavras de Nóbrega (2006), cujo discurso expõe que muitas vezes as organizações hospitalares estabelecem suas metas centradas na produtividade e na eficiência, ambas em detrimento do atendimento às necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. Portanto, haveria necessidade nas instituições de organizar o processo de trabalho de uma forma adequada a suprir as necessidades dos pacientes, dos profissionais e de maneira a estabelecer um ambiente organizado em que sejam alcançadas as expectativas dos indivíduos.

O enfermeiro apresenta-se como um profissional da equipe de saúde capaz de vivenciar a construção, as repercussões e os resultados do trabalho vivo. Isso é possível devido a sua inserção nos processos de trabalho e relaciona-se ainda ao seu potencial mediador e articulador. Todavia, esse trabalhador se mostra co-responsável pela manutenção do processo de saúde centralizado, uma vez que nem sempre está apto, tem espaço e/ou desejo de romper com os processos de trabalho institucionalizados (ROSSI; LIMA, 2005).

Para reafirmar o exposto, menciono a questão de que praticar a enfermagem dissociando a gestão da assistência pode ser interpretado como um ato infrator ao Código de Ética da profissão (COFEN, 2007). Segundo este, toda atividade do enfermeiro deve ter como foco a clientela e pressupõe também que os

agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade, sem riscos e acessível a toda a população.

Nesse prisma, o exercício da gerência pelo enfermeiro em serviços de saúde tem gerado muita polêmica na profissão, fato este que se avulta conforme se torna irrefutável a dicotomia existente entre o que se espera do enfermeiro pelos teóricos de enfermagem e o que se verifica na sua *práxis* cotidiana. Neste contexto, o enfermeiro deve prender-se à assunção da função gerencial centrada no cuidado ao paciente, executando o previsto na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) sem perder de vista uma atuação fundamentada nos valores da profissão, no seu Código de Ética e nos direitos do paciente (TREVISAN *et al.*, 2006; MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007; COFEN, 2007).

É fato que a administração atual alicerça suas bases científicas no fazer e, sendo assim, os enfermeiros gestores da era moderna privilegiam a competência técnica na assistência ao cliente. Em geral, essa prática vincula-se a relações de autoritarismo que se configuram na superioridade e na subordinação dos demais membros da enfermagem, o que desencadeia o conformismo dos sujeitos e o cancelamento da possibilidade de uma atuação participativa dos mesmos. Defende-se que o trabalho de enfermagem, assistencial e gerencial, não pode anular as relações de independência dos seus protagonistas (MENDES *et al.*, 2007).

Uma das formas para que o cuidado seja o centro do processo gerencial é a participação ativa de todas as categorias de enfermagem no planejamento do processo de trabalho e no gerenciamento em equipe. Este último é caracterizado, na visão de Marques e Melo (2004), pela comunicação aberta, compreensão mútua, satisfação, competência, consenso, criatividade e inovação no ambiente de trabalho.

Entretanto, muitos enfermeiros acomodam-se e tornam-se passivos diante da necessidade de reciclar suas atividades administrativas. Contentam-se em limitá-las a atos burocráticos cotidianos e não buscam novas formas de proporcionar um trabalho mais coeso entre os membros da equipe (ROSSI; LIMA, 2005).

O saber-fazer em enfermagem encontra contradições ligadas às raízes da profissão. Nesse pensamento, a gerência não é algo isolado, ou seja, é realizada pelo enfermeiro enquanto sujeito social, sendo necessário explorar as contradições diante do ser humano e do exercício da gerência, uma vez que as manifestações corpóreas e culturais também ocorrem no desenvolvimento dessa atividade. Assim,

é fundamental uma prática reflexiva diária e integrativa, tendo no cuidado o ponto central da ação administrativa (PROCHNOW; LEITE; TREVISAN, 2006).

A maioria dos problemas encontrados nas instituições de saúde concernente à qualidade assistencial encontra sua origem em uma prática gerencial ineficaz por parte dos enfermeiros. Tal realidade ocorre devido ao fato desses profissionais, muitas vezes, administrarem seu processo de trabalho por meio do *feeling*, sem o uso de método, ferramentas e técnicas com fundamentação científica (SVALDI; LUNARDI FILHO, 2003).

Muitas são as estratégias que podem ser utilizadas para praticar a gerência em prol do cuidado de melhor qualidade. Salienta-se a identificação da complexidade das necessidades da clientela com o objetivo de adequar o dimensionamento de pessoal de enfermagem. Além disso, o conhecimento do perfil assistencial pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas de cuidado para melhor atender as necessidades dos clientes, de modo a auxiliar a distribuição diária e a capacitação dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Complementando, tem-se que a incorporação dessas tecnologias do trabalho gerencial podem romper com visões anacrônicas do que seja gerenciar um serviço de saúde. Mais do que questionar o que ocorre nesses serviços, a criação de novas indagações e oportunidades para o trabalhador coletivo (equipe) permite o desenvolvimento de modos novos para organizar e realizar o processo de trabalho na enfermagem (FRACOLLI; EGRY, 2001).

Rossi e Lima (2005) reúnem em seu estudo as informações até aqui apresentadas ao afirmarem que as funções gerenciais do enfermeiro geralmente são confusas, diluídas e um tanto distantes dos pacientes, o que reflete, por consequência, na qualidade do cuidado prestado. Para romper esse paradigma, é fundamental reconhecer o cuidado e a relação entre os membros da equipe de enfermagem como elementos possíveis de serem gerenciados dentro da instituição, extrapolando o tecnicismo e a tecnoburocracia.

Percebo então, que o pensamento cartesiano continua influenciando a enfermagem, pois um de seus preceitos, o fracionamento das ações no campo do trabalho, ainda pode ser observado (SILVA *et al.*, 2006). Porém, apesar das evidências e heranças galgadas pela história, a inércia não deve ser a palavra

conjugada por aqueles que desejam uma nova imagem para os espelhos atuais da profissão.

Defendo, portanto, uma aproximação do pensamento complexo pela profissão, no intuito de articular o cuidar e o gerenciar, entendendo-os como inseparáveis no processo de trabalho do enfermeiro. Desse modo pode-se almejar uma atuação com base na compreensão da complexidade humana.

As explanações desta seção podem ser evidenciadas nos mais diversos ambientes de trabalho do enfermeiro. Entretanto, no contexto emergencial, muitas vezes afloram com maior intensidade graças às especificidades da dinâmica deste cenário. Assim, passo a apresentar a contextualização da ação desse profissional no ambiente de emergência hospitalar.

2.2 PECULIARIDADES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO

Previamente a tecer considerações acerca da atuação do enfermeiro em emergência, faz mister trazer à luz algumas definições gerais que permeiam o trabalho no pronto-socorro (PS).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências possui em sua composição a Portaria GM n. 2.048, de 5 de novembro de 2002, que rege os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2006).

A referida portaria descreve pronto-socorros como Unidades de Referência de Tipo III, que são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica (BRASIL, 2006).

Urgência é compreendida, de acordo com a mesma base legal, como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já a emergência, corresponde à constatação de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso e exige, portanto, tratamento imediato.

Como complemento, cito que, na concepção da Comissão Especial de 1972 da Associação Americana de Hospitais, citada por Felipe Junior (1990), emergência é qualquer condição que, na opinião do paciente e sua família, ou de quem assumir a responsabilidade de trazê-lo ao hospital, necessite de assistência imediata.

Em convergência, Chaves (1999) pontua que emergência é um quadro grave, clínico, cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbitos e imprevistos, que causa risco à vida ou grande sofrimento ao paciente e necessita de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte; e urgência é um quadro grave, clínico, cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, que causa risco de vida ou grande sofrimento para o paciente, e implica em tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

Noto que os conceitos de urgência e emergência expostos por diferentes autores fazem uma aproximação comum com o fator tempo como determinante essencial para a atuação dos profissionais inseridos nessas situações.

Nos hospitais, o departamento de emergência é um setor onde situações críticas frequentemente ocorrem. O paciente procura este serviço ou é conduzido a ele em circunstâncias graves, em muitos casos com risco iminente de perda de vida. Desta forma, tem-se por uma unidade de emergência um setor multidisciplinar de especialistas com perícia para tratar pacientes em estado grave. É uma das áreas mais críticas e congestionadas de um hospital, onde situações inesperadas acontecem (SABADDINI; GONÇALVEZ, 2008).

Desta maneira, o ritmo frenético de atuação imposto por este cenário faz com que seja importante a integração dos vários especialistas em equipes de trabalho coesas, nas quais esteja clara a noção de complementaridade (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005)

Javier (2002) discorre que o desenvolvimento da medicina no último século deu lugar a alterações significativas no âmbito da saúde. Outrora, os pacientes que

recorriam aos hospitais eram atendidos em salas de medicações, onde se consultavam todos os tipos de pacientes, internados ou não, independente do tipo de assistência que necessitavam. Hoje, com o aparecimento dos serviços de emergência nos hospitais, originou-se um alívio no trabalho dos profissionais encarregados da assistência como também a criação de especializações voltadas para o cuidado à saúde.

Acrescentando, Lima e Erdmann (2006) referem-se a um PS como uma estrutura caracterizada pela parte física, material, hierárquica, pessoal, atos normativos, fluxo de informações e outros elementos. Quanto ao seu processo, pela descrição do planejamento, filosofia, objetivos, políticas assistenciais, integração docente-assistencial, controle e avaliação. Já o produto, alcança-se pela qualidade e quantidade de assistência de enfermagem e satisfação.

Seguindo esta linha de pensamento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) caracteriza um PS como um serviço equipado e estruturado para um atendimento nas 24 horas do dia, que é conhecido como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), acolhendo: pacientes de urgência propriamente dita; pacientes com quadro percebido como urgência; pacientes desgarrados da atenção primária e especializada; urgências sociais.

Por conta disso, um serviço de emergência deve desempenhar graus de cuidado, habilidade e diligência geralmente exercidos pelos hospitais da comunidade onde está inserido ou em outras localidades. Assim, uma vez criado o serviço de emergência em um hospital público ou privado, existe a obrigação deste de receber casos de emergência e ofertar certeza para a população de que terá atendimento sempre que houver emergência real, obedecendo à normalização do fluxo de encaminhamentos do sistema implantado naquela região (FINCKE, 1980).

Como visto, todo serviço de emergência é porta de entrada de um hospital. Por isso, atitudes e decisões são tomadas constantemente sobre a vida do paciente. Desta maneira espera-se que toda atuação profissional neste setor seja de qualidade, realizada com eficiência e conhecimento, para assim tratar cada indivíduo de forma adequada com vistas à sua complexidade.

Destaco que um PS é um setor com uma dinamicidade específica. Suas rotinas, aliadas à grande demanda de pacientes e à problemática do sistema de saúde como um todo, apontam para um processo de trabalho diferenciado, com a

necessidade de uma equipe multiprofissional altamente qualificada e articulada para atender as necessidades da clientela que ali aporta.

O atendimento emergencial consiste em uma estrutura padrão, sendo ela: serviço realizado por uma equipe multiprofissional capacitada para a emergência; locais adequados com ambiente amplo, pequenas salas individuais, fácil acesso e planta física interna adequada; manual de normas, rotinas e procedimentos; especificações de especialidades como neurologia, cardiologia, ortopedia e reanimação; de recursos e equipamentos adequados (LIMA; ERDMANN, 2006).

Nessa perspectiva, o enfermeiro de um serviço de urgência e emergência é considerado como o profissional fundamental neste setor, devido à diversidade de condições e situações que representam um desafio diário. Isto se justifica porque este profissional protagoniza ações essenciais de cuidado e gerenciamento, além de ser intermediário entre a família e a equipe de atendimento (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

O desenvolvimento das ações de enfermeiros na emergência está intimamente ligado à competência clínica, desempenho, cuidado global e cientificidade no processo gerencial, uma vez que o ambiente emergencial está vinculado a constantes episódios de crise, os quais inspiram decisões rápidas e precisas. A crise é um momento crucial, um ponto crítico, no qual o futuro é desconhecido. Trata-se de um estado instável, uma transformação por auto-reorganização e aceleração da complexidade. Assim, toda crise é bem vinda, uma vez que serve de base para o desenvolvimento crítico (MARPEAU, 2002).

Tal afirmação encontra afinidade com colocações de Wehbe e Galvão (2001), segundo as quais os enfermeiros da unidade de emergência devem aliar a fundamentação teórica à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional.

Há tempos, os enfermeiros de emergência entendem que uma melhoria no seu serviço e o reconhecimento da importância de seu papel são fatores essenciais para a qualidade do atendimento para a comunidade (FINCKE, 1980). Completando, Wehbe e Galvão (2001) mostram que no Brasil, a partir da década de 1980 foi dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência.

A capacitação profissional e a integração entre as equipes são facilitadores para o alcance de uma assistência adequada aos pacientes que necessitam de

intervenções imediatas (SALEH, 2003) e, nesse sentido, Adami (2000) afirma que a enfermagem sempre se preocupou com a educação permanente de seus membros como fator essencial para o controle qualitativo dos cuidados prestados.

Destarte, entidades profissionais de especialidades médicas e de enfermagem trilharam um caminho para a busca da qualidade e aprimoramento dos profissionais que atuam nessa área, estabelecendo protocolos em seu campo de abrangência. Como exemplo, temos a criação do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) pelo Colégio Americano de Cirurgiões, cujo primeiro curso deu-se em 1978 nos Estados Unidos e em 1987 em nosso país (SALEH, 2003).

Saleh (2003) afirma, ainda, que para favorecer uma linguagem comum aos profissionais que atuam com vítimas de trauma, em 1995 chega ao Brasil o *Trauma Life Support for Nurses* (TLSN), curso aos moldes do ATLS e com a finalidade de sistematizar o atendimento de enfermagem e melhorar a qualidade de avaliação inicial, seguidos de outros cursos no mesmo formato.

Salienta-se, contudo, conforme destaca Fincke (1980), que as ações de enfermagem de emergência são independentes, interdependentes e de colaboração, sendo fundamental ao enfermeiro o conhecimento não somente dos protocolos de atendimento, mas também das fronteiras legais de suas atribuições. Assim, a extensão do papel desempenhado pelo enfermeiro no departamento de emergência está aos poucos, mas seguramente, tornando-se uma realidade. Isso se deve à tendência nacional de tornar acessível a melhor qualidade e a eficiência da enfermagem nestes serviços (FINCKE, 1980).

Outro aspecto relevante para a atuação do enfermeiro no PS é a interdisciplinaridade. Porém, cabe pontuar que esta prática ainda encontra obstáculos a serem transpostos. Esta dificuldade advém da roupagem dos sistemas de saúde impregnada pelo modelo cartesiano, bem como da formação inicial do enfermeiro, conforme mencionam Alves, Ramos e Penna (2005):

Profissionais formados de forma fragmentada, para atuar em seus nichos específicos se debatem no atendimento das urgências e emergências, em um exercício permanente de articulação de saberes e busca de reciprocidade e respeito para chegar a melhores resultados ou, simplesmente, para se desgastarem menos. O que se observa, no entanto, é a justaposição de conteúdos adquiridos no processo de formação, quando o que está implícito é a necessidade de uma nova postura diante do conhecimento, uma mudança de atitude em busca de uma relativa unidade de pensamento e ação (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005, p.324).

Nesse universo de instabilidade, ainda que as atividades praticadas pelo enfermeiro no setor em questão se assemelhem àquelas desempenhadas em outras realidades, o contexto emergencial exige uma postura mais incisiva diante das adversidades cotidianas. Para tal, a tomada de decisão representa um importante elemento das ações desenvolvidas por esse profissional.

Para Peres e Ciampone (2006), as habilidades para tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações com base em análise, julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e seus desdobramentos, sendo que o raciocínio lógico/intuitivo e a avaliação permeiam esse processo. Assim, cabe ao enfermeiro de PS utilizar-se de suas capacidades para que a tomada de decisão quanto a *o quê* e *como fazer* seja ágil e de forma adequada ao gerenciar a unidade e o cuidado ao paciente.

A condição de dinamicidade e a complexidade das atividades desenvolvidas no serviço de emergência requerem do enfermeiro competência diferenciada para a tomada de decisão, uma vez que o tempo é um fator determinante para a efetividade do cuidado prestado e manutenção da vida. Desta forma, o ambiente emergencial pode favorecer a tendência de cuidar do ser humano de forma mecanizada, uma vez que os procedimentos são realizados em curto espaço de tempo. Como consequência, a visão da complexidade do ser humano pelo enfermeiro pode ser prejudicada, de modo que ele venha a adotar uma postura gerencial voltada para os aspectos da tecnociência.

Nesta sua atuação, o enfermeiro defronta-se com situações e dilemas que requerem enfrentamento com competência e dignidade, e devem ser sustentados nos seus valores, nos valores da profissão, bem como no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007). Assim, poderá garantir um cuidado de excelência, com qualidade não apenas científica e técnica, mas humana, seja na promoção, na proteção, recuperação, reabilitação da saúde e até mesmo na morte (SCHIRMER, 2006).

Isso significa que o agir do enfermeiro, além de ser permeado pelo conhecimento técnico-científico aliado aos preceitos éticos construídos a partir de suas vivências (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007), deve ser fundamento no conhecimento estético que possibilita captar a subjetividade do outro, seus medos, ansiedades, fragilidades, suas crenças e valores, enfim, conhecê-lo na sua multidimensionalidade.

Durante o cuidado de enfermagem, os valores individuais do enfermeiro podem divergir dos apresentados pelo cliente e gerar conflitos que culminam em questões éticas. Isso ocorre porque as pessoas envolvidas nesse contexto têm abordagens diferentes sobre o raciocínio moral (SANT'ANNA; ENNES, 2006).

Contudo, quando esse cuidado ocorre no setor de emergência, apesar de o enfermeiro ter conhecimento sobre a autonomia do cliente, conforme explicitado no artigo 27 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), exerce seu saber no sentido de decidir pelo outro, de tomar a decisão que vá ao encontro dos preceitos éticos estabelecidos. Isso ocorre principalmente devido à assimetria de poder existente entre os profissionais e os clientes (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005).

Respeitar a autonomia do cliente é considerar cada pessoa com sua própria identidade, aceitar o pluralismo ético-social e compreender que cada ser humano tem o direito à dignidade e a tomar suas próprias decisões (SANT'ANNA; ENNES, 2006). Essa atitude deve ser considerada pelos profissionais de saúde mesmo nos serviços de emergência, desde que a situação do cliente o permita.

Além da questão da autonomia, outro dilema que surge na emergência é o obstáculo para o desenvolvimento do cuidado humanizado, porquanto o processo decisório do enfermeiro, em muitas situações desse cenário, encontra apoio apenas nos fundamentos da tecnociência, o que pode interferir na sua atuação ética (CALIL; PARANHOS, 2007).

Nesse sentido, uma atuação ética deve ser realizada com base no entendimento da natureza mais profunda do homem, vislumbrar a sua compreensão nas mais diversas instâncias, incluir seus sentimentos, seu envolvimento familiar e social, e que somente com esse processo de humanização é possível cuidar do outro (BOFF, 2008).

O cuidado humanizado é aquele em que as ações instrumentais ou técnicas do enfermeiro estão entrelaçadas com suas ações expressivas, ou seja, com a subjetividade, e nas situações de encontro/interação com o cliente possibilitam conhecê-lo na sua multidimensionalidade. Mas como conhecer o outro em uma situação de emergência em que o tempo é efêmero e pode não ser o suficiente para evitar que sua existência chegue ao fim? Como dar conta de sua subjetividade, garantir sua autonomia num momento em que o uso de tecnologias é muitas vezes imprescindível para a manutenção da vida?

Nesse ambiente o uso de equipamentos, o conhecimento e a experiência profissional encontram-se muito sedimentados, o que gera a possibilidade de ocorrência de fatos extremamente conflituosos durante os atendimentos, de acordo com visão humana do contexto. É relevante salientar que a decisão em circunstâncias difíceis é uma prática comum, e deve objetivar a proteção da vida humana com responsabilidade (FIGUEIREDO, 2004).

A busca por transpor esse obstáculo é algo incessante na atualidade do Sistema Único de Saúde e a humanização dos serviços de emergência deve inserir-se em um processo de reflexão acerca da própria instituição, a fim de possibilitar a construção de uma filosofia de trabalho que esteja alinhada com os valores da clientela e dos profissionais, numa perspectiva do ser humano como parte de um sistema social e não somente como um 'objeto' a ser manipulado durante o atendimento (CALIL; PARANHOS, 2007).

Neste contexto, gerenciar em enfermagem pressupõe a tomada de decisões éticas. Estas envolvem, muitas vezes, dilemas e conflitos que requerem reflexão, ponderação e discussão, a fim de que a ação administrativa seja fundamentada em escolhas que proporcionem o bem ao cliente (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005), e que o processo decisório do enfermeiro seja alicerçado em princípios éticos (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007).

O enfermeiro tem conduta ética quando usa a criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e usar racionalmente os recursos humanos e materiais disponíveis com a finalidade de garantir um atendimento isento de riscos (FREITAS; OGUISSO; MERIGHI, 2006).

A viabilidade de uma conduta ética no cuidado surge do uso de instrumentos para a tomada de decisão como: “[...] planejamento, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção, educação continuada, liderança e avaliação de desempenho”. Tais instrumentos “[...] possibilitam que o enfermeiro gerencie sua equipe adequadamente e a conduza para a prestação de cuidados com a qualidade pretendida”, dentro dos padrões de dificuldade impostos pela realidade onde se insere (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007, p. 373).

Em síntese, a atuação do enfermeiro no setor de emergência exige raciocínio crítico preciso e oportuno na busca de decisões baseadas nos princípios éticos que possibilitem garantir a autonomia do paciente, a humanização da assistência, o cuidado livre de riscos e pleno de qualidade. Contudo, neste cenário

onde o uso de equipamentos e tecnologias sofisticadas é imprescindível para a manutenção da vida, respeitar a autonomia do cliente em situações de emergência se torna uma atitude muitas vezes inviável e que pode gerar dilemas éticos e conflitos ao enfermeiro.

Estes dilemas podem ser amenizados mediante reflexão fundamentada no conhecimento científico, tecnológico, ético e estético, bem como nos valores da profissão, e nas experiências vividas no cotidiano da prática profissional que dão subsídios para a tomada de decisão com vistas ao cuidado isento de danos (FIGUEIREDO, 2004).

Entendo que quando o processo de tomada de decisão em serviços de emergência está ancorado em princípios éticos, reflexão e juízo crítico, as alternativas possíveis ocorrerão por meio de ações com vistas ao bem dos clientes, de forma ética, solidária e humanizada. Contudo, esse processo é uma atividade complexa, resultado de um aprendizado que requer um exercício contínuo de ir e vir, um balanço existencial reflexivo que nos faz questionar também sobre quem somos, sobre nosso comportamento nos diversos contextos que estamos inseridos, nossos valores, enfim, sobre nossa maneira de ser e estar no mundo.

Para a tomada de decisão há demanda de competência profissional, uma vez que essa envolve conhecimento, habilidade e atitude ao seu desenvolvimento. Dessa maneira, explano na seção subsequente sobre a tomada de decisão e outras competências gerenciais do enfermeiro, com o intuito de tangibilizar a realização das mesmas em um ambiente de pronto-socorro.

2.3 AS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO

Apresento, nesta seção, informações acerca das competências desenvolvidas no tocante à formação do enfermeiro, bem como em sua prática no mundo do trabalho, procurando compreender etimologicamente tal termo e discorrer sobre sua inserção nessas duas vertentes.

Segundo Ferreira (1988), a palavra competência de acordo com a língua portuguesa refere-se à idoneidade, aptidão, capacidade, luta, conflito, oposição, confronto, concorrência e poder. No âmbito profissional, define-se competência como a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação valores, conhecimentos

e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (BRASIL, 2001).

Na concepção de Perrenoud (1999, p.7), competência é “[...] uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. As pessoas valem-se deles, estabelecem sua integração e mobilizam-nos no momento em que exercem determinada ação. “É na possibilidade de relacionar, pertinentemente, os conhecimentos prévios e os problemas que se reconhece uma competência” (PERRENOUD, 1999, p.32).

Dessa forma, as competências correspondem a aquisições ou aprendizados construídos que necessitam dos recursos do conhecimento e de sua assimilação para mobilizá-los. Trata-se de um processo complexo, cujo significado não é simplesmente o de somar conteúdos de modo a usá-los; envolve discerni-los, selecioná-los, organizá-los e, especialmente, fazer conexões entre eles antes de empregá-los na ação solicitada.

Em uma aproximação com a Administração, Fleury e Fleury (2001, p.188) afirmam que competência é “[...] um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

Com relação ao mundo do trabalho, o termo competência, conforme Peres, Ciampone e Wolff (2008), remete a este desde a Idade Média. Mais atualmente, esse termo, à margem dos anos de 1970, sofre profunda influência dos modelos taylorista e fordista, e se aproxima de conhecimento tácito sem identificar suas possíveis relações com o conhecimento teórico.

A perda da hegemonia desses modelos fragmentadores traz transformações ao entendimento de competência no contexto laboral e enfatiza o domínio do conhecimento vinculado ao desenvolvimento das capacidades cognitivas complexas e da afetividade, englobando o fazer, o saber e o ser. Sabe-se, contudo, de acordo com o mencionado por Demo (2005), que o perfil da competência profissional exigido na atualidade apresenta diversas modificações, sendo importante que o indivíduo, além de executar sua profissão saiba pensá-la e refazê-la constantemente.

Assim, para o desenvolvimento de competências, são necessários processos educativos sistematizados e integrados ao processo de trabalho. Em síntese, o conceito de competência é tido como:

[...] Capacidade de agir, em situação prevista e não prevista, com rapidez e eficiência, articulando conhecimentos tácitos e científicos a experiências de vida e laborais vivenciadas ao longo das histórias de vida. [...] Supõe, portanto, a capacidade de atuar mobilizando conhecimentos (KUENZER, 2002, p.11).

Nessa perspectiva destaca-se o combate ativo da idéia dicotômica entre a formação teórica e a prática, emergindo a urgência de vinculação entre ambas (PERRENOUD, 2002). Em consonância a tal pensamento, ao desenvolver competências no trabalho, o indivíduo agrega além de valores econômicos à organização, valor social a si próprio, investindo em si mesmo, não só como cidadão organizacional, mas também com cidadão do próprio país e do mundo (FLEURY; FLEURY, 2001).

No contexto da enfermagem, o termo competência é aplicado como capacidade de conhecer e atuar sobre certas situações e envolve habilidade para realizar planejamento, implementação e avaliação de ações, para o qual a experiência é importante fator para o fazer com qualidade (AGUIAR *et al.*, 2005).

O ensino de enfermagem no Brasil sempre acompanhou as políticas de educação e de saúde do país, atendendo às suas exigências legais. Nos dias atuais, a questão da formação do enfermeiro e o fato dos currículos dos seus cursos estarem ou não em conformidade com o mundo do trabalho, o sistema produtivo e as reais necessidades de saúde da população merecem estudos (SANTOS, 2004). A construção de um perfil de competência pela academia não garante a renovação da prática, sendo preciso investir na discussão e reflexão sobre a forma como tal perfil é executado na rotina dos serviços de enfermagem (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

Especificamente sobre a competência gerencial do enfermeiro, essa deve ser desenvolvida durante o seu processo acadêmico, sendo norteadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), as quais trazem no seu artigo quarto que a formação do enfermeiro objetiva desenvolver no profissional os conhecimentos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração/gerenciamento e Educação permanente (BRASIL, 2001).

Em relação à competência gerencial, a resolução citada aponta que:

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001, p.37).

É fundamental, portanto, que o enfermeiro mobilize tais competências para desenvolver as atividades gerenciais no seu processo de trabalho, vislumbrando o cuidado de qualidade à clientela que assiste. A função gerencial corresponde a um instrumento para organizar o processo de trabalho política e tecnicamente, com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo à luz dos princípios do SUS (GRECO, 2004).

A gerência no trabalho do enfermeiro é fundamental para os desafios de uma prática convergente às políticas de saúde. Essa esfera de atuação acompanha a evolução do mundo globalizado, sendo necessário o saber fazer crítico com vistas ao panorama atual na atenção em saúde e em consonância com os princípios de administração contemporâneos (AGUIAR *et al.*, 2005).

Porém, as transformações na trajetória formativa do enfermeiro ocorrem em descompasso com sua prática profissional em virtude das exigências impostas pelas bases mercadológicas de atuação da profissão (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Este debate entre a academia e mercado de trabalho geralmente está centrado no perfil dos profissionais que se quer formar, o qual, muitas vezes, diverge das exigências e expectativas aspiradas pelas instituições onde atuarão (PERES; CIAMPONE; WOLFF, 2008). Desde a década de 1950, a Associação Brasileira de Enfermagem realiza esta discussão, porém, é evidente a permanência da desvinculação da formação teórica para com a prática profissional do enfermeiro. Tal fato pode também ser compreendido pela questão de que as instituições de ensino superior não parecem preocupadas com as exigências do mundo do trabalho, mas sim, em atender as bases legais que regem a educação no país (SANTOS, 2004).

A discrepância entre as tentativas de construção de competências durante a formação do enfermeiro e a sua atuação profissional surge por conta da submissão deste profissional às exigências do mundo do trabalho, que circunda as necessidades de atendimento à demanda e produtividade das instituições de saúde. Nesse sentido, a ênfase aplica-se à dimensão técnica do fazer em detrimento à ação

crítico-reflexiva do enfermeiro, defendida pelas DCNs e políticas de saúde brasileiras (PERES; CIAMPONE; WOLFF, 2008).

O gerenciamento tendo como foco o cuidado não vem sendo feito por muitos enfermeiros e também não é cobrado pelas organizações, as quais dão mais ênfase ao gerenciamento das unidades de trabalho (GRECO, 2004). Para Aguiar *et al.* (2005), essa forma de atuação colabora para a alienação do trabalhador, pois limita sua iniciativa e criatividade e, por conseguinte, o poder de reflexão, situação essa que pode culminar na insatisfação da clientela, descompromisso e baixa produtividade. Assim, as tendências de gerência contemporânea só encontrarão eco na enfermagem a partir do momento que o enfermeiro compreender que administrar também é cuidar.

Entretanto, muitas organizações ainda não consideram esse o perfil ideal de trabalhador, principalmente ao se falar do enfermeiro inserido nos serviços de saúde. Segundo Peres e Ciampone (2006), a lógica mercadológica enfatiza a mão-de-obra voltada ao fazer em detrimento da ação crítico-reflexiva. Percebe-se, portanto, a divisão entre ensino e serviço, gerando uma situação paradoxal na gestão do processo de trabalho em enfermagem.

Mesmo diante dessa realidade, é fato que a administração convencional realizada por meio de regras estabelecidas vem sendo, na contemporaneidade, cada vez mais substituída pela aplicação de conceitos como aprendizagem, conhecimento e competência, a fim de garantir a posição de vantagem das organizações atuais. Nesse contexto, o enfermeiro torna-se o elo de comunicação que objetiva o gerenciamento adequado, conectando as expectativas da alta gerência com as dos trabalhadores da linha de frente. Para tal atividade, o conteúdo do conhecimento desse profissional ampliou-se no âmbito administrativo, refletindo progressivamente na necessidade de readequação do processo formativo (SHINYASHIKI; TREVISAN; MENDES, 2003).

Assim sendo, os serviços de saúde e de enfermagem devem repensar qual é o perfil desejável do enfermeiro para que seja convergente com os valores, missão e visão da organização, vislumbrando o alcance das metas traçadas (MARTIN *et al.*, 2006).

Além das condições impostas pelo mercado, outra dificuldade advém do desafio de mudar as práticas pedagógicas no ensino da enfermagem, que ainda fundamentam-se na educação transmissional ao invés da construção do

conhecimento (PERES; CIAMPONE, 2006). Porquanto, a relação teórico-prática continua embrionária no país, sobretudo no que tange às atividades administrativas do enfermeiro.

O enfoque disciplinar nos cursos de graduação é resultado de uma postura científica que promoveu a excessiva especialização e fragmentação o que resultou em alienação e depauperamento do ser humano. Por consequência, o conhecimento acaba sendo fragmentado pela própria estrutura universitária, dificulta o convívio na diversidade e torna a gestão um grande desafio ao enfermeiro inserido nesse universo.

A superação dessa realidade pode ser viabilizada com o advento da interdisciplinaridade, uma vez que esta permite a construção ou reconstrução do conhecimento e colabora para que, ao final da trajetória acadêmica, o enfermeiro esteja apto a pensar e renovar sua realidade de atuação, colaborando para que o cliente seja assistido integralmente (MAZON; TREVISAN; 2001).

Nessa ótica, para a construção da competência gerencial do profissional enfermeiro faz-se necessária a integração de três situações. A primeira alicerça-se na questão de que os cursos de graduação devem estimular o desenvolvimento da visão gerencial no aluno, buscando transformá-lo em um indivíduo crítico-reflexivo na sua prática cotidiana (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVISAN, 2005).

A segunda situação diz respeito às instituições de saúde, as quais precisam incentivar e desenvolver o perfil gerencial do enfermeiro, pois, dentre tantas vantagens nessa atitude, tem-se, de acordo com Felli (2002), o fato de que a formação do enfermeiro para uma prática gerencial sustentada pela cientificidade colabora não somente para a garantia da qualidade da assistência prestada, como também para a manutenção da saúde do profissional e sua equipe. Por fim, é necessário que os próprios enfermeiros busquem permanentemente conhecimentos para sustentar cientificamente a atuação gerencial no seu processo de trabalho (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVISAN, 2005).

Essas informações permitem refletir que, para que a competência gerencial do enfermeiro desenvolva-se na sua totalidade, deve haver coerência entre a sua trajetória acadêmica, o mercado de trabalho e a atitude dos profissionais ao longo de sua carreira.

Acrescento a essa perspectiva que a gestão no processo de trabalho da enfermagem necessita ser fundamentada na reflexão crítica e aliada ao

desenvolvimento do cuidado, devendo ser cultivada ainda durante os anos da graduação. Dessa forma, a formação do futuro enfermeiro mostra-se como um importante caminho para romper a dicotomia entre teoria e prática (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004).

Finalmente, sintetizo as idéias apresentadas nessa seção afirmando que gerenciar em enfermagem corresponde ao desenvolvimento de ações que vislumbram subsidiar a assistência de qualidade à clientela em convergência às políticas públicas de saúde do país. Porém, ainda que a academia apregoe tal prática e busque formar um enfermeiro nesses moldes, as bases mercadológicas ancoradas no capitalismo fazem com que as instituições de saúde esperem do enfermeiro uma ação gerencial com vistas à lucratividade.

Destarte, essa problemática é fruto dos diferentes ritmos de mudança no âmbito acadêmico e sua relação com o mundo do trabalho. Saliento, contudo, que é fundamental que o enfermeiro, em sua prática profissional, mobilize competências gerenciais a partir de uma visão complexa de seu processo de trabalho, desvestindo-se da modalidade anacrônica que fragmenta sua atuação em subprocessos desarticulados e que não possuem finalidade em si mesmos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresento a trajetória metodológica desenvolvida para o alcance dos objetivos propostos, a partir da concepção de que a metodologia escolhida pode ser comparada ao rumo ou direcionamento pretendido com os objetivos traçados. Delineio elementos metodológicos essenciais ao desenvolvimento da pesquisa tais como: tipo de pesquisa, cenário e sujeitos pesquisados, aspectos éticos, coleta e análise dos dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

O ato de pesquisar é uma atividade em que se busca responder indagações a fim de descobrir sobre a realidade, por meio de uma constante aproximação desta que nunca se esgota. Deve ser realizado trilhando-se um caminho específico, com instrumental próprio e, a esse processo, nomeia-se metodologia, a qual inclui além de concepções teóricas de abordagem, técnicas que viabilizam a apreensão da realidade (MINAYO, 2004).

O presente estudo foi realizado com base na abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratória, na qual se utilizou a observação sistemática não-participante conjugada à técnica de entrevista semi-estruturada como opção investigatória.

Quanto à pesquisa qualitativa, Minayo e Sanches (1993) a entendem como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais estabelecidas em diversos ambientes. Nessa ótica, Godoy (1995) afirma que, de maneira contrária à pesquisa quantitativa, não utiliza recursos estatísticos na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, processos e características de organizações, pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada.

Em complemento, Minayo (2004, p.34) salienta que a pesquisa qualitativa ao invés de reconhecer na subjetividade a impossibilidade de construção científica, considera esta como “[...] parte integrante da singularidade do fenômeno social”.

Um estudo descritivo, segundo Gil (2008), permite observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais e estabelecer relações entre as

variáveis sem manipulá-las. O autor citado complementa que a pesquisa descritiva também possibilita detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das informações de forma mais ampla.

Para viabilizar a execução de uma pesquisa descritiva, o pesquisador procura observar, registrar, analisar e interpretar os fenômenos por meio de técnicas padronizadas e coleta de dados como questionário e observação sistemática (RODRIGUES, 2006). Nessa perspectiva, Gil (2008) corrobora pontuando que estas duas técnicas de coleta de dados contemplam as necessidades para o desenvolvimento de uma pesquisa descritiva de qualidade.

No que tange à pesquisa exploratória, esta tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, aproximar o pesquisador do fenômeno, ou seja, tem o intuito de torná-lo mais explícito para assim desvendar, obtendo enfoques, percepções, idéias desconhecidas e inovadoras, terminologias novas sobre os fenômenos estudados. Contribui para que, paulatinamente, o modo de pensar do pesquisador seja modificado de acordo com a forma que a realidade vai se apresentando (TOBAR; YALOUR, 2001; GIL, 2008).

Pesquisa exploratória mostra uma visão geral aproximativa; é usada quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil formular problemas precisos e hipóteses operacionalizáveis; tem por objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para estudos posteriores; possui menor rigidez em seu planejamento; e envolve como possíveis técnicas as entrevistas e as observações (GIL, 2008). O principal objetivo das pesquisas exploratórias é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, conhecendo a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere.

Assim sendo, tal proposta metodológica foi considerada vantajosa para a investigação do problema levantado como eixo norteador deste estudo.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA E SUJEITOS PESQUISADOS

A pesquisa foi desenvolvida no pronto-socorro (PS) de um hospital universitário filantrópico de grande porte da cidade de Curitiba, o qual conta com cerca de 600 leitos para internamento nas mais diversas especialidades. Atua como prestador de serviços do SUS por meio de convênios federais, estaduais e municipais, bem como da saúde suplementar.

O PS desse hospital presta assistência emergências clínicas e cirúrgicas e corresponde a uma referência no atendimento a eventos traumáticos, fazendo parte, junto a outras duas instituições de Curitiba, do sistema integrado de atendimento ao trauma na cidade. Com uma média diária de 160 atendimentos, o setor comporta um número flutuante de aproximadamente 50 pacientes, sendo que este montante e a distribuição do mesmo variam de acordo com a demanda momentânea e com a complexidade dos casos que ali aportam.

A amostra do estudo foi composta por oito enfermeiros do PS, cujo total desta categoria profissional correspondia a dez nesse setor. Todos os enfermeiros do setor foram convidados a participar do estudo, porém dois deles se recusaram, o que determinou o número amostral. Dos pesquisados, um foi do turno da manhã, um atuava das sete às dezesseis horas e possuía função de coordenador do setor, dois eram do turno da tarde, dois da noite A e dois da noite B.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para ser viabilizada a coleta de dados, os aspectos éticos seguiram a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece diretrizes e normas éticas da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996).

Baseado nesta Resolução, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar que sediou o estudo sob o protocolo nº. 7799-08 (ANEXO1) e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) o nº. 0128.0.081.000-08.

A coleta de dados ocorreu mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos sujeitos participantes (APÊNDICE 1).

3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

O período da coleta de dados deu-se durante os meses de fevereiro a abril de 2009 por meio da conjugação de duas técnicas: a observação sistemática não-participante e a entrevista semi-estruturada. Saliento que os instrumentos utilizados foram submetidos a teste piloto e, após este, foram ajustados conforme as necessidades percebidas.

3.4.1 Observação sistemática não-participante

Com relação à observação utilizada como técnica de coleta de dados para uma pesquisa, Rodrigues (2006, p.61) afirma que “[...] observar é aplicar atentamente os sentidos a um objetivo para dele adquirir um conhecimento claro e preciso”. É a busca deliberada, realizada com cautela e imparcialidade por parte do pesquisador em contraste com as percepções do senso comum (FACHIN, 2005).

Para Minayo (2004), essa é uma técnica propícia para se captar a realidade empírica, sendo uma parte fundamental do trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa. Além disso, Flick (2004) destaca que essa modalidade possibilita observar eventos à medida que eles ocorrem.

Nas pesquisas de enfermagem, a técnica observacional apresenta grande aplicabilidade, uma vez que o enfermeiro encontra-se em situação privilegiada para observar, podendo desenvolvê-la durante suas atividades ou fora delas e os dados obtidos poderão ser utilizados para aperfeiçoamento da prática profissional (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

Uma das modalidades observacionais utilizadas na coleta de informações científicas é a observação sistemática, também chamada, conforme mencionam Marconi e Lakatos (2005), de observação estruturada, planejada ou controlada, devido ao fato de vislumbrar a resposta a propósitos pré-estabelecidos. Para tal, as autoras citadas afirmam que várias são as possibilidades de instrumentos para coletar informações por esse método, a se destacarem os quadros, anotações, escalas, dispositivos mecânicos entre outros. Barros e Lehfeld (2000) salientam que o instrumento adequado para a observação sistemática é aquele que indica e delimita a área a ser observada, necessitando de um planejamento prévio para seu desenvolvimento.

No processo de observação sistemática não-participante, o observador pode realizar anotações dos fatos observados, que, segundo Richardson *et al.* (1999), devem ser de seu conhecimento, a fim de que possa estabelecer relações entre os dados e posteriormente, analisar a situação.

As observações tiveram a finalidade de caracterizar as atividades gerenciais do enfermeiro no cenário pesquisado e pautaram-se em um roteiro (APÊNDICE 2) composto por cinco itens pré-estabelecidos, sendo eles: Atividades gerenciais relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem; Atividades gerenciais não

relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem; Atividades assistenciais privativas do enfermeiro; Atividades gerais da enfermagem e Outras atividades. Como pesquisadora, conforme observava as atividades desenvolvidas pelo sujeito, as distribuía no instrumento de acordo com esta classificação.

No final do instrumento havia também um espaço para anotações diversas do observador que poderiam contemplar considerações julgadas como importantes ou outras atividades não discriminadas nos itens pré-estabelecidos.

Como apoio para as observações, fiz uso de um inventário de atividades desenvolvidas no PS (APÊNDICE 3), adaptado a partir da proposta de Vanderlei (2005) e considerando minha experiência profissional em emergência.

Ainda, para descrever o processo observacional elaborei uma crônica que permite identificar sob que ângulo meu olhar, enquanto pesquisadora, influenciou a composição do *corpus* textual das observações utilizadas para a análise dos dados. A apresentação desta crônica antecede a apresentação das categorias empíricas.

3.4.2 Entrevista Semi-estruturada

Entrevista é o encontro entre duas pessoas com o intuito de que uma delas obtenha informações, a partir de uma conversa orientada sobre determinado assunto ou problema. Esse é um procedimento de papel fundamental no contexto das pesquisas sociais (MARCONI; LAKATOS, 2005; RODRIGUES, 2006).

É um meio básico de coleta de dados na pesquisa qualitativa, pelo qual as informações obtidas são fundamentadas no discurso dos entrevistados. No enfoque qualitativo, a entrevista semi-estruturada é um dos tipos mais utilizados, partindo de certos questionamentos básicos contidos em um instrumento apoiado em teorias e hipóteses que possibilitam interrogativas advindas de outros pressupostos, as quais vão surgindo à medida que o pesquisado é entrevistado (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

As entrevistas semi-estruturadas desenvolvidas nessa pesquisa foram gravadas com autorização dos sujeitos e abordaram cinco questões abertas (APÊNDICE 4). Questões abertas, conforme Fachin (2005) são aquelas que possibilitam que o pesquisado possa discorrer livremente sobre a temática em questão, permitindo coletar informações amplas com maior número de opiniões.

As questões contidas no instrumento para entrevista semi-estruturada do presente estudo visaram reconhecer a descrição que o enfermeiro faz acerca de sua atividade gerencial, bem como identificar as competências necessárias para serem desenvolvidas no PS.

Para sua viabilização, realizei um contato inicial por telefone com os enfermeiros, durante o qual os convidei a participar do estudo. Nos casos em que houve resposta positiva, a entrevista foi agendada de acordo com a data e horário de sua preferência. Todas as entrevistas foram por mim desenvolvidas no ambiente de trabalho dos sujeitos, ou seja, no PS, por ser esta a escolha dos participantes e não ultrapassaram vinte minutos de duração.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após a obtenção dos dados, o pesquisador depara-se com um amontoado de respostas, sendo fundamental a organização e ordenação das mesmas a fim de serem analisadas e interpretadas na sequência (RUDIO, 2003). Para Minayo *et al.* (1999, p.68), “[...] a análise dos dados tem por finalidade compreendê-los, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento acerca da temática que envolve o estudo”.

Nesse sentido, “[...] a análise qualitativa é um procedimento discursivo e significativo de reformulação, de explicação ou de teorização de um testemunho, de uma experiência ou de um fenômeno” (MATHEUS; FUSTINONI, 2006, p.141).

Nas pesquisas qualitativas, durante a análise dos dados, é obrigatória a utilização de um olhar multifacetado sobre a totalidade dos resultados, consideradas as observações e as entrevistas que compõem o *corpus* textual (CAMPOS; TURATO, 2009). Por isto, escolhi a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), a qual fornece informações complementares ao leitor crítico de uma mensagem. Esta escolha deu-se, também, devido à valorização do significado do conteúdo das mensagens de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa.

O terreno, o funcionamento e o objetivo desse tipo de análise são descritos como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

A organização da Análise de Conteúdo, conforme a autora, ocorre por meio de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A **pré-análise** é o momento de se organizar o material. São escolhidos os documentos a serem analisados, formuladas hipóteses ou questões norteadoras, elaborados indicadores que fundamentem a interpretação final. Inicia-se o trabalho com a escolha dos documentos a serem analisados (BARDIN, 1977).

Assim, nesta fase da análise, transcrevi as falas gravadas dos sujeitos de forma a constituir o *corpus* do texto a ser trabalhado, os dados em seu estado bruto. Em síntese, trata-se da edição dos dados (BARDIN, 1977).

Após isso, realizei o primeiro contato com os documentos, chamada de leitura flutuante, que conforme menciona Bardin (1977), é dela que surgem hipóteses ou questões norteadoras, em função de teorias conhecidas. Para Campos e Turato (2009) esta leitura é entendida como um modo de escuta que não deve privilegiar, inicialmente, nenhum dos elementos discursivos, mas sim tangenciar com uniforme atenção tudo o que se lê.

Sequencialmente à leitura flutuante foram escolhidos os índices, que são recortes do *corpus* do texto advindos das questões norteadoras ou das hipóteses. Os temas que se repetem com muita frequência podem ser índices.

A partir deste momento, passei para a segunda etapa da Análise de Conteúdo, chamada de **exploração do material**, descrita por Bardin (1977) como a administração sistemática das decisões tomadas. Corresponde à codificação, ou seja, é a transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão do texto.

Neste ponto, após várias leituras das observações realizadas com os sujeitos e dos índices recortados do *corpus* textual, identifiquei temas que se libertaram naturalmente da redação, os quais constituíram as unidades de registro.

A partir da identificação das unidades de registro foi possível elencar as categorias que emergiram dos dados. Categorizar, na perspectiva da Bardin (1977), é classificar elementos constitutivos de um conjunto por meio da diferenciação seguida de reagrupamento segundo analogia e critérios previamente estabelecidos. Assim, categorias são classes que reúnem grupos de unidades de registro em razão de características comuns, é um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões (CAMPOS; TURATO, 2009).

Por fim, passei ao **tratamento dos resultados**, durante o qual foram realizadas inferências e interpretação dos achados, com sustentação de literaturas abordando a temática. De acordo com Campos e Turato (2009), o pesquisador que faz uso da Análise de Conteúdo deve dar voz aos dados por meio da atividade interpretativa repousada sobre informações já sedimentadas na literatura.

Nesta etapa, foi preciso voltar atentamente aos marcos teóricos pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que permitiu sentido à interpretação. As interpretações que levam às inferências são sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações aparentemente superficiais.

Em outras palavras, corresponde ao tratamento dos dados brutos de maneira a serem significativos (BARDIN, 1977). Conforme colocam Campos e Turato (2009), a elaboração de inferências na Análise de Conteúdo corresponde à produção de conhecimentos subjacentes a determinada mensagem e à sua ancoragem com referenciais teóricos

Objetivando clarificar as etapas desenvolvidas durante a Análise de Conteúdo, apresento a seguir uma representação gráfica (FIGURA 1).

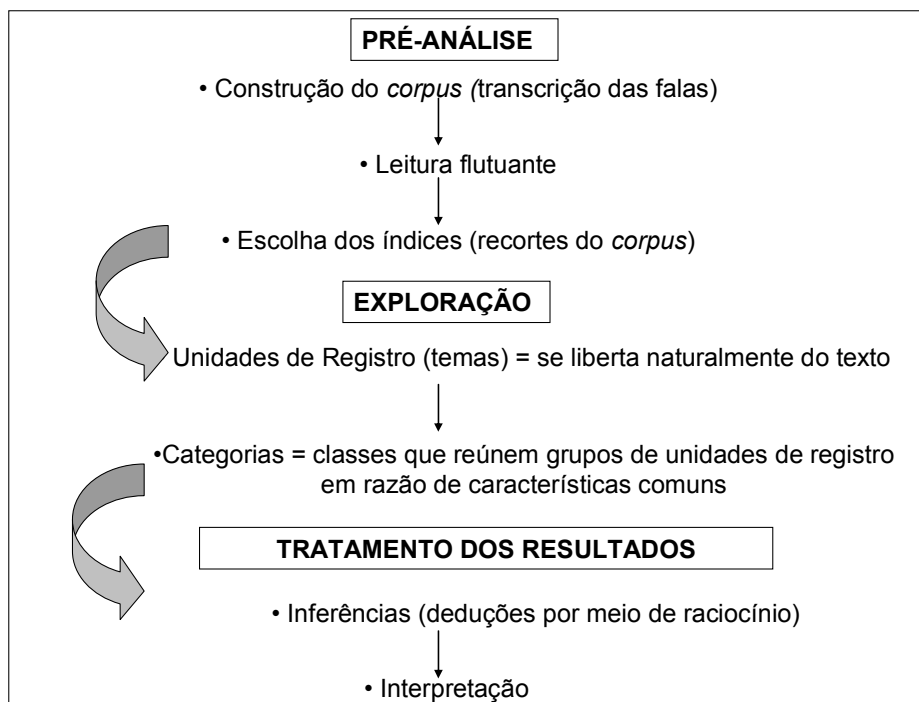


FIGURA 1: Representação gráfica das etapas da Análise de Conteúdo

Fonte: Bardin (1977)

A partir da apresentação do delineamento metodológico do estudo, emergiram as categorias de análise, as quais são descritas no próximo capítulo. Com o intuito de manter o sigilo acerca da identidade dos sujeitos, as falas que ilustram as categorias advindas das entrevistas foram codificadas como EE1 a EE8 (entrevista com enfermeiro 1 a entrevista com enfermeiro 8). Já os trechos recortados das observações estão expostos como OE1 a OE8 (observação do enfermeiro 1 a observação do enfermeiro 8).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo aborda a apresentação das informações advindas dos dados coletados e das observações realizadas de maneira sistematizada no cenário da pesquisa. Preliminarmente exponho a caracterização dos sujeitos da pesquisa, seguida de uma crônica discorrendo sobre o processo observacional. Na sequência, detalho as categorias e subcategorias que emergiram da Análise de Conteúdo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dos enfermeiros participantes da pesquisa dois foram do sexo masculino e seis feminino, sendo que a média de idade foi de 29 anos. O que trabalha há mais tempo no PS está há oito anos e o que atua a menos tempo há dois anos, com média de 3,9 anos. Dentre os sujeitos, apenas dois já atuam no PS de outra instituição hospitalar.

Somente dois não possuem pós-graduação e os demais possuem *lato-sensu*, dos quais três são Especialistas em Enfermagem em Emergência e três Especialistas em Enfermagem em Terapia Intensiva.

Para favorecer a visualização das características dos componentes da amostra, apresento o quadro 2 a seguir.

| ENFERMEIRO | IDADE (anos) | SEXO | TEMPO DE ATUAÇÃO NO PS | PÓS-GRADUAÇÃO | ATUAÇÃO NO PS DE OUTRO HOSPITAL |
|------------|--------------|------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 30 | M | 6 anos | Esp. Enfermagem em Emergência | Não |
| 2 | 27 | F | 2 anos | Esp. Enfermagem em UTI | Não |
| 3 | 26 | M | 4 anos | Esp. Enfermagem em Emergência | Sim |
| 4 | 36 | F | 8 anos | ----- | Sim |
| 5 | 30 | F | 5 anos | Esp. Enfermagem em Emergência | Não |
| 6 | 25 | F | 2 anos | ----- | Não |
| 7 | 30 | F | 2 anos | Esp. Enfermagem em UTI | Não |
| 8 | 28 | | 2 anos | Esp. Enfermagem em UTI | Não |

QUADRO 2: Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa

Fonte: O autor (2009)

4.2 APRESENTAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES: UMA BREVE CRÔNICA

A coleta de dados por meio das observações foi desenvolvida durante o turno de trabalho de cada um dos sujeitos, após a realização da entrevista. Realizei neste estudo 65 horas de observação sistemática não-participante, sendo que a variação temporal com cada enfermeiro foi de oito a dez horas, nos diferentes horários de sua atuação.

A determinação desta quantidade de horas deu-se pelo fato de que, em determinado momento, esgotaram-se as aparições de novas situações, passando a ocorrer apenas repetições de fatos.

Mesmo sabendo que estavam sendo observados, os sujeitos demonstraram naturalidade no desenvolvimento de suas atividades na minha presença. Acredito que um fato que colaborou para isto tenha sido a realização prévia da entrevista, assim como a minuciosa explicação dos objetivos do estudo no ato da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Destaco que as contradições entre as respostas dadas pelos enfermeiros durante a entrevista e o observado foram poucas, as quais estão expressas na apresentação das categorias. Isto me permite afirmar que há congruência entre o que dizem e o que praticam em seu processo de trabalho e me tranquiliza acerca da veracidade dos dados obtidos.

Várias foram minhas impressões durante essas observações e, ainda que algumas não façam parte dos objetivos da pesquisa, julgo interessante sua exposição para maior contextualização do leitor com o cenário pesquisado.

Primeiramente saliento a dinamicidade do PS como elemento interveniente nas atividades do cotidiano do enfermeiro que ali atua. Todos os sujeitos que observei passaram por pelo menos um episódio em que determinado planejamento teve que ser refeito ou reordenado em virtude da imprevisibilidade de situações emergenciais. Esses episódios foram desde a simples mudança de seu próprio horário de almoço até a interrupção de explicações a técnicos de enfermagem recém-admitidos e alterações na escala de atividades da equipe de enfermagem para suprir a necessidades assistenciais da clientela.

Uma questão muito interessante que pude notar foi que, mesmo diante da grande rotatividade dos pacientes, os enfermeiros não perdiam o domínio da situação, ou seja, tinham a exata noção dos clientes que estavam sob sua

responsabilidade. Diversas vezes me questionei como aquilo era possível, pois para mim, não raramente o setor parecia uma “desordem organizada”.

Em várias ocasiões refleti sobre isto, uma vez que atuei com enfermeira no referido setor durante sete anos. Entretanto, quando inserida como profissional neste contexto, talvez esta atuação peculiar fosse intrínseca do cotidiano e eu nem a percebesse. Agora, como pesquisadora, tive a oportunidade de lançar um olhar externo, com maior imparcialidade, o que me deu a oportunidade de descortinar impressões antes ocultadas pela rotina cristalizada do cotidiano.

Ainda nesta vertente, não posso deixar de mencionar que me impressionou a agilidade na tomada de decisões dos enfermeiros e também a vastidão de seu conhecimento científico para tal, sobretudo com relação aos protocolos de atendimento a algumas situações emergenciais específicas.

Enfatizo também que a conotação burocrática dada pela instituição ao gerenciamento do enfermeiro no PS foi fortemente observada durante a coleta de dados e esta minha percepção alinou-se aos discursos obtidos com as entrevistas em várias ocasiões, fato este que pode ser conferido ao longo das discussões tecidas nas categorias de análise.

Como citado na metodologia desta dissertação, o processo observacional objetivou caracterizar as atividades gerenciais do enfermeiro no cenário pesquisado. Entretanto, com a riqueza de situações por mim evidenciadas e descritas na parte final do instrumento, além da caracterização destas atividades, foi possível alcançar subsídios valiosos complementares às entrevistas.

Diante disto, as anotações feitas durante as observações possibilitaram realizar um complemento na discussão das categorias de análise, seja coadunando com os discursos dos sujeitos nas entrevistas ou fazendo um contraponto com estes, nos poucos casos em que as respostas divergiam do observado.

4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Mostro aqui um panorama, por meio de um quadro, que detalha as categorias, subcategorias e seus aspectos relevantes que emergiram a partir das unidades de registro extraídas das falas dos sujeitos (QUADRO 3). Posteriormente, discuto especificamente cada uma das categorias e respectivas subcategorias, com sustentação de achados da literatura.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | ASPECTOS RELEVANTES |
|--|--|---|
| Modalidades de atividade gerencial dos enfermeiros do PS | Gerência voltada para atender às demandas institucionais | <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase em atividades burocráticas; • Gerenciamento de vagas • Administração do tempo ineficaz • Sofrimento no trabalho |
| | Gerência voltada para atender às demandas do cuidado de enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> • O cuidado como foco da atividade gerencial; • O gerenciamento como influência positiva à assistência; • Planejamento do cuidado de enfermagem; • Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como ferramenta do gerenciamento. |
| Contradições entre os aspectos gerenciais estabelecidos na formação do enfermeiro e as demandas do mundo do trabalho | _____ | <ul style="list-style-type: none"> • Colocações das DCNs sobre o gerenciamento a ser realizado pelo enfermeiro; • Compreensão sobre o que é ter competência gerencial na visão das Instituições de Ensino Superior (IES) e no cotidiano do trabalho. |
| Competências gerenciais requeridas do enfermeiro no PS | Liderança | <ul style="list-style-type: none"> • O uso da liderança situacional no PS; • Posicionamento autocrático e compartilhado na liderança desenvolvida no PS. |
| | Tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de decidir agilmente no PS; • A cientificidade como base do processo decisório • Discussões sobre a postura autocrática na tomada de decisão. |
| | Comunicação | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação como aliada da liderança; • Comunicação como elemento interveniente no processo decisório; • Influência da dinâmica emergencial no processo comunicação. |
| | Trabalho em equipe | <ul style="list-style-type: none"> • O aspecto relacional no gerenciamento do enfermeiro; • A relevância do trabalho em equipe para a tomada de decisão e a qualidade da assistência prestada no PS; • A relação interpessoal como sustentadora do trabalho em equipe; • Necessidade da gestão participativa pelo enfermeiro nas relações interpessoais. |
| | Administração do tempo | <ul style="list-style-type: none"> • A importância de compreender a administração do tempo como competência gerencial do enfermeiro no PS; • A administração do tempo como interveniente na qualidade da assistência de enfermagem; • A influência da cultura organizacional na administração do tempo pelo enfermeiro. |
| Fatores facilitadores e dificultadores para o gerenciamento do enfermeiro no PS | Facilitadores | <ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente; • Autonomia; • Bom relacionamento interpessoal entre as equipes de enfermagem e equipe multiprofissional; |
| | Dificultadores | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de incentivo à educação permanente; • Desconhecimento da realidade do setor pela gerência de enfermagem; • Fluxo de pacientes inadequado; • Recursos físicos inadequados: espaço físico e equipamentos; • Recursos humanos inadequados: dimensionamento deficitário e processo seletivo inespecífico. |

QUADRO 3: Categorias, subcategorias e seus aspectos relevantes

Fonte: O autor (2009)

4.3.1 CATEGORIA 1: MODALIDADES DE ATIVIDADE GERENCIAL DOS ENFERMEIROS DO PS

Esta categoria retrata dois aspectos observados e relatados pelos sujeitos acerca das atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros no PS. Cada um desses aspectos originou uma subcategoria a ser apresentada e discutida a seguir, sendo elas: *Gerência voltada para atender às demandas institucionais* e *Gerência voltada para atender às demandas do cuidado de enfermagem*.

4.3.1.1 Gerência voltada para atender às demandas institucionais

O primeiro aspecto desta subcategoria é a **ênfase em atividades burocráticas**, voltadas à produtividade exigida pela instituição. As instituições hospitalares, assim como outras organizações, estão inseridas no modo de produção capitalista e, por conseguinte, apresentam-se arraigadas à necessidade de lucros oriundos dos serviços prestados à clientela. Para Ferraz (2000), o enfermeiro que atua nesse contexto incorporou ao longo dos tempos essa lógica ao seu modo de gerenciar, de maneira a atender às imposições institucionais galgadas em normas e rotinas centralizadas na lógica racional do trabalho.

Este fato foi relatado pelos sujeitos pesquisados, como pode ser observado nos seguintes trechos por eles mencionados:

Para mim o enfermeiro gerencia a todo o momento, porém, vejo que hoje, [...] ao adentrar ao mercado de trabalho é cobrado para assumir atividades administrativas de interesse da instituição, o que faz com que este profissional muitas vezes se coloque em posição de prevalectimento das atividades burocráticas. (EE2)

[...] quando você me pergunta o que é atividade gerencial eu te respondo que depende. [...] se for o que a instituição quer que façamos, diz respeito a um monte de burocracia que poderia muito bem ser feita por outros profissionais que não o enfermeiro. (EE3)

As falas denotam que suas práticas administrativas distanciam-se progressivamente de finalidades confluentes ao cuidado de enfermagem e fazem uma aproximação mais intensa ao alcance das metas institucionais. Isso é decorrente de uma série de fatores, dentre os quais o aqui versado por Bellato e Pereira (2003):

O célere processo de complexificação sofrido pelas instituições de saúde nos últimos anos, tanto no que se refere à sua função específica de cura e promoção da saúde, quanto na sua organização administrativa e diversificação dos profissionais que aí atuam, conferiu-lhes uma forte conotação empresarial (BELLATO; PEREIRA, 2003, p.62).

Essa realidade é discutida por Boff (2008), que considera um grande desafio ao ser humano combinar trabalho com cuidado na atualidade. Na concepção do autor, isso se dá como dois modos de ser: o 'modo-de-ser-trabalho', o qual enfatiza a razão instrumental-analítica da produção da tecnociência e o 'modo-de-ser-cuidado', que vislumbra a razão sensível com produção ontológica. O enfermeiro, por transitar nessas duas vertentes, pode deparar-se com tais disparidades no mundo do trabalho.

Convergente com os depoimentos dos pesquisados, tem-se que o gerenciamento do enfermeiro na prática clínica há tempos se fundamenta nas necessidades burocráticas e formais da organização, de modo a privilegiar os objetivos organizacionais em detrimento do cuidado de enfermagem propriamente dito, o que pode provocar tensões, desmotivação e descrenças no âmbito do trabalho (TREVIZAN *et al.*, 2006).

Estudos realizados em diferentes décadas como Trevisan (1998), Fernandes (2000), Peduzzi e Anselmi (2002), também identificaram essa problemática em cenários distintos do pesquisado. Constatam, sobretudo, que o exercício gerencial do enfermeiro tem-se caracterizado pela vinculação acentuada a normas preestabelecidas e configura-se uma prática reiterativa.

Os enfermeiros, ao realizarem o gerenciamento alicerçado em práticas burocráticas demandadas pela organização hospitalar, limitam-se a preocupar-se com a estrutura funcional da unidade em que está localizado (FERRAZ, 2000), o que o distancia da administração tendo o cuidado como foco.

Ao serem questionados sobre quais atividades gerenciais desenvolvem no seu processo de trabalho cotidiano, um ponto nitidamente enfatizado pelos enfermeiros do PS em questão, relacionado ao gerenciamento focado nas demandas da instituição, foi a questão do fluxo inadequado de pacientes no setor. Externaram que frequentemente há estagnação dos pacientes internados após serem sanadas as necessidades emergenciais. Segundo os sujeitos, isto ocorre por falta de uma cultura institucional com vistas à otimização do serviço de emergência, no concernente ao **gerenciamento de vagas**.

Com relação a este problema, os participantes informaram que, conforme normas estabelecidas pelo hospital, cabe ao enfermeiro procurar leitos disponíveis nas unidades de internação para encaminhar aqueles internados após atendimento no PS, como relatado nas seguintes falas:

[...] procuro vagas disponíveis nos demais setores com o intuito de proporcionar um melhor fluxo para o atendimento de emergência, apesar de que isso eu acho errado [...] (EE1)

Especificamente nesse PS, o enfermeiro ainda tem que correr atrás de vagas para os pacientes internados, se não fizermos isso, superlota o setor e não temos mais como atender outras emergências. Mas isso porque não há um bom serviço do censo hospitalar e temos que ficar ligando em todos os setores para procurar leitos. Isso me revolta. (EE2)

A mando da gerência e da instituição [...] procuro vagas para pacientes internados no PS aguardando leito em outros setores. Isso para mim é o fim! Não sei para que existe um censo hospitalar se não funciona[...] (EE7)

O fluxo inadequado de pacientes internados já fora identificado por Montezeli e Lopes (2006) em um estudo realizado no mesmo PS. Para as autoras, uma vez atendidos, os clientes que precisam de internamento tendem a permanecer no serviço de emergência, impossibilitando outros atendimentos. Isso gera uma descaracterização deste serviço e, conseqüentemente, um desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem.

A permanência de pacientes internados no PS não é privilégio do cenário em que esta pesquisa foi desenvolvida. Deslandes (2000) enfatiza essa questão em seu estudo ao afirmar que, com um fluxo de entrada contínuo e de saída lento, ocorre uma lotação excessiva, geralmente acima da capacidade do setor. Essa superlotação compromete a qualidade do atendimento, independentemente das condições de trabalho disponíveis, agravando-se, sobremaneira, quando tais condições não são as mais adequadas. Começa, então, uma seleção dos cuidados que serão oferecidos.

O mesmo autor salienta ainda que:

A presença desses pacientes é também alvo de contrariedade dos profissionais de enfermagem, que se vêem obrigados a se desdobrarem para atender tantos indivíduos, que “não são mais do seu setor”, já que não são mais casos de emergência. Além da evidente sobrecarga de trabalho, esses pacientes não motivam o profissional de enfermagem, uma vez que não exigem dele conhecimentos específicos de urgência/emergência. Serão vistos, pois, como pacientes que requerem “cuidados de hotelaria”: medicação, alimentação, roupa, banho e repouso, causando especial desagrado quando exigem medicamentos a serem ministrados a intervalos pequenos (DESLANDES, 2000, p.65).

A situação do fluxo deficitário dos pacientes internados no PS e da necessidade dos enfermeiros dedicarem-se à procura de leitos disponíveis em outros setores da instituição ficou evidente durante a coleta de dados, não apenas pelas falas obtidas com as entrevistas, mas também pela observação realizada com os sujeitos. Em todos os turnos observados foi possível evidenciar essa prática, bem como um fator negativo advindo desta: **a administração do tempo ineficaz**. Tal observação é confluyente com as colocações exaradas pelos sujeitos, como pode ser visto nos trechos a seguir:

[...] a gente perde um monte de tempo no plantão tentando achar leito para possibilitar outros atendimentos. (EE7)

Eu perco muito tempo no telefone procurando leitos disponíveis em outros setores. Deveria ter uma pessoa para viabilizar essas informações, um censo que fosse confiável, o que pouparia muito o enfermeiro do PS e este poderia se dedicar a outras atividades. (EE4)

Para Marquis e Houston (2005), como o tempo é valioso e finito, aprender a utilizá-lo com sabedoria requer tanto qualidades de liderança como funções da Administração. Trata-se de um elemento fundamental e determinante na produtividade do trabalhador, seja qual for a atividade por ele desempenhada, uma vez que a produção é uma dimensão que está vastamente presente no mundo do trabalho (MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Sendo assim, administrar o tempo é uma competência essencial a ser desenvolvida pelos enfermeiros, pois os mesmos devem encontrar tempo para realizar todas as atividades diárias de cuidado aos pacientes, resolução de problemas dos funcionários, ações burocráticas exigidas pela instituição e ainda, terem tempo para os imprevistos. Destarte, a percepção do tempo como fator decisivo na organização do trabalho, assim como percebido pelos enfermeiros do estudo, facilita a compreensão da relação desse com o processo de produção. Consequentemente, também auxilia a compreender o trabalho no processo de produção em saúde (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

Essas dificuldades gerenciais vivenciadas pelos enfermeiros pesquisados podem servir como estopim para o **sofrimento no trabalho**. Em um processo de trabalho cujos limites são a vida ou a morte de pessoas, como é o caso do PS, na medida em que as condições dadas se revelam precárias e o próprio profissional tenha de resolver problemas decorrentes da falta de racionalização desse processo de trabalho, o trabalhador poderá se revestir de uma 'couraça' composta de frieza e

distanciamento para suportar o próprio sofrimento de 'saber o que fazer', mas não 'ter as condições de fazer'. Essa frieza defensiva inevitavelmente significará desapego ao paciente (DESLANDES, 2000).

Pude evidenciar essa questão durante as observações e exemplifico a seguir com um recorte de minhas anotações, referentes a um episódio em que o uma criança vítima de atropelamento havia falecido na sala de emergência e o enfermeiro tinha acompanhado o médico na comunicação do óbito aos pais:

[...] o enfermeiro mostrou sensibilidade e grande preocupação em amparar os pais, encaminhando-os para tomar os procedimentos necessários. Acionou, ainda, o Serviço de Capelania da instituição para confortar e acompanhar a família. Entretanto, chamou-me a atenção o fato de que, quando o enfermeiro virou as costas, era como se nada tivesse acontecido e imediatamente ele já estava novamente 'mergulhado' no trabalho. Passados cinco minutos do fato, houve uma rápida comemoração na sala dos funcionários do aniversário de um técnico de enfermagem e lá estava o mesmo enfermeiro cantando e sorrindo. Confesso ter me assustado com a naturalidade deste profissional. (OE5)

Em outra oportunidade assisti a uma cena que certamente guardarei na memória por longa data e acredito que cabe aqui como ilustração para a questão da relação entre a superlotação e o sofrimento no trabalho vivenciado por enfermeiros de um PS:

[...] o enfermeiro, então, acomodou o paciente oncológico terminal em uma sala que seria para casos que necessitassem precauções, porém era o único espaço em que seria possível a família permanecer, já que se tratava de um suporte paliativo. Por volta das duas da madrugada, o acompanhante dirigiu-se ao enfermeiro avisando que iria para casa e retornaria pela manhã e que gostaria que ele 'desse uma olhada' em seu pai. O enfermeiro prontamente foi vê-lo, ocasião em que o paciente solicitou um pouco de água. Quando o enfermeiro foi buscar a água, chegou uma vítima de trauma grave e em parada cardíaca e ele imediatamente assumiu o atendimento. Na sequência resolveu uma série de questões referentes a remanejamento de pacientes, pois o setor estava lotado e não havia mais como atender outros casos. Tempos depois, ao retornar à presença do paciente oncológico com o copo de água solicitado, o mesmo havia falecido. Abatido e com os olhos marejados, o enfermeiro solicitou à equipe que encaminhasse o corpo ao necrotério e chamasse a família ao hospital, e novamente se inseriu na correria da rotina do plantão, que seguiu em ritmo frenético até o amanhecer. (OE8)

Conforme colocações de Almeida e Pires (2007), o trabalho nos serviços de urgência e emergência hospitalar pode ser satisfatório e fonte de prazer, mas, muitas vezes, cansativo e fonte de sofrimento. Os trabalhadores da unidade de emergência estudada vivenciam diariamente prazer e sofrimento no trabalho, numa relação dialética, sendo que a superlotação é um dos fatores que causam maior

sofrimento aos profissionais nesse cenário, assim como mostram os dados deste estudo. Para esses autores:

O trabalho hospitalar, em particular nos serviços de urgência e emergência, vem aumentando de complexidade em decorrência do desenvolvimento tecnológico, da especialização de saberes e do aumento da complexidade das situações clínicas dos usuários atendidos. Contudo, o aumento de recursos materiais, humanos e de espaço físico, não acompanhou esse aumento de complexidade. Assim, os profissionais de saúde vêem-se confrontados com cargas elevadas de trabalho, com espaços físicos inadequados que lhes causam sofrimento, conflitos e impossibilitam a expressão da subjetividade no trabalho (ALMEIDA; PIRES, 2007, p.627-28).

Do mesmo modo, a ambivalência do exercício da gerência na enfermagem está no fato deste poder originar processos de alienação e também poder ser considerado um potente instrumento para a emancipação, aprendizado, experimentação, solidariedade e democracia. Desta forma, apresenta-se como potencial causador de sofrimento ou prazer no trabalho, de acordo com a postura tomada pelo enfermeiro e com o contexto em que se desenvolve (MASSARO; CHAVES, 2009).

Se por um lado o enfermeiro inserido no PS que serviu de cenário para este estudo necessita gerenciar com a finalidade de suprir as determinações institucionais, por outro, deve prioritariamente ainda atender às demandas e necessidades de prestar cuidado de enfermagem, de acordo com a legislação profissional. Essa dimensão da gerência será abordada na subcategoria a seguir.

4.3.1.2 Gerência voltada para atender às demandas do cuidado de enfermagem

Os pesquisados mencionam **o cuidado como foco da atividade gerencial**, como evidenciado a seguir:

Eu acredito que atividade gerencial é como um conjunto das atividades desempenhadas pelo enfermeiro para coordenar a assistência de enfermagem dentro do seu local ou campo de trabalho de maneira efetiva e eficaz, buscando sempre alinhar recursos físicos e humanos com a melhor assistência a ser oferecida ao paciente/cliente [...] Ainda que eu faça um monte de burocracia, de alguma maneira isso vai colaborar de um jeito ou de outro para o cuidado das vítimas que chegam no PS. Por isso que eu acho muito estranho quando falam “eu sou só enfermeiro administrativo”, porque de alguma maneira esse trabalho vai refletir na assistência. (EE1)

Gerenciar é a capacidade de coordenar a assistência de enfermagem com eficiência, resolver os impasses que surgem durante o dia de trabalho, planejar ações, avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe, desenvolver educação continuada, planejar recursos humanos, controlar

materiais e equipamentos sempre visando a melhor atenção ao paciente.
(EE6)

A política de saúde vigente, as relações de poder, de saber, de agir entre diferentes profissionais, a tecnologia disponível e a complexidade dos casos atendidos são fatores que influenciam, histórica e socialmente, no modo de gerenciar em enfermagem (MASSARO; CHAVES, 2009).

Hodiernamente, os hospitais adquirem feições de uma empresa de saúde e valorizam sobremaneira o processo e os resultados financeiros. Esse viés positivista que enfatiza a objetividade e a quantificação em detrimento do interesse pela clientela ecoa no processo de trabalho do enfermeiro (BELLATO; PEREIRA, 2003).

Diante desta realidade, o enfermeiro defronta-se com dificuldades para entrelaçar os diferentes subprocessos ao processo de trabalho do cuidado, entre eles, o gerenciamento, pois a visão gerencial requerida do enfermeiro pela instituição diverge da construída ao longo de sua formação inicial. Mesmo com tal obstáculo, os participantes do estudo reconhecem o cuidado como foco da atividade gerencial, cerne das atividades administrativas desempenhadas pelo enfermeiro.

A divisão do trabalho na enfermagem entre os diferentes profissionais que a compõem apresenta condicionantes históricos e consolidou-se a partir das proposições nightingaleanas. Desde então, a cisão entre gerenciar e cuidar aparece com maior nitidez e permeia a profissão como um dilema até a atualidade.

Para Gonçalves e Sena (1998), esse dilema tem suas raízes na sistematização de conhecimentos da enfermagem, que desde sua concepção apresenta uma dissociação entre teoria e prática, com predomínio de técnicas como ponto mais valorizado pelos profissionais.

A necessidade de imbricação entre cuidar e administrar é explanada por Sanna (2007), cujas colocações discorrem sobre o processo de trabalho e seus diferentes subprocessos compositores. Na visão da autora, gerenciar em enfermagem pressupõe ter como objeto: os agentes do cuidado e os recursos empregados para a assistência; como agente: o enfermeiro; como instrumentos: bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos; finalidade: coordenar o processo de assistir em enfermagem; métodos: planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria; produto: condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia.

Assim como exposto por Sanna (2007), os participantes da pesquisa consideram que não há cuidado possível se não houver a coordenação do subprocesso de trabalho cuidar em enfermagem, o qual corresponde à finalidade do subprocesso de administrar.

Ainda nessa linha de pensamento, os sujeitos pesquisados pronunciam o **gerenciamento como influência positiva à assistência** e enfatizam a necessidade da consciência científica para tal prática, conforme constatado nas seguintes falas:

[...] o enfermeiro que se acha somente assistencial também acaba fazendo a parte administrativa, às vezes até sem perceber, o que para mim é muito perigoso, pois administrar de maneira aleatória, sem consciência científica do que se está fazendo, pode acabar influenciando negativamente na qualidade do cuidado ao nosso paciente e também para a nossa equipe e o setor como um todo. (EE1)

Para mim, gerenciar é a parte mais importante de ser enfermeiro, porque dela depende todo o restante do sucesso do seu trabalho. Eu defino essa atividade gerencial como a área estratégica para organizar o processo de trabalho, tornando-o mais qualificado tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem e a própria instituição. (EE5)

Como enfermeira de pronto socorro, durante meu processo de trabalho, eu procuro organizar o funcionamento do meu setor para que ele possa ser capaz de oferecer uma assistência de qualidade ao paciente. (EE7)

Como visto nas colocações de Sanna (2007), a cientificidade aparece como instrumento do gerenciamento, o que vai ao encontro das falas anteriores. Destarte, a prática gerencial deve estar distante do empirismo e o seu produto é conferir condições para que haja sucesso no cuidado de enfermagem. Marques e Lima (2008) corroboram reafirmando a necessidade de o enfermeiro assumir o gerenciamento do cuidado e ressaltam que para coordenar as atividades necessárias para a sua produção é preciso conhecimento, responsabilidade e capacidade de decisão.

Para isto, o **planejamento do cuidado de enfermagem** mostra-se como função essencial para a efetividade deste processo e foi identificado como tal pelos enfermeiros do PS. Todos os entrevistados mencionaram o planejamento como importante sustentador da assistência.

Mesmo diante da instabilidade ligada à demanda típica de um PS, durante as observações feitas na coleta de dados, ficou evidente a importância que os sujeitos destinam ao ato de planejar. Atividades como elaboração de escalas, previsão de férias e cobertura de turnos com déficit de recursos humanos fazem

parte do cotidiano desses profissionais como ferramenta para a busca do cuidado de enfermagem de qualidade em um cenário de grandes adversidades.

Outro aspecto que todos os sujeitos mencionaram nas entrevistas como atividade gerencial cotidianamente desenvolvida é a classificação do grau de dependência dos cuidados de enfermagem dos pacientes do setor. No decorrer de todo o período em que foram realizadas as observações, todos os sujeitos desempenharam essa ação.

A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem relacionada à determinação das necessidades do cliente é percebida desde a época de Florence Nightingale. Na atualidade, a classificação do grau de dependência da enfermagem apresentada pelos pacientes é um método para viabilizar o cuidado individualizado com o intuito de melhorar os padrões de qualidade assistencial (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

A determinação do nível de complexidade dos pacientes no PS estudado é feita conforme o modelo proposto por Montezeli e Lopes (2006), segundo o qual, os pacientes são divididos em duas categorias: os internados sem leito ou em observação e aqueles atendidos na sala de emergência. A classificação dos internados ou em observação é feita uma vez ao dia, representando uma amostra. Todos aqueles que são atendidos na sala de emergência são classificados ao darem entrada no serviço, permitindo a identificação do total de atendimentos segundo a necessidade dos cuidados de enfermagem.

O sistema de classificação de pacientes permite sustentar o planejamento da assistência de enfermagem e mostra-se necessário para subsidiar o dimensionamento de recursos humanos e materiais, previsão dos custos da assistência e melhor distribuição de atividades entre os membros da equipe de enfermagem (CARMONA; ÉVORA, 2003).

Ainda na temática do planejamento do cuidado como função gerencial, alguns sujeitos citaram a **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como ferramenta do gerenciamento**.

A SAE é um instrumento necessário para que o enfermeiro planeje cientificamente e sistematicamente as suas ações e as ações da equipe de enfermagem. Quando aplicada, a SAE oferece respaldo legal quanto às ações realizadas pela equipe por garantir um registro das atividades desenvolvidas. Além disso, contribui para fornecer credibilidade, competência e visibilidade à

enfermagem, o que indiretamente proporciona autonomia e satisfação profissional (CARRARO, 2001).

A base de sustentação para a realização da SAE é o processo de enfermagem, o qual pode ser entendido como instrumento para a implementação da assistência direta ao cliente. Este é constituído em fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, delineamento do diagnóstico de enfermagem, realização da prescrição de enfermagem, implementação do cuidado e avaliação dos cuidados prestados, denominado de evolução de enfermagem (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

No cenário da pesquisa não há Sistematização da Assistência de Enfermagem completa, contudo, os enfermeiros realizam, conforme verificado nas observações, etapas do processo de enfermagem, principalmente o exame físico e a evolução dos pacientes em estado crítico que permanecem no aguardo de leitos em Unidade de Terapia Intensiva. Esta constatação foi descrita como atividade gerencial apenas nas entrevistas de dois dos sujeitos: EE3, EE6.

A categoria ora finalizada denota uma série de discrepâncias entre as exigências institucionais e o trabalho gerencial aprendido pelo enfermeiro em sua formação inicial. Porquanto, faz mister uma discussão em separado desta problemática, a ser apresentada na categoria seguinte.

4.3.2 CONTRADIÇÕES ENTRE OS ASPECTOS GERENCIAIS ESTABELECIDOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS DEMANDAS DO MUNDO DO TRABALHO

Os sujeitos da presente pesquisa constataam no seu cotidiano as divergências entre a formação e as exigências da instituição onde atuam, como pode ser percebido nas seguintes falas:

Aplicar os conhecimentos sobre gerenciamento na prática do dia-a-dia não é fácil. Tudo funciona muito bem no papel, mas a prática é diferente. [...] Quando todas as competências do enfermeiro estão escritas e são explicadas durante a academia e nos livros é muito fácil, mas com as dinâmicas das relações e a velocidades como as coisas acontecem muito disso se perde. EE1

[...] apesar de o enfermeiro ter uma formação muito mais voltada ao atendimento com atenção a assistência ao ser humano, ao adentrar ao mercado de trabalho é cobrado para assumir atividades administrativas. [...] Isso pode confundir o papel desse profissional, principalmente quando se

trata de um recém formado, aí a atividade gerencial deixa de ser voltada para organizar o modo de assistir ao cliente e passa a ser resolver problemas fúteis, que muitas vezes não tem nada a haver com a enfermagem. (EE2)

A enfermagem emergiu formalmente como ciência em nível mundial no início do século XX e a sistematização do ensino de graduação em enfermagem no Brasil esteve, por muitas décadas, atrelada exclusivamente a uma visão pragmática da profissão. O reflexo disto para a formação do enfermeiro se mostra na dicotomia entre fazer cuidado e pensar crítico (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001).

As características práticas da enfermagem desde o seu surgimento persistiram até meados da década de 1970, inclusive no processo de formação, com a busca intensa da competência técnica em detrimento do caráter crítico que pudesse garantir a profissão em seu significado epistemológico reflexivo (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001).

A partir desta época e até os dias de hoje, um aprofundamento acerca da formação do enfermeiro se faz necessário, uma vez que a realidade e o cotidiano demonstram que o processo ensino-aprendizagem é dinâmico e contínuo.

Sabe-se que o ensino na enfermagem, desde sua institucionalização, vem passando por várias transformações na busca da competência profissional, procurando acompanhar o desenvolvimento técnico-científico e sendo influenciado pelas condições sociopolíticas e culturais em várias épocas. Desde a década de 1980, conforme afirmam Medeiros, Stédile e Claus (2001), a enfermagem passou a buscar de maneira vertiginosa a superação dos equívocos pedagógicos na formação de seus profissionais, de modo a extrapolar a mecanicidade e o pragmatismo de suas ações rumo a uma prática crítica e modificadora da realidade.

É vital perceber o mundo que nos cerca e, nesta trajetória, despertar o sentido crítico e a curiosidade intelectual. Tal premissa encontra base nas palavras de Demo (1990) que afirma que o profissional não é aquele que executa sua profissão, mas, sobretudo, aquele que sabe pensar e refazê-la, e que se impõe à atitude de aprender pela elaboração própria.

Estamos vivendo um momento histórico permeado por um acelerado processo de modernização científica e tecnológica, que desafia as mais afins compreensões teóricas, uma vez que somos impulsionados a protagonizar novas formas de construção de conhecimento que nos cobram respostas para além da capacidade técnica especializada e científica habitual, dentro de um modelo de

cuidado cristalizado e sob a égide de um paradigma cartesiano que não mais atende às necessidades de um mundo globalizado.

A educação em enfermagem hoje, especialmente no que se refere à formação superior, constitui um tema relevante, tendo em vista novas concepções relacionadas à crise de paradigmas; crise esta concebida sob um enfoque de mudança conceitual, com preocupação em formar um profissional crítico e reflexivo de sua prática.

Esta questão vem sendo amplamente discutida e concretiza-se nas **colocações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)**, as quais visam proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) o direcionamento para a implantação e a implementação dos projetos pedagógicos para a graduação em enfermagem. Fornecem subsídios para vencer o desafio de formação de profissionais imbuídos de formas de saber, fazer e ser do enfermeiro e de sua equipe nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, extrapolando o pragmatismo alienado, na busca de construir indivíduos aptos a modificarem a realidade onde se inserem por meio do senso crítico.

A concepção das DCNs converge com as necessidades apontadas por Medeiros, Stédile e Claus (2001, p.15), de que “[...] o pensar pelo viés técnico tornou-se um ato mecânico justamente pelo fato de que as idéias surgidas da exterioridade desconsideram o próprio pensamento mental complexo de que se dispõe a aprender”. Dessa forma, urge a necessidade de transpor esse obstáculo na formação do futuro enfermeiro para que este profissional possa atuar cômico de seus atos e de maneira construtiva no ambiente de trabalho.

As DCNs consideram que administração e gerenciamento correspondem a uma das competências gerais a ser desenvolvida no futuro enfermeiro durante os anos de graduação, para que este profissional possa tomar iniciativa, administrar recursos humanos, físicos, materiais e de informação, ser empreendedor, gestor, empregador ou liderança na equipe de saúde (BRASIL, 2001).

Contudo, como mencionado pelos pesquisados, ao ingressar no mundo do trabalho, não raramente o enfermeiro depara-se com exigências diferentes das vivenciadas em sua formação inicial, pois as práticas de saúde no mundo moderno consideram, em especial, a enfermagem sob a ótica do sistema político e econômico da sociedade capitalista e a considera como prática profissional institucionalizada.

Esta condição traz à luz diferenças na **compreensão sobre o que é ter competência gerencial na visão das IES e no cotidiano do trabalho**. Assim, a visão das instituições de saúde onde atuam os enfermeiros ancora-se na lucratividade, o que pode abolir a condição crítica e reflexiva de gerenciamento sobre a qual o enfermeiro foi formado.

Isto ocorre possivelmente porque os olhos do enfermeiro acabam embaçados pelo modelo biomédico de assistência e pelo modelo científico de administração no seu exercício gerencial, o que muitas vezes lhe tira a clareza de quais ações fazem parte da concretização do cuidado de enfermagem. Em especial na área hospitalar, o enfermeiro ainda se perde na sua ação administrativa e acaba voltando-se para a tecnoburocracia, fazendo apenas o gerenciamento das unidades de internação (ROSSI; LIMA, 2005).

O elo entre o perfil profissional promovido pela academia sustentado pelas DCNs e o trabalho do enfermeiro ainda é tênue, dados seus desafios. O trabalho, muitas vezes realizado de maneira mecânica, deveria ser embasado em uma forma de produção subsidiada pela criticidade e reflexão, com vistas a reverter a prática profissional do enfermeiro para significativa e transformadora (SCHIRR, 2006; ITO *et al.*, 2006).

Na ótica de Medeiros, Stédile e Claus (2001, p.20), essa diferença de visões entre a academia e o mundo do trabalho se distancia das aspirações contemporâneas, pois:

[...] se hoje circulamos viciosamente em rupturas, fragmentações e limites, são esses mesmos adjetivos que, de um lado, condenam as vivências cognitivo-afetivas do homem e, de outro, polemizam o tecnicismo impregnado nas alteridades (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001, p.20).

É sabido que ao longo da história procurou-se alinhar o direcionamento dado para a formação nas escolas de enfermagem com as exigências do mercado. Entretanto, Ito *et al.* (2006) afirmam que tal ajuste mostrou-se insuficiente para trazer soluções à dicotomia existente entre as necessidades do mundo do trabalho e formação do enfermeiro.

Destarte, as IES norteadas pelas DCNs podem contribuir para uma visão mais politizada do mundo do trabalho, situação esta não raramente indesejada pelo mercado por desestabilizar o *status quo* devido à presença de profissionais que interrogam a realidade (PERES; CIAMPONE, WOLFF, 2008).

Assim, a dinâmica da globalização atrelada aos interesses capitalistas, favorece que as instituições de saúde defendam os modelos hegemônicos voltados para a lógica de mercado e gere os descompassos entre ensino e realidade laboral do enfermeiro. Em complemento tem-se que:

A dinâmica pela cultura da globalização não permite questionamentos e exige profissionais aptos a atuar nesta 'roda' que gira permanentemente e prioritariamente no mesmo sentido. Uma parada para refletir e mudar os rumos poderia significar o descompasso da linearidade produtiva almejada pelos empregadores (PERES; CIAMPONE, WOLFF, 2008, p.464).

Em se tratando da competência gerencial do enfermeiro, a problemática permanece a mesma. O enfermeiro, formado à luz de um referencial crítico-reflexivo, possui alicerce para agir diferentemente no gerenciamento do seu processo de trabalho daquele modelo desejado pela instituição. Enquanto o enfermeiro é formado para vislumbrar um processo gerencial tendo o cuidado de enfermagem como cerne, os dirigentes da organização o entendem como o cumprimento de tarefas burocráticas, muitas vezes desvinculadas da enfermagem.

Os enfermeiros do PS, participantes deste estudo, versaram sobre essa questão nas entrevistas, como percebido nas colocações subseqüentes:

Gerenciar sempre foi um rolo na minha cabeça [...]. Eu aprendi na graduação que é aquela atividade administrativa que o enfermeiro faz para que o cuidado seja executado eficaz e eficientemente; porém, vejo que nem sempre as tais "atividades administrativas" são de fato aquelas pertinentes. Por exemplo: eu preciso fazer memorando pedindo para consertar a descarga do banheiro dos pacientes? Será que não existe nenhum outro profissional que pode se encarregar disso, já que eu tenho todo o setor para cuidar, emergências para atender, escalas para fazer, etc? No entanto, a instituição só aceita se for feito e assinado pelo enfermeiro. Aliás, só a senha do enfermeiro dá acesso a algumas solicitações no sistema (pedido de material de almoxarifado, papelaria...). [...] então não passa de um monte de burocracia que poderia muito bem ser feita por outros profissionais que não o enfermeiro. (EE3)

Por meio destas colocações, posso compreender que a instituição cenário da pesquisa entende o gerenciamento do enfermeiro de maneira diferente do profissional, o que acaba por colaborar para desvio de função do mesmo, que perde sua identidade de gestor do cuidado. Os trechos a seguir ilustram esta afirmação:

[...] a própria instituição hospitalar muitas vezes confunde o papel gestor do enfermeiro com um "bombeiro", porque só querem que a gente apague fogo e aí passamos a realizar coisas burocráticas que fogem de nossas obrigações profissionais. (EE1)

[...] o enfermeiro passa a ser um "faz tudo", aquele que todos chamam sem parar porque sabem que ele vai resolver as situações que "incomodam".

Então a gente se sobrecarrega, pois queremos dar conta do nosso trabalho e também temos que resolver problemas alheios. (EE2)

Ito *et al.* (2006) chamam atenção para a necessidade de desmitificar o gerenciamento de enfermagem como uma disfunção e para a importância do enfermeiro fazer uso desse espaço como um processo de trabalho no contexto da produção em saúde. Para alcançar esta premissa, Aguiar *et al.* (2005) compreendem que a gerência de qualidade nos dias de hoje está atrelada ao conhecimento das transformações econômicas, políticas e tecnológicas a que são expostas as organizações em geral, o que não representa tarefa fácil.

Conceber o ensino da administração embasado em modelos que favoreçam a organização do trabalho em enfermagem na perspectiva de consolidação do SUS permanece um desafio na atualidade. Porquanto, é necessária participação responsável e ativa dos atores envolvidos para um processo de formação coletiva de futuros profissionais, sejam eles docentes, discentes, trabalhadores, usuários e instituições de ensino ou de saúde (MASSARO; CHAVES, 2009)

Persiste, portanto, o convite para transpor as determinações das DCNs a fim de formar enfermeiros que superem o domínio mecanizado exigido pelo mercado e tornem-se agentes inovadores e transformadores da realidade. Para isto, “[...] é preciso desvestir a roupa velha da dominação interessada no desgaste do trabalho da enfermagem. É preciso pensar o novo sem o esquecimento de nossa trajetória.” (ITO, *et al.*, 2006).

Diante deste universo, é essencial que o enfermeiro gerencie seu processo de trabalho de maneira competente. Passo, então, a discorrer sobre as competências gerenciais requeridas do enfermeiro no PS na ótica dos participantes da pesquisa.

4.3.3 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REQUERIDAS DO ENFERMEIRO NO PS

O conceito de competência, como abordado no capítulo 2 desta dissertação sob a concepção de diversos autores, engloba a utilização de conhecimentos, habilidades e atitudes diante das situações laborais cotidianas.

As três esferas deste conceito advêm das mudanças ocorridas no mundo do trabalho com progressiva perda de hegemonia do taylorismo/fordismo e suas respectivas formas de fragmentação. Assim, o conceito de competência deixa de ser

meramente o de ter conhecimento teórico com aplicação significativa na prática e passa a demandar forte articulação entre as dimensões psicomotora (fazer), cognitiva (saber) e afetiva (ser) (KUENZER, 2002).

Destarte, a terminologia de competência do profissional enfermeiro implica em rever os comportamentos que levam este profissional a intervir com variáveis componentes e determinantes dos fenômenos de saúde a fim de proporcionar uma assistência de qualidade e livre de riscos (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001).

Isto se reflete na prática profissional do enfermeiro, pois cada vez mais são exigidas competências deste profissional para o desempenho de suas atividades nos serviços de saúde. Dentre tais competências, menciono aqui, as gerenciais, haja vista que o enfermeiro é o profissional com responsabilidade legal para assumir o gerenciamento, a quem compete a coordenação dos demais membros da enfermagem e a viabilização do processo cuidativo (MASSARO; CHAVES, 2009).

Os enfermeiros que foram sujeitos desta pesquisa elencaram como competências gerenciais necessárias para sua atuação no PS: *liderança, tomada de decisão, comunicação, administração do tempo e trabalho em equipe*. Início, subseqüentemente, a discutir cada uma destas, considerando o cenário pesquisado.

4.3.3.1 Liderança

A liderança trata da condução ou coordenação de grupos e é uma das competências gerenciais mais evidentes no processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que legalmente é este profissional que coordena as ações da equipe composta por técnicos e auxiliares de enfermagem (RIBEIRA, 2006).

Ao elencarem a liderança como uma competência gerencial requerida do enfermeiro, os sujeitos reportaram-se ao **uso da liderança situacional no PS** como essencial neste setor, em decorrência de sua dinâmica de trabalho específica. As falas a seguir ilustram esta afirmação:

Considero fundamental é a capacidade de liderar de acordo com as adversidades de cada situação [...] Não existe um dia igual ao outro, a dinâmica de trabalho é muito variada e isso reflete nas diferentes posturas que precisamos tomar no cotidiano. (EE1)

Liderar aqui no PS engloba saber agir nas diferentes condições impostas pelo cotidiano que enfrentamos. Não falo apenas da dinâmica vivida, mas também depende dos membros da equipe. Alguns conseguimos liderar de

maneira mais aberta, outros são mais imaturos e a gente precisa ter uma postura diferenciada. (EE5)

Aqui no PS tem mais uma coisa: o enfermeiro precisa saber lidar com a dinâmica do serviço, liderar de acordo com cada tipo de situação e ter equilíbrio nas situações de crise (que são constantes!). (EE2)

No exercício da liderança, o enfermeiro viabiliza um ambiente favorável para o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, mobilizando cada membro da equipe em torno de um projeto coletivo por meio de uma planificação racional da ação (RIBEIRA, 2006). Para Alves (2007), essa competência é vista como facilitador das ações gerenciais, um meio de influenciar o comportamento de um grupo, que tende ao cumprimento do alcance de metas.

Ainda que existam pequenas diferenças conceituais sobre liderança entre diversos autores, Nascimento *et al.* (2008) apontam para uma característica comum: os estudiosos sobre a temática concordam que liderar é necessariamente influenciar pessoas de alguma maneira.

Nesse sentido, a liderança contribui para que o envolvimento, satisfação e motivação transformem o trabalho dos membros da equipe de enfermagem em atividade prazerosa. Destarte, o comportamento do líder gera um reflexo no desempenho do grupo de trabalho, pois este se espelha no modelo que percebe como necessário para suas práticas diárias (SANTOS; CASTRO, 2008).

Em especial na ambiência de um serviço de emergência hospitalar, o enfermeiro é um elemento chave da equipe responsável pelo atendimento das vítimas que ali aportam. O exercício da liderança eficaz por este profissional é fundamental para a condução da equipe de enfermagem, principalmente por ser tratar de um lugar onde as tomadas de decisão devem ser ágeis e precisas (WEHBE; GALVÃO, 2005).

Os pesquisados reconhecem a importância da liderança no PS e convergem suas colocações com a realizada pelas autoras previamente citadas. As observações feitas também coadunam com esta realidade e mostram a liderança como pilar de sustentação para a prática gerencial do enfermeiro neste setor.

No concernente à abordagem situacional da liderança, o seu conceito básico se reporta à premissa de que não há um estilo único de liderança para toda e qualquer situação, assim como discorrem os sujeitos deste estudo. Neste modelo, o líder, os liderados e a situação são variáveis que norteiam o processo de liderança e a ênfase recai sobre o comportamento do líder em relação aos liderados frente a

uma tarefa específica. Os quatro estilos de liderança propostos por este modelo são: determinar, persuadir, compartilhar e delegar (HERSEY; BLANCHARD, 2002).

Para Hersey e Blanchard (2002), baseia-se numa inter-relação entre a quantidade de orientação e direção (comportamento de tarefa) que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio-emocional (comportamento de relacionamento) dado pelo líder e o nível de prontidão (maturidade) dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objetivo específico.

O comportamento de tarefa é definido como a medida com que o líder dirige as pessoas, dizendo-lhes o que fazer, quando, onde e como fazê-lo. Significa estabelecer-lhes objetivos e definir os seus papéis. Já o comportamento de relacionamento consiste na medida com que um líder se empenha em comunicar-se bilateralmente com as pessoas, dando-lhes apoio, encorajamento e carícias psicológicas. Significa ouvir ativamente as pessoas e apoiar-lhes os esforços. A disposição e a capacidade das pessoas em assumirem a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento relacionam-se ao conceito de maturidade (HERSEY; BLANCHARD, 2002).

Essa abordagem situacional em relação à liderança, portanto, é um modelo tridimensional da eficácia do líder que prevê qual estilo de liderança é mais apropriado em cada situação baseado no nível de maturidade dos comandados. Quanto maior o amadurecimento dos indivíduos, menor é a orientação da liderança pela tarefa, passando a ter as relações como norteadoras (CHAVES; MOURA, 2003).

As observações que fiz dos enfermeiros do PS compactuam com as entrevistas no concernente ao uso da liderança situacional, durante as quais, foi possível identificar o desenvolvimento dos tipos de liderança propostos por este modelo por parte dos sujeitos.

Todavia, por meio da análise de conteúdo, emergiu ainda a questão do **posicionamento autocrático** do enfermeiro ao desenvolver a competência de liderança:

Conhecimento é o principal para se trabalhar aqui no PS. Também cito liderança, agilidade de pensamento, jogo de cintura, autoridade (pulso firme), [...] muitas vezes se o enfermeiro não sabe mandar, não consegue as coisas no dia-a-dia. (EE3)

O sujeito se refere a ter autoridade como ser autoritário e, ainda que tenha sido uma idiossincrasia de EE3, percebo com o trecho supramencionado que persiste entre os sujeitos da pesquisa a confusão entre liderança e autoritarismo. Na concepção de Nascimento *et al.* (2008), essa atitude não se adéqua aos predicados exigidos do enfermeiro-líder na atualidade. Para essas autoras, os líderes mais admiráveis ao longo da história possuíam características como capacidade para ouvir o outro, transparência e parceria.

Contudo, por meio dessa fala, noto que a centralização do poder e o autoritarismo prevalecem sobre as outras características. Muitas vezes, essa característica, ainda que anacrônica diante do modelo de administração exigido na atualidade, agrada algumas instituições de saúde, que fazem uso deste perfil do enfermeiro para alcançar êxito nos objetivos almejados (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

De fato o enfermeiro-líder exerce poder, porém, conforme colocações de Ribeira (2006), este deve ser dosado à luz das relações interpessoais e o desenvolvimento de cada membro da equipe dentro das organizações para favorecer a prática assistencial e a conseqüente satisfação da clientela e instituição.

Volto-me, a este ponto, à incoerência entre o perfil gerencial exigido por instituições de saúde daquele construído no enfermeiro em sua trajetória acadêmica, já discutida anteriormente. Dentre tantos determinantes e condicionantes históricos que colaboram para esta realidade, menciona-se, a partir do estudo de Shinyashiki, Trevisan e Mendes (2003), o fato de que a enfermagem revela-se como profissão que tem a liderança como parte de sua essência. Contudo, ressaltam que o modelo empregado por Florence Nightingale, fornecia à liderança uma denotação autocrática, diretiva e centralizadora, mostrando uma forma de liderar bastante questionada, principalmente nos dias de hoje.

Mesmo com essa questão tendo sido mencionada, as observações desenvolvidas no período de coleta de dados a contrapõem. Pelo processo observacional evidenciei a liderança dos sujeitos sendo colocada em prática de **maneira compartilhada** com demais membros da equipe de enfermagem e também com componentes da equipe multiprofissional.

Isto converge com as palavras de Balsanelli e Cunha (2006), segundo os quais, ainda que anteriormente a ênfase dada ao poder exercido pelo líder se sobressaísse, atualmente a marca da liderança é fortalecer o grupo de trabalho de

maneira a valorizar as competências individuais e diluir o poder na equipe para que cada membro possa reconhecer o propósito e o significado de seu trabalho.

Ainda nesse sentido, para alcançar o objetivo de se manter no poder, o líder precisa da apreciação e motivação dos liderados. O alcance desta façanha nada tem a ver com as bases do poder, mas sim com traços da personalidade e habilidades pessoais, tais como saber compreender o valor de uma boa equipe e transformar esta compreensão em política de comando (CHAVES; MOURA, 2003).

Porém, o estilo comportamental da liderança está intimamente relacionado ao contexto onde ela ocorre. Mesmo sendo um importante recurso no processo de cuidar e de gerenciar, ela tem poucas chances de avançar na enfermagem se esforços não forem envidados em prol de atitudes inovadoras, projetos e investimentos pessoais e grupais (HIGA; TREVISAN, 2005).

É preciso, portanto, que os enfermeiros possam utilizar recursos derivados da liderança para não serem vitimados pelo *status quo* ou por disfunções da burocracia imposta pelas organizações. Um desses recursos diz respeito à tomada de decisão, como competência gerencial aqui pontuada pelos participantes da pesquisa.

4.3.3.2 Tomada de decisão

No PS o enfermeiro depara-se com episódios constantes em que há **necessidade de decidir agilmente**. Assim, a agilidade na tomada de decisão é essencial para condutas corretas no gerenciamento do processo de trabalho da enfermagem nesse cenário.

Os participantes deste estudo reconhecem a tomada de decisão como competência gerencial requerida do enfermeiro em ambiente emergencial e salientam que esta deve ser desenvolvida em curto espaço de tempo, como mostra a afirmação seguinte:

Eu já trabalhei em outros setores, mas confesso que aqui no PS é o lugar onde sinto necessidade de ser mais completo como profissional, se não a gente “não se cria”. Principalmente para tomar as decisões do dia-a-dia. Não dá para perder tempo, então é preciso decidir rapidamente, ter dinâmica e acertar nas nossas escolhas. O pensamento ter que ser ágil para analisar as possibilidades para se resolver os impasses de cada situação, seja durante o atendimento, conflitos, organização do setor, ou outros casos. (EE7)

A competitividade do mundo atual traz consigo maiores pressões para um bom desempenho no trabalho e as decisões assertivas representam a chave para o sucesso pessoal e profissional. Sendo assim, os processos decisórios devem cada vez mais se distanciar do empirismo, necessitando de um planejamento sistemático prévio (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Tanto o planejamento como a tomada de decisão são funções específicas do enfermeiro ao administrar seu processo de trabalho (MASSARO; CHAVES, 2009). A tomada de decisão é inerente ao cotidiano de trabalho do enfermeiro e se refere às ações de cuidado, de organização e gerenciamento. Considerada competência gerencial, está imbricada ao planejamento e à liderança, mostrando-se como produto destes.

Quando o enfermeiro deixa de realizar o planejamento adequado para as decisões a serem tomadas, desloca a necessidade de resolução de problemas centrais e decisivos para as exigências do cumprimento de normas, rotinas e técnicas, transformando sua prática em alienada (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001).

Cabe, porém, mencionar que, conforme colocações de Ciampone e Melleiro (2005), quanto mais urgente a situação, mais os indivíduos ficam pressionados para escolher uma alternativa de resolução do problema e com isso ocorre uma tendência a abreviar o processo de definição dos caminhos a serem trilhados para a tomada de decisão. Essa questão foi observada durante a coleta de dados em um dos sujeitos da pesquisa, sendo dissonante do discurso obtido com as entrevistas.

Por meio desta observação foi possível evidenciar episódios em que a tomada de decisão deu-se de maneira alienada, sem um planejamento prévio e sob influência de outros membros da equipe multiprofissional. Houve uma forte pressão para o enfermeiro decidir o modo de resolver determinadas situações sem que este se apropriasse de uma sistematização planejada para alcançar uma decisão assertiva. Exemplifico com o seguinte trecho:

Ao ser comunicado que chegariam ao PS múltiplas vítimas de um acidente de trânsito, o enfermeiro pôs-se a remanejar as macas e os doentes de modo a favorecer o atendimento. O cirurgião de plantão questionou a conduta do enfermeiro e solicitou que as arrumações fossem feitas de outra maneira. O enfermeiro, então, acatou esta solicitação prontamente, mesmo não sendo a ideal aos tipos de cuidados de enfermagem que seriam necessários às vítimas e sem consultar a sua equipe. (OE7)

Percebo que, mesmo que este profissional esteja cômico da importância de planejar decisões a serem tomadas, na prática ocorrem situações em que este processo se dá por impulso ou por pressões advindas tanto da dinâmica de trabalho característica de um serviço de emergência quanto de influências ou manipulações oriundas de profissionais de outras categorias. Sabe-se, contudo, que metodologias de planejamento permitem ampliar a análise de problemas e, portanto, favorecem a qualificação dos processos decisórios (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Muitos são os determinantes para um agir incompatível com reflexões nas tomadas de decisão, a se ressaltar o modo de vida contemporâneo baseado em valores pragmáticos e mercantilistas que impõem aos indivíduos atitudes distantes de atos conscientes (DOMINGUES; CHAVES, 2005). Em consonância, Angeloni (2003) contribui com colocações acerca de outros elementos intervenientes na tomada de decisão: dado, informação, conhecimento e comunicação, todos inseridos em um ambiente de tecnologia da informação. Qualquer consideração errônea nesses elementos pode gerar imprecisões na tomada de decisão.

Para Medeiros, Stédile e Claus (2001), imprecisões no processo decisório podem acarretar danos não somente aos processos relacionados à instituição, como também para o objeto alvo ou pessoas envolvidas com as intervenções do enfermeiro, devido ao fato de este profissional lidar com a saúde. Portanto, salientam as autoras ser essencial planejar as ações de saúde para que as decisões tomadas possam intervir significativa e constantemente nos níveis de saúde da população.

Todavia, mesmo com os descompassos percebidos, a análise das falas revelou que existe uma preocupação com a **cientificidade como base do processo decisório** no cenário pesquisado:

Decidir só por decidir não nos leva a lugar nenhum. Pior! Pode prejudicar nosso cliente. Isso porque a gente tem que ter raciocínio clínico, com base científica, conhecimentos sobre administração também. Pelo menos é o que eu penso. Eu sei que tem gente que toma decisões só para se livrar dos problemas no seu plantão, mas eu acho isso errado porque as consequências podem gerar danos aos pacientes e equipe. (EE6)

Outro aspecto relativo à tomada de decisão que emergiu da análise dos dados se refere às **discussões sobre postura autocrática na tomada de decisão**. Para ilustrar este tópico, retoma-se um trecho previamente exposto:

Conhecimento é o principal para se trabalhar aqui no PS. Também cito liderança, agilidade de pensamento, jogo de cintura, autoridade (pulso firme), [...] muitas vezes se e enfermeiro não sabe mandar, não consegue as coisas no dia-a-dia. (EE3)

Como discutido na seção sobre liderança, ainda que tenha sido citada a postura autocrática, durante a observação sistemática constatei que o estilo de liderança dos enfermeiros no PS não se caracterizou como tal. No concernente à tomada de decisão, entretanto, esta posição autoritária foi evidenciada mais incisivamente.

Por meio do processo observacional foi possível perceber que os enfermeiros decidem por si só e não há a participação dos demais membros da equipe de enfermagem, o que reforça sua posição hierárquica diante dos profissionais de nível médio, como pode ser constatado no relato a seguir:

O enfermeiro dedicou parte de seu turno para a elaboração de escalas de atividades e de férias. Chamou-me a atenção o fato que não consultar os membros da equipe de enfermagem acerca de qual seria a preferência de cada um para o período de férias, simplesmente ele decidiu sozinho. (OE3)

Massarollo (1991) afirma que a centralização da tomada de decisão tem como vantagem que as decisões são tomadas por quem tem uma visão geral da organização, criando uniformidade nas decisões, e como desvantagens a sobrecarga da cúpula hierárquica, demora nas decisões, frustrações e, às vezes, decisões desvinculadas da realidade.

Ainda que se saiba que a enfermagem orientada pelo método funcional de organização do trabalho, centrado na divisão e fragmentação das atividades focadas no cumprimento de tarefas, não responde mais às necessidades do mundo moderno nem às políticas de saúde vigentes, o poder de decisão permanece centrado no enfermeiro. Esta postura faz com que haja autoritarismo na tomada de decisão, enfatizando a disciplina em detrimento da consideração às pessoas e respectivas relações interpessoais (MASSARO; CHAVES, 2009).

Segundo Raskin (2009), a autoridade é o poder que subsidia a responsabilidade sobre ações que outras pessoas realizam, é também, a tomada de decisão relacionada ao uso de recursos de uma organização. Em algumas organizações, a autoridade para tomada de decisão é centralizada e as informações fluem de cima para baixo. Mesmo assim, a responsabilidade de integração é de competência de quem está no topo da hierarquia. Já em outras formas de estruturação das organizações, a tomada de decisão é descentralizada, a autoridade

é distribuída, onde os funcionários assumem papéis, desempenham tarefas e desenvolvem habilidades.

Como pude constatar ao longo da pesquisa, no hospital cenário do estudo, o organograma segue níveis hierárquicos que se estruturam verticalmente (ANEXO 2) e, com isso, as ações nesta instituição vão ao encontro do que afirma Spagnol (2002), quando diz que, principalmente nos grandes hospitais, os serviços de enfermagem apresentam um modelo organizacional verticalizado e hierarquizado, típico do modelo clássico de gestão.

Posicionar-se autoritariamente diante dos processos decisórios mostra um perfil com sinais de esgotamento diante dos paradigmas do mundo atual, pois hodiernamente, cada vez mais se aponta para a necessidade de processos participativos para resolução de problemas. Isso implica que, o desenvolvimento do trabalho em equipe, assim como o entrosamento com o grupo são necessários para o alcance de metas de um líder. Quando todos os componentes compreendem os objetivos do trabalho em equipe há a potencialização das habilidades de cada um, possibilitando o planejamento de ações e a resolução de problemas (ALVES, 2007).

A tomada de decisões nas organizações exige cada vez mais a participação dos membros da equipe, estimulando a participação de todos no processo e evidenciando o diálogo no grupo, de modo que a comunicação seja o instrumento que une os pensamentos em comum, o que permite que a qualidade das decisões seja superior. Para isso, é preciso considerar que uma única pessoa não detém todos os conhecimentos para tomada de decisão, assim, a tomada de decisão com a equipe é a forma mais exata para juntar os conhecimentos de cada um, porém é a forma que demanda mais tempo também (ANGELONI, 2003).

A mesma autora do parágrafo anterior reforça essa idéia ao afirmar que os elementos intervenientes na tomada de decisão não devem ser confinados à cabeça do líder, mas compartilhados mediante um sistema de comunicação bem estabelecido a fim de favorecer que sucessos sejam alcançados nas resoluções de problemas.

Por fim, a partir do entendimento que as relações humanas devem permear as tomadas de decisão do enfermeiro em seu processo gerencial, passo a referenciar acerca da comunicação, por se tratar de um elemento presente na mobilização das mais diversas competências por este profissional.

4.3.3.3 Comunicação

Na enfermagem, a comunicação permeia as demais competências gerenciais requeridas do enfermeiro. Nascimento *et al.* (2008) ressaltam, sobretudo, a necessidade de habilidade de comunicar-se para que este profissional exerça uma liderança efetiva e tenha êxito em suas decisões.

Os sujeitos do estudo identificam a comunicação como competência gerencial importante para atuar no PS e ainda como forte **aliada à liderança** e como **elemento interveniente no processo decisório** em seu processo de trabalho, como expresso neste trecho:

Olha, para desenvolver as atividades gerenciais aqui no PS o enfermeiro tem que ser líder, sim. Mas se ele não souber se comunicar ele não consegue decidir praticamente nada no seu cotidiano. Por isso, em minha opinião, a comunicação é uma competência que a gente deve ter nesse setor. (EE7)

A comunicação é uma sequência de acontecimentos durante os quais dados, informações e conhecimentos são transmitidos de um emissor para um receptor (ANGELONI, 2003). É a essência da vida e inerente ao ser humano. É o ato intrínseco ao existir do ser humano (FONTES; UTYAMA; RODRIGUES, 2002), uma forma de se obter a ação das pessoas e é entendida como o processo de emitir e compreender as informações (CORNIANI; GALVÃO; SAWADA, 2000), correspondendo ao cerne das atividades administrativas (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Ainda que existam várias definições para a comunicação, nos primórdios da mesma o homem se expressava por gestos, imagens e sons. Só muito mais tarde é que aprendeu a usar sinais gráficos para se referir a objetos que conhecia pelos sentidos e comunicava através dos gestos. Foi aí que a humanidade começou a dar nome às coisas e elaborar linguagens comuns ao que conhecia. Sendo assim, Peres e Ciampone (2006) reforçam que a padronização apresenta importância especial na representação e comunicação das informações.

No âmbito organizacional, a transição de uma sociedade industrial para uma sociedade de conhecimento atinge diretamente as empresas, as quais passam por reestruturações com vistas a flexibilizar as comunicações e facilitar o fluxo das informações entre os trabalhadores (TREVISAN *et al.*, 1998).

O processo de comunicação está dividido em seus elementos constituintes, que, conforme Takahashi (1991) são: fonte – quem emite a mensagem; mensagem – o conteúdo da informação; meio – instrumento pelo qual a mensagem está sendo enviada, pode ser a fala, correio eletrônico, memorandos, entre outros; receptor – quem recebe a mensagem; decodificação da mensagem – tradução dos símbolos; *feedback* – retorno à fonte, demonstrando reposta.

A comunicação é fundamental para o exercício da influência, para a coordenação das atividades grupais e, portanto, para a efetivação do processo de liderança. Assim, o êxito do líder está relacionado à sua habilidade de comunicar-se (TREVISAN *et al.*, 1998). O enfermeiro como líder tem papel importante no estabelecimento de uma comunicação efetiva e organizada, uma vez que a comunicação entre a equipe de enfermagem deve ser praticada e avaliada constantemente, com o objetivo de identificar as falhas, corrigindo-as e mantendo os pontos positivos.

Noto, assim, que a liderança e a comunicação consistem em estratégias essenciais para a prática profissional do enfermeiro, fato este que está explicitado nos discursos dos pesquisados. Por meio da comunicação é que ocorre o entendimento da mensagem que está sendo passada e ela também se promove um bom relacionamento entre as pessoas que estão se comunicando (CORNIANI; GALVÃO; SAWADA, 2000).

Como líder, o enfermeiro torna-se o centro das informações e deve ter conhecimento de todo o processo de comunicação para manter uma liderança eficaz e atingir os objetivos em relação aos funcionários, à instituição e à comunidade, sem que haja interferências na comunicação. Em convergência com este pensamento, Ribeira (2006) afirma que a comunicação é indispensável para que o enfermeiro possa trocar conhecimentos, organizar seu serviço e traçar objetivos junto à sua equipe. Portanto, para que as decisões sejam tomadas com rapidez e qualidade as organizações devem dispor de um fluxo de comunicação e sistema de informação eficientes.

Os enfermeiros participantes do estudo possuem uma percepção congruente com os achados da literatura, pois consideram o processo comunicacional como um dos responsáveis pelo sucesso da liderança e das decisões tomadas. Retomo a este ponto os elementos fundamentais a serem vistos como uma cadeia de agregação de

valor à tomada de decisão elencados por Angeloni (2003), dentre os quais se encontra a comunicação, como representado na figura 2.



FIGURA 2: Elementos intervenientes na tomada de decisão

Fonte: Angeloni (2003, p.21)

O processo de comunicação e o trabalho em equipe desempenham papéis relevantes para resolver algumas das dificuldades no processo de tomada de decisão. Pela comunicação, pode-se buscar o consenso que permitirá prever a adequação dos planos individuais de ação em função do convencimento, e não da imposição ou manipulação (GUTIERREZ, 1999).

Assim como percebido na colocação previamente exarada, Peduzzi (2001, p.106) complementa que “[...] a comunicação entre os profissionais é denominador comum entre do trabalho em equipe, o qual deve ocorrer da relação recíproca entre trabalho e interação”.

Do mesmo modo, as relações interpessoais são contempladas pela gerência em enfermagem e dependem da capacidade de comunicação dos profissionais. A comunicação mostra-se como elemento fundamental para administrar as situações rotineiras e as inesperadas do cotidiano, e contribui para prestar o cuidado de enfermagem qualificado (MASSARO; CHAVES, 2009).

Na ótica de Medeiros, Stédile e Claus (2001, p.30), “a linguagem é a representatividade das relações interpessoais”, sendo assim, assume forte papel no processo comunicacional como viabilizadora da administração de conflitos. Contudo, os sujeitos pontuam que esse processo de comunicação está distante de ser considerado de fácil concretização no PS cenário do estudo, seja pela forma verbal ou pela linguagem escrita. Fazem, ainda, uma menção da **influência da dinâmica emergencial no processo de comunicação**, como evidenciado nestes exemplos:

Com relação à comunicação, essa é uma competência bastante difícil de se efetivar consideravelmente, tendo em vista que o pronto socorro é um local de diversificada dinâmica, diferente de outras unidades de internação. Tanto a comunicação falada como a escrita acabam deixando a desejar no que se refere às informações, especialmente, as que deveriam ser repassadas de maneira adequada. (EE7)

Aqui as informações precisam ser bem claras, é preciso ter cautela nas formas de comunicação, pois aqui tudo que se fala pode ser interpretado de maneiras diversas. (EE8)

As dificuldades de comunicação entre enfermeiros ou entre esses e a equipe podem ocorrer pelo fato de cada pessoa entender a mensagem de uma forma diferente, pela falta de clareza por parte de quem está transmitindo a mensagem e/ou a falta de interesse do receptor (CORNIANI; GALVÃO; SAWADA, 2000).

Por meio das observações que realizei, houve a possibilidade de confirmação destas colocações. Percebi que a necessidade de agilidade faz com que haja brevidade nas anotações e, por conseguinte, compromete a comunicação escrita. Pude constatar também que existem falhas não apenas na comunicação entre os profissionais dentro do próprio setor, mas também entre os diferentes setores, principalmente entre os enfermeiros do PS e aqueles das unidades de internação que recebem pacientes oriundos do serviço de emergência, como ilustrado a seguir:

[...] o técnico de enfermagem levou o paciente internado ao setor de neurologia e, quando retornou ao PS, informou ao enfermeiro que o enfermeiro da neurologia se queixou de não ter sido informado que o paciente seria transferido ainda no seu turno. [...] contudo, há cerca de meia hora o enfermeiro do PS havia telefonado para aquele setor e avisado da transferência ao próprio enfermeiro que o receberia. (OE6)

Para evitar que falhas aconteçam no processo comunicacional é necessário que todos de um grupo tenham conhecimento e responsabilidades sobre o trabalho realizado, do tempo para realização das tarefas, da execução das atividades e um comportamento que possibilite a troca de informações necessárias para o trabalho em equipe (SILVA, 2006).

Ressalto que a comunicação atrela-se a diferentes competências requeridas do enfermeiro, dentre elas, o trabalho em equipe. Passo, então, a discorrer sobre este, também mencionado como competência gerencial por parte dos enfermeiros participantes do estudo.

4.3.3.4 Trabalho em equipe

Mesmo que o mundo atual traga consigo diversos obstáculos para a efetivação das relações entre as pessoas, utilizo as palavras de Medeiros, Stédile e Claus (2001) para clarificar a necessidade de transpor essa realidade:

[...] o ranço gerado na cotidianidade das relações humanas, felizmente, vem se mostrando insuficiente para sedimentar a veracidade de que a técnica, criada pelo próprio homem, possa substituir a capacidade de criar, idealizar e construir seu conhecimento (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001, p.13).

Reportando essa questão para as práticas administrativas do enfermeiro, é preciso refletir acerca do **aspecto relacional no gerenciamento** dos sujeitos envolvidos, pois, ainda que a influência do modelo funcional de organização do trabalho na enfermagem permaneça presente, este demonstra sinais de esgotamento diante das demandas do mundo moderno (MASSARO; CHAVES, 2009).

Isto foi salientado nas falas dos enfermeiros do estudo, como exemplificado na sequência:

O enfermeiro deve gerir as situações que surgem durante o seu dia de trabalho. Por exemplo, em um plantão dentro de uma emergência estamos sempre lidando com o desconhecido, assim as decisões a serem tomadas também são imprevistas. E o enfermeiro deve ser o sujeito que integra e direciona este imprevisto de maneira que as soluções surjam da própria equipe de atendimento, diminuindo sensivelmente o stress e a desordem. Tem que saber trabalhar em equipe. (EE4)

O trabalho em equipe tem sido utilizado como estratégia para enfrentar a intensa especialização na área da saúde, o qual aprofunda as intervenções de forma fragmentada sem articular os saberes dos diferentes profissionais (PEDUZZI, 2001). O fato dos enfermeiros do PS do estudo identificarem a necessidade do trabalho em equipe, portanto, permite concluir que também concordam com o fato de ser preciso imbricar o conhecimento das diferentes ciências em prol do cuidado ao indivíduo, entendendo-o em sua totalidade e aproximando-se do pensamento complexo de Edgar Morin.

Diante disso, concordo com o conceito de trabalho em equipe multiprofissional de Peduzzi (2001, p.108), a qual o afirma como “[...] uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as

múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.”

Corroborando, um grupo de pessoas assume uma postura de equipe quando passa a atentar à sua própria forma de operar e procura resolver os obstáculos que afetam seu funcionamento e a dimensão interpessoal é a mais marcante para viabilizar o seu desenvolvimento. Cada grupo constrói um clima emocional próprio por meio da relação entre seus membros. Este clima afeta o desempenho das tarefas e a globalidade do grupo, podendo colaborar para tendências de coesão e integração de esforços ou, em contraponto, para a ênfase de conflitos, competição e desagregação (MOSCOVICI, 2005).

Segundo Peduzzi (2001), existem diferentes tipologias de trabalho em equipe, podendo esta ser uma equipe de agrupamento ou integração. Na equipe de agrupamento, há a justaposição das ações e os agentes apenas se agrupam. Já na equipe de integração, as ações são feitas de maneira articulada e os agentes se integram para tal.

Todavia, a cultura na qual estamos inseridos valoriza sobremaneira a responsabilidade e a realização individuais. Destarte, no âmbito laboral, geralmente os cargos e funções, as escalas salariais, as avaliações de desempenho, as promoções, os planos de carreira são igualmente baseados no desempenho individual (MOSCOVICI, 2005). Este fato culmina em dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe e se reflete no cotidiano da enfermagem. Trabalhar em equipe, portanto, é uma competência gerencial a ser mobilizada pelo enfermeiro e, sobretudo, um elemento que este profissional deve desenvolver junto aos seus subordinados.

Destaco aqui **a relevância do trabalho em equipe para a tomada de decisão e a qualidade da assistência prestada no PS**, fatores que são reconhecidos pelos pesquisados. Pelo trabalho em equipe, pode-se conseguir obter o maior número de informações e perspectivas de análise distintas, sendo validada a proposta mais convincente no confronto argumentativo dos demais (GUTIERREZ, 1999).

Há que se considerar que ao desenvolver o trabalho em equipe de maneira eficiente e eficaz, colabora-se sensivelmente para a qualidade da assistência prestada às vítimas que aportam ao PS, pois desta maneira a agilidade das ações efetiva-se com maior facilidade. A fala a seguir ilustra este aspecto:

[...] precisamos manter um bom convívio entre a equipe multiprofissional para que nosso atendimento possa ser concretizado com qualidade e rapidez [...]. (EE7)

Para Moscovici (2005, p.5) “pode-se considerar equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada”. Muitos são os benefícios oriundos da adoção do trabalho em equipe, a se destacar a possibilidade de incrementar a qualidade e a produtividade, baixar custos e gerar satisfação (MOSCOVICI, 2005). Destarte, ao trabalhar em equipe objetivando sanar as necessidades do paciente em situação emergencial e estabilizar suas condições de saúde é uma postura que reflete positivamente na qualidade da assistência prestada e na efetividade dos resultados obtidos, os quais fazem a diferença entre a vida e a morte do indivíduo.

O processo observacional desenvolvido no período de coleta de dados para esta pesquisa proporcionou-me identificar que os estudados prezam pelo bom relacionamento interpessoal no seu cotidiano. Ainda durante as observações, constatei que compreendem **a relação interpessoal como sustentadora do trabalho em equipe**, a exemplo da fala citada anteriormente e em concordância com colocações da literatura.

“A relação *eu-outro* é central em nossa vida como seres gregários” (MOSCOVICI, 2005, p.32). Esta relação faz-se necessária também no mundo de trabalho. Porém, ao discorrer acerca da relação interpessoal na enfermagem, há um contraponto no que se refere à divisão hierárquica da profissão, uma vez que a figura do enfermeiro por si só pode representar um obstáculo ao bom relacionamento interpessoal.

Sobre esta condição, Moscovici (2005) afirma que poder é a dimensão fundamental no relacionamento entre as pessoas. Embora se sonhe com uma distribuição equitativa do poder nas relações interpessoais, esta paridade permanece utópica. No grupo de trabalho, a figura do líder já denota um papel previamente definido de detentor do poder. Cabe a esta figura posicionar-se como influenciador dos demais membros, buscar o alcance das metas traçadas e não ser autoritário.

Para tal, há **necessidade da gestão participativa pelo enfermeiro nas relações interpessoais**, pois se sabe que, atualmente, o modelo de relações

interpessoais que deve predominar no trabalho é aquele democrático, na perspectiva de uma gestão participativa, para a qual o líder precisa de habilidade.

Reforço, então, as observações acerca da participação dos membros da equipe nas decisões do enfermeiro neste PS. Ainda que este aspecto tenha sido discutido na seção que aborda a tomada de decisão como competência gerencial do enfermeiro, faz mister enfatizar que, mesmo que tenha havido a referência idiossincrática de EE3 à necessidade de uma atuação autocrática no processo de decisional, nas demais observações visualizei uma postura voltada à participação dos membros envolvidos nas situações que necessitavam de resoluções, o que denota um relacionamento interpessoal consonante com o dito ideal pela literatura.

Esta discordância pode ter acontecido porque “[...] relacionamento interpessoal é essencialmente um processo, não uma categoria estática; por isso mesmo fica sujeito a variações conjunturais de espaço, tempo e contexto” (MOSCOVICI, 2005, p.42). Sendo o PS um ambiente de constantes mudanças contextuais e imprevisibilidades, é natural que as relações interpessoais também passem por essas questões no seu desenvolvimento.

Finalizo esta parte salientando que “cada pessoa relaciona-se com outras no ambiente de trabalho e este relacionamento assume modalidades específicas que influem decisivamente sobre o comportamento de cada um” (MOSCOVICI, 2005, p.37). Portanto, pode-se afirmar que o sistema pessoal interage constantemente com os sistemas pessoais dos outros e com o sistema organizacional. Forma-se, assim, um complexo processo de interação, uma teia emaranhada que expressa relações formais e informais, manifestas ou ocultas do comportamento humano.

Uma vez exaradas as considerações sobre trabalho em equipe como competência gerencial requerida do enfermeiro no PS, tomo a próxima competência citada pelos sujeitos como importante para o trabalho gerencial no PS: a administração do tempo.

4.3.3.5 Administração do tempo

Os participantes da pesquisa identificaram a administração do tempo como competência gerencial a ser mobilizada pelo enfermeiro em seu processo de trabalho no PS, como conferido nos trechos a seguir:

[...] além do que eu já citei como competência, acho que para gerenciar o enfermeiro deve saber priorizar o seu tempo. Se a gente não administra bem, de nada adianta ter outras competências porque não conseguiremos gerenciar e vai ficar uma série de coisas para serem feitas em outros plantões. (EE1)

O enfermeiro precisa também ter competência para administrar e alinhar as competências gerenciais durante o tempo de seu trabalho. Tem que saber administrar o seu tempo entre os atendimentos de emergência e outras atividades que são de sua obrigação para poder passar o plantão com as coisas resolvidas. Claro que às vezes fica uma coisa ou outra para o próximo turno, pois trabalhamos com continuidade, mas isso não é desculpa para eu deixar de fazer minhas coisas e passar para frente. A gente tem que ter bom senso para administrar isso dentro do turno de trabalho. (EE8)

Conforme colocações de Mello, Fugulin e Gaidzinski (2007, p.90), há **importância de compreender a administração do tempo como competência gerencial do enfermeiro** em seu processo gerencial, pois:

A percepção do tempo, enquanto fator decisivo na organização do trabalho facilita a compreensão da relação deste com o processo de produção. Conseqüentemente, também auxilia a compreender o trabalho no processo de produção em saúde (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007, p.90).

O trabalho ocupou o lugar de atividade central na inserção social e constitui fator fundamental para a produção subjetiva ao longo da sociedade moderna. A atividade laboral passa a ser o elemento que demarca a estruturação dos quadros temporais das sociedades Pós-Revolução Industrial. Nesse contexto, o fator temporal sofre metamorfoses significativas, iniciadas no momento em que o homem resolve medir o tempo cotidiano e quantificar o tempo social na sociedade industrial, chegando à comercialização do próprio tempo, que se torna uma mercadoria e passa a ter valor econômico (AQUINO; MARTINS, 2007).

A concepção de tempo percorre vários estágios ao longo do desenvolvimento da sociedade, passando por uma fase qualitativa até assumir um sentido quantitativo. A partir desse momento, o tempo inicia uma estreita relação com o trabalho e passa a constituir um dos recursos fundamentais de uma organização. Porquanto, sua gestão contribui para a melhoria dos processos de trabalho (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

O tempo no trabalho se constitui em um dos recursos fundamentais de uma organização, uma vez que a sua gestão contribui para a melhoria dos desempenhos coletivo e individual e, conseqüentemente, da produtividade (MARGARIDO; CASTILHO, 2006). Assim, o tempo é um fator determinante no trabalho e na

produtividade do trabalhador, seja qual for a tarefa desempenhada (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

Após a descoberta de seu valor no trabalho e nas organizações, o tempo tem merecido destaque especial. A descoberta desse valor tornou-o um elemento chave na gestão de recursos das organizações. (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

A partir dessas colocações e considerando que os enfermeiros pesquisados fazem menção ao tempo como uma competência gerencial a ser administrada, considero que a prática desenvolvida por estes profissionais no PS está distante de ser aleatória e embasada exclusivamente no inesperado cotidiano proporcionado pelo cenário emergencial.

Dessa maneira, mesmo sabendo que o serviço de emergência porta consigo a oportunidade de vivências adversas e dinâmicas, os enfermeiros acreditam que é possível e necessário administrar o tempo para contemplar os objetivos a serem atingidos em seu processo de trabalho.

O processo de observação realizado com os sujeitos traz à luz esta evidência, uma vez que, mesmo com um fluxo de atendimentos emergenciais constante, raramente são procrastinadas ações aos turnos subsequentes por parte do enfermeiro. Enquanto não está atuando diretamente no atendimento a vítimas emergenciais, procura utilizar seu tempo para demais atividades administrativas, o que demonstra que sua atuação perpassa a questão do inesperado.

Ainda nesta questão, os pesquisados relacionam a **administração do tempo como interveniente na qualidade da assistência de enfermagem**, como exemplificado por este discurso:

Quando fazemos um bom planejamento de nossas atividades de acordo com o tempo que dispomos, fica claro que a assistência prestada aos pacientes é melhor, assim como a organização da equipe de enfermagem. [...] Também colabora para o hospital, para controlar os gastos [...] Por isso eu volto a dizer que de nada adianta liderança, saber tomar decisões no dia-a-dia e ter outras competências se não somos capazes de administrar o tempo que temos para realizar nosso trabalho. (EE3)

Essas colocações coadunam com a ótica de Margarido e Castilho (2006), segundo os quais o tempo despendido para a realização dos procedimentos e os custos decorrentes deste devem ser fontes de preocupações para enfermeiros ao exercerem atividades gerenciais, uma vez que a qualidade da assistência de enfermagem prestada está atrelada ao alinhamento do dimensionamento dos

recursos humanos e à adequação dos materiais necessários ao tempo utilizado para cuidar. Marquis e Huston (2005, p.110) complementam que “o planejamento diário é essencial se o gerente tem de administrar por eficiência e não por crise”.

Mesmo com esta consciência da necessidade de administrar o tempo competentemente para que a qualidade da assistência prestada seja efetivada, os enfermeiros salientaram que existe **a influência da cultura organizacional na administração do tempo pelo enfermeiro**, pelo fato de exigir que este profissional desenvolva ações burocráticas, as quais lhe tomam o tempo que poderia ser destinado a outras atividades em seu processo de trabalho. Seguem falas que ilustram tal premissa:

O enfermeiro acaba perdendo muito tempo fazendo memorando para consertos ou ainda ligando de setor em setor pedindo equipamentos “emprestados”. E nem adianta outra pessoa ligar porque ninguém empresta, tem que ser de enfermeiro para enfermeiro mesmo. (EE2)

Administrar o tempo no PS é algo difícil não apenas pela dinâmica do setor, mas também porque existem coisas impostas pelo hospital que nos faz perder tempo. Por exemplo: Preencher memorandos para manutenção, ficar procurando hora extra quando algum funcionário falta (por que eu que tenho que passar horas no telefone ligando para Deus e todo o mundo????). Bom era quando tinha um auxiliar administrativo no posto de enfermagem, eu conseguia ser mais enfermeiro de verdade naquela época, usava meu tempo ou atendendo emergências ou organizando coisas para garantir qualidade para os clientes e a equipe de enfermagem. (EE5)

A partir dos achados na literatura e ainda considerando as explicações dos sujeitos, é possível verificar que a cultura organizacional interfere no processo de trabalho do enfermeiro e permeia suas atitudes nas mais diversas competências por ele desenvolvidas. Assim, também reflete na administração do tempo, uma vez que o profissional deve alinhar suas atividades gerenciais cotidianas às determinações institucionais, as quais geralmente convergem com práticas burocráticas, conforme discutido previamente na apresentação dos resultados da pesquisa.

“A cultura organizacional resulta das crenças e valores que orientam as decisões do gestor em todos os níveis da estrutura organizacional, direcionando qual o caminho a ser seguido diante de várias alternativas de ação” (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2006, p.570). Na concepção destas autoras, as organizações de saúde são moldadas pelas crenças e valores de quem as constituíram que criam e expressam suas opiniões, estabelecem normas que delineiam suas estruturas, manuais de técnicas e procedimentos.

Como exposto ao longo das competências abordadas nesta categoria, existem facilitadores e dificultadores inerentes às suas efetivações na prática profissional do enfermeiro. Estes fatores serão discutidos na sequência.

4.3.4 FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA O GERENCIAMENTO DO ENFERMEIRO NO PS

Nesta categoria de análise abordo tanto os elementos que, na concepção dos sujeitos do estudo, favorecem como aqueles que dificultam o processo gerencial desenvolvido no PS. Para tal, opto por subdividi-la em duas subcategorias: *Facilitadores e Dificultadores*.

4.3.4.1 Facilitadores

Os fatores que foram considerados pelos pesquisados como facilitadores para o desenvolvimento das competências gerenciais foram: educação permanente, autonomia e bom relacionamento interpessoal entre as equipes de enfermagem e equipe multiprofissional.

Os enfermeiros do PS pontuaram a **educação permanente** como elemento facilitador para a mobilização de competências gerenciais no setor, como ilustrado pelas falas a seguir:

Sem dúvida uma equipe coesa e que busca sempre atualizar seu conhecimento em emergência facilita o gerenciamento do enfermeiro. Eu, particularmente, sempre procuro estudar coisas do meu dia-a-dia, problemas que eu encontro na vida profissional. Fica mais fácil a gente resolver as dificuldades do lugar de trabalho quando buscamos conhecimento sobre as questões vividas na prática. (EE5)

Minha experiência profissional e os conhecimentos que busco constantemente também facilitam para o desenvolvimento da gestão do setor. (EE3)

A constante atualização dos conhecimentos pode agir como facilitadora da prática profissional do enfermeiro. A literatura correlata à temática das competências gerenciais também aponta para esta evidência, a exemplo do estudo de Rothbarth, Wolff e Peres (2009), de acordo com o qual o desenvolvimento das competências gerenciais depende de diversos fatores, entre eles encontra-se a busca contínua por conhecimento pelos enfermeiros, coadunando com o discurso dos pesquisados.

Conforme colocações da Política Nacional de Educação Permanente,

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho [...] Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2009, p.20).

A partir deste conceito, afirmo que a atualização dos profissionais é de responsabilidade não somente individual, mas também da instituição empregadora, uma vez que sua realização tende a refletir positivamente no processo de trabalho do enfermeiro e, por conseguinte, colaborar para o desenvolvimento organizacional. Os sujeitos da pesquisa reconhecem este fato, como pode ser verificado no seguinte trecho:

Quanto mais eu conheço o meu lugar de trabalho, mais eu sei dos seus problemas, das suas dificuldades e assim posso correr atrás de estudar sobre isso, compartilhar com a equipe e com outros colegas. Isso facilita meu gerenciamento, sem dúvida. Só que não é tudo, também tem a parte do hospital, que precisa favorecer essa questão. O hospital também tem interesse que eu seja um profissional com conhecimento e por isso eu acho que deve favorecer essa minha busca por conhecimento. (EE8)

Faço aqui uma aproximação com as idéias de Davini (2009), a qual destaca que para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. Entendo, portanto, que a atualização profissional deve ser compreendida como algo almejado tanto pelo próprio enfermeiro como pela organização de saúde em que atua, ou seja, atribuída à esfera particular e à institucional.

Outro fator referido pelos pesquisados como facilitador para as competências gerenciais diz respeito à **autonomia** deste profissional em seu processo de trabalho, sobretudo no concernente à tomada de decisão. Listo a seguir algumas falas que se reportam a esta questão:

[...] temos uma certa autonomia para decidir no dia-a-dia e isso colabora para uma boa administração do trabalho do enfermeiro. (EE1)

Autonomia parcial no meu plantão para tomar decisões de acordo com os problemas do dia-a-dia ajuda bastante administrar meu trabalho. (EE8)

Estas colocações vão ao encontro das palavras de Massarolo e Fernandes (2005), segundo as quais gerenciar em enfermagem pressupõe a tomada de decisão, e esta depende do grau de autonomia e de como se dá a sua relação com

as pessoas e com a própria política da instituição, para desenvolver eticamente o seu processo de trabalho. Assim, conforme percebido pelos sujeitos, a autonomia mostra-se como elemento essencial para facilitar o processo decisional.

Percebo, porém, que o relato dos enfermeiros diz respeito a uma autonomia parcial, clínica e administrativa. Esta é restrita ao setor em que atuam, especificamente em seu turno de trabalho e com suas respectivas equipes de enfermagem, não extrapolando a visibilidade para níveis hierárquicos superiores. A autonomia clínica corresponde ao desempenho das atividades de cuidados específicos do enfermeiro e a administrativa, ao gerenciamento de seu processo de trabalho e da equipe de enfermagem. A relatividade desta autonomia acontece quando suas ações são delimitadas no campo do trabalho multiprofissional em saúde.

Faço, então, uma aproximação com a educação permanente, previamente discutida como facilitadora para as competências gerenciais, com a questão da autonomia, uma vez que quanto maior o conhecimento, maior a possibilidade de se exercer o poder. Para sustentar esta afirmação, utilizo as palavras de Jesus e Said (2008):

Particularmente em enfermagem a autoridade alcançada pelo profundo conhecimento dos conteúdos inerentes à profissão é elemento essencial ao exercício da autonomia, logo, haverá maior autonomia no sistema de cuidados, se as ações de liberdade do enfermeiro estiverem apoiadas no saber e na intervenção estratégica (JESUS; SAID, 2008, p.258).

O gerenciamento corresponde a um dos subprocessos componentes do processo de trabalho do enfermeiro (SANNA, 2007) e a legitimidade desta prática alicerça-se em sua Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986), devendo ser construído como competência ao longo da formação acadêmica (BRASIL, 2001). Assim, o enfermeiro necessita de autonomia para efetivação das competências gerenciais, demonstrando coerência dos sujeitos deste estudo ao considerarem a autonomia como facilitadora para a mobilização das referidas competências.

Consideraram como facilitador, ainda, o **bom relacionamento interpessoal entre as equipes de enfermagem e equipe multiprofissional**, como pode ser conferido a seguir:

O relacionamento adequado entre os enfermeiros e também com minha equipe de técnicos aumenta o comprometimento e me ajuda a administrar no dia-a-dia. (EE3)

O bom relacionamento com a equipe multidisciplinar e de enfermagem é o princípio de tudo para o trabalho fluir bem. (EE6)

Outra coisa que ajuda bastante é o relacionamento de companheirismo entre os enfermeiros dos diferentes turnos. Isso favorece a continuidade das coisas e os pacientes é quem saem ganhando. (EE8)

Retomo aqui alguns elementos previamente discutidos, considerando as também mencionadas palavras de Moscovici (2005, p.31): “A relação *eu-outro* é central em nossa vida como seres gregários”. Os enfermeiros do estudo reconhecem esta relação também no mundo de trabalho. Primeiramente por considerarem o trabalho em equipe como competência gerencial, conforme descrito na apresentação da categoria anterior, e também, por listarem o relacionamento interpessoal como facilitador ao seu processo de trabalho, como ora discorrido.

Ainda que existam fatores estruturais na profissão de enfermagem e na relação desta para com as demais categorias da área da saúde relacionadas à assimetria de poder, é fato que a somatória das competências e habilidade de cada uma destas tende a culminar na maior efetividade das ações assistenciais oferecidas à clientela.

O trabalho em equipe mostra-se como parte da totalidade do trabalho em saúde e possui também uma significação particular, expressa por diversas dimensões em conformidade com o contexto (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008). Diante disso, em concordância com a concepção dos pesquisados, quanto melhor o relacionamento entre os membros componentes de uma equipe, bem com entre as diferentes equipes, maiores as chances de sucesso desta teia profissional.

Na enfermagem, a busca por uma atuação com base nas relações mostra-se já nas bases legais que norteiam a formação do enfermeiro rumo a um paradigma ético-humanista, como o preconizado pelas DCNs (BRASIL, 2001). Porém, permanece uma realidade desafiadora, conforme colocações de Costa, Enders e Menezes (2008):

[...] o desafio consiste na organização do trabalho que contemple a alta complexidade de saberes, a responsabilidade coletiva das ações e a efetiva interação dos recursos humanos de diferentes áreas profissionais, vislumbrando a superação das atuações fragmentadas, mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, que inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutiva (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008, p.534).

Assim, as relações interpessoais emergem como poderoso instrumento para veicular o trabalho em equipe de maneira eficiente e eficaz, o que mostra afinidade com a opinião dos participantes deste estudo, os quais as consideram elemento facilitador do gerenciamento em seu processo de trabalho, principalmente no que tange à comunicação

Guimarães e Évora (2004 p.75) afirmam que “[...] a informação tem sido empregada como mais um recurso para o desenvolvimento do processo de trabalho nas organizações.” Destarte, o processo de comunicação interdisciplinar é fundamental para que a assistência seja prestada de forma integral e com qualidade. Do mesmo modo, a partir de um relacionamento interpessoal adequado, o processo de comunicação ocorre com maior efetividade e por consequência a liderança é favorecida.

Uma vez expostas as facilidades para mobilização das competências gerenciais emersas da análise de conteúdo das falas dos sujeitos, remete-se às dificuldades oferecidas pelo cenário da pesquisa para tal.

4.3.4.2 Dificultadores

No tocante aos dificultadores, os pesquisados elencaram: falta de incentivo à educação permanente, desconhecimento da realidade do setor por parte da gerência de enfermagem, fluxo de pacientes inadequado, inadequação de recursos físicos e humanos.

Ainda que os enfermeiros do PS reconheçam a necessidade de um processo educativo permanente para facilitar seu gerenciamento e que este seja, em sua concepção, um facilitador para tal prática, apontam a **falta de incentivo à educação permanente** por parte da instituição como dificultador à sua efetivação, como pode ser observado por meio das falas a seguir:

A instituição não investe, não incentiva e nem facilitava para o profissional se reciclar ou investir em cursos, congressos, simpósios, especializações, etc.[...] para fazer uma especialização temos que gerar banco de horas, preencher um monte de justificativas, pois nem a carga horária é liberada [...]. (EE2)

Falta de investimento dos gestores nos colaboradores que necessitam desenvolver habilidades para a emergência, pois as faculdades não oferecem esta formação e se oferecem a mesma quase sempre é ineficaz. (EE4)

Para Rothbarth, Wolff e Peres (2009), o investimento em recursos humanos também é papel institucional, capacitando-os mediante a oferta de cursos e viabilizando a sua participação em programas de pós-graduação, e que estes conhecimentos adquiridos devem ser cobrados dos enfermeiros em resultados que reflitam na qualidade do serviço.

Em convergência com as colocações do pesquisados, a Portaria GM n. 2.048, de 5 de novembro de 2002, que rege os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência dentro Política Nacional de Atenção às Urgências salienta que os hospitais que possuem PS devem desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências (BRASIL, 2006).

A educação permanente, como competência a ser adquirida pelos profissionais de saúde, pode ser viável se dermos o enfoque na atualização contínua que busca inovar e suprir as necessidades de atualização do trabalho, contanto que a instituição se comprometa, juntamente com o profissional, a fim de facilitar o planejamento ou participar e também desenvolver as ações de educação (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente posta pelo Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia que contribui para transformar os processos de formação das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços e ressalta que o processo educativo é de responsabilidade tanto da esfera institucional quanto da individual (BRASIL, 2009).

A partir deste entendimento, pode-se considerar que os sujeitos reportam exclusivamente à instituição a não efetivação da educação continuada, esquivando-se de sua responsabilidade neste contexto. Pressupõe-se que a educação permanente faça “a promoção e produção dos sentidos” (BRASIL, 2009, p.10), de modo que a transformação das práticas profissionais baseie-se na reflexão crítica para ação na rede de serviços. É o encontro da formação e do trabalho, em que o aprendizado e o ensino são incorporados ao cotidiano das organizações (BRASIL, 2009).

As falas ainda mencionam que a falta de recompensa salarial constituiu-se como um fator desmotivacional para a busca de conhecimentos, como mostra este exemplo:

A remuneração não é diferenciada para os diferentes níveis de graduação do profissional. Falta um plano de carreira. Isto faz com que muitos não se interessem em se atualizar. (EE2)

Deve ser destacada a necessidade de maior politização em busca de estratégias para transformar o valor do trabalho do enfermeiro em remuneração mais compatível. O enfoque para a necessidade de organização da categoria, a fim de desenvolver o senso de valorização e aspirações por melhores condições para o desempenho das atividades cotidianas, reforça que o trabalho do enfermeiro é importante, necessário e precisa ser reconhecido e remunerado de forma digna (BATISTA *et al.*, 2005).

Esta situação apresentada nas falas sugere que a organização avalie os fatores de insatisfação no trabalho do enfermeiro para que este profissional possa fazer uma assistência de melhor qualidade, mantendo-se atualizado. Consequentemente, isso contribuirá para o sucesso e o alcance das metas institucionais.

Se considerarmos a educação permanente como forma de transformação do processo de trabalho, é preciso que a instituição recupere no seu plano de cargos e salários à qualificação de seus recursos humanos, bem como implante políticas de promoção educativa com adequação financeira e de horários para o desenvolvimento desta competência. Assim, as instituições de saúde possuem papel significativo formação contínua de seus recursos humanos (PERES, 2006) e isto é reconhecido pelos enfermeiros do estudo.

Concluo, portanto, que “[...] não somente os profissionais devem buscar atualização, mas as organizações também devem investir no seu desenvolvimento e dos seus profissionais” (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009, p.327). A partir disto, saliento a necessidade de maior conscientização acerca do contexto da educação permanente por parte dos enfermeiros como um processo individual e institucional.

Adicionalmente aos tópicos dificultadores da prática gerencial no PS estudado, a análise de conteúdo proporcionou a emersão do fato de **há desconhecimento da realidade do setor pela gerência de enfermagem**. Os recortes subsequentes ilustram esta questão:

O que mais dificulta minha vida enquanto gestor do setor é a falta de noção da gerência de enfermagem do que realmente acontece por aqui. Existem certas determinações que são incompatíveis com a realidade que vivenciamos no PS, bem peculiar de que se diz gerente mas não sabe o que ocorre nos setores porque só fica numa sala ligando pra gente o tempo

todo pra perguntar as coisas [...] Você nem imagina quantas vezes preciso atender o telefone durante meu trabalho para responder coisas que se a gerente pelo menos viesse aqui de vez em quando, já saberia as respostas. (EE3)

É nítida a falta de noção da realidade por parte da gerência de enfermagem e isso dificulta nossa atuação como enfermeiro. (EE5)

O serviço de enfermagem corresponde a um grupo organizado de pessoas, no qual é necessária a divisão do trabalho entre os membros da equipe e o estabelecimento de um padrão de relação entre eles. Como este serviço está no contexto de uma estrutura organizacional, sua filosofia, objetivos, complexidade e diversidade de atividades, recursos disponíveis e características da estrutura sofrem influências advindas da instituição (MASSAROLO, 1991).

Desta maneira, a postura da gerência de enfermagem referida pelos sujeitos aponta para um modelo gerencial verticalizado (ANEXO 2), aproximando-se da burocratização das atividades e distanciando-se dos moldes administrativos mais horizontais tidos como ideais na atualidade.

O reconhecimento do ambiente organizacional com a identificação da estrutura formal e informal facilita a participação no fluxo comunicacional e no planejamento das atividades voltadas à assistência de enfermagem (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008). Para gerenciar é preciso reconhecer a cultura da organização, pois são as pessoas que vivem o cotidiano organizacional que, interagindo, criam e modelam a cultura organizacional (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Este reconhecimento, indubitavelmente, colabora para a comunicação entre os diferentes níveis na instituição. A forma como o líder se comunica com um grupo é fator determinante para o sucesso, assim, uma vez que a prática de enfermagem está direcionada à equipe, a comunicação entre os membros é o que delimita a continuidade da produtividade (MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Para Santos e Silva (2003, p.102), “[...] a maneira de comunicar e a coerência entre o discurso e a prática de um líder são fundamentais para obtenção dos resultados esperados”. Desta maneira, a comunicação incoerente e fragmentada descrita pelos enfermeiros deste estudo pode ser fator considerável ao insucesso da assistência de enfermagem, uma vez que o desconhecimento da realidade do setor pode resultar na fragilidade do planejamento de suas ações e no insucesso de sua influência sobre os liderados.

Este distanciamento de comunicação da gerência de enfermagem para com os enfermeiros do PS, conseqüente desconhecimento da realidade assistencial e falhas no planejamento desta figura foram possíveis de se evidenciar também durante as observações por mim realizadas no período de coleta de dados.

Em determinada situação, os enfermeiros priorizavam a organização do setor para recebimento da visita da Vigilância Sanitária quando a gerente de enfermagem os convocou para uma reunião de pauta não essencial naquele momento: a divisão entre os turnos dos banhos dos pacientes no aguardo de vagas para unidades de internamento.

Isto me traz subsídios para afirmar que ocorre naquele contexto uma nítida cisão entre gestão e assistência, como já descrito citando literatura correlata ao longo da redação desta dissertação. Este entendimento me permite aproximar com a primeira categoria desta análise de dados, onde os sujeitos compreendem esta separação e, ousadamente, lanço o seguinte questionamento: ao seccionarem como modalidades de atividades gerenciais a *Gerência voltada para atender às demandas institucionais* e *Gerência voltada para atender às demandas do cuidado de enfermagem* na primeira categoria de análise deste estudo, estariam estes enfermeiros se espelhando na gerência de enfermagem aos quais se subordinam?

O processo de trabalho institucional implica na articulação entre os diversos setores, portanto é necessário garantir o fluxo dos dados não somente entre estes, mas também entre os diferentes níveis hierárquicos (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

O fato é que, fazendo uso das palavras de Spagnol e Ferraz (2002, p.16), “a estrutura do departamento de enfermagem evidencia uma comunicação verticalizada e extremamente formal, que se processa de forma descendente.” Essas mesmas autoras ainda concordam que a gestão tradicional evidencia uma distância significativa entre a direção e o nível operacional, o que impede a aproximação entre a chefia e os seus subordinados, estabelecendo uma relação hierárquica rígida e impessoal.

Prosseguindo no discurso sobre o distanciamento entre os diferentes patamares hierárquicos da enfermagem na instituição, fizeram menção à priorização do *status quo* pela figura da gerente de enfermagem, enquanto a coordenação de enfermagem do PS mostra-se receptiva às propostas de mudança, como pode ser conferido a seguir:

A coordenação de enfermagem é receptiva a novas idéias, embora essas idéias quase sempre esbarrem na gerência de enfermagem... A gerência de enfermagem não gosta de mudanças, não quer se incomodar com o PS. (EE2)

O poder, assim como a cultura, se concretiza nas relações e nas práticas cotidianas e, como os mecanismos de poder guardam os mesmos valores, crenças e ideologias, também agem na manutenção do *status quo* como reforço da identidade organizacional (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

A gerência de enfermagem em questão mostra-se inserida em um organograma verticalizado (ANEXO 2), o que favorece uma estrutura organizacional autocrática, assim, tende a fortalecer esta cultura e resistir a mudanças. Além disso, mantém um processo de comunicação ineficaz com o PS, como descrito previamente, permanece alienada da realidade do setor como mencionam os sujeitos da pesquisa e, por conseguinte, é resistente a mudanças, uma vez que mudar requer planejamento e este implica no conhecimento da realidade a ser modificada. Em contraponto, não posso deixar de salientar que a comunicação é um processo de duas vias e, portanto, os enfermeiros do referido setor também deveriam buscar estratégias para a efetivação da mesma.

Passando para o próximo elemento dificultador do gerenciamento no PS, mais uma vez os enfermeiros citam o **fluxo de pacientes inadequado** e suas consequências como obstáculo no seu processo de trabalho, como mostra o seguinte recorte:

Não há um fluxo rápido para os pacientes que internam, ficando estes no PS até a liberação de uma vaga; e como já disse, temos que correr atrás dessas vagas nos demais setores. (EE2)

Conforme discussão na primeira categoria de análise, essa questão da instituição não priorizar a dinâmica do fluxo dos pacientes no PS manifesta no enfermeiro considerável desconforto, uma vez que resulta em acúmulo de pacientes internados com perfil diferente daqueles que demandam cuidados emergenciais.

Utilizo aqui as considerações de Montezeli e Lopes (2006, p.244) ao estudarem esta problemática no referido cenário, de acordo com as quais existe “[...] descaracterização deste serviço de emergência e, conseqüentemente, um desvio das funções emergenciais da equipe de enfermagem para assistir os clientes internados ou em observação”.

Esta questão da estagnação de pacientes cujos quadros não se enquadram no perfil considerado como emergência, leva à tendência de diminuição da qualidade do cuidado de enfermagem e sobrecarga dos profissionais, os quais devem cuidar da clientela que ali aporta adicionalmente aos que aguardam internamento em outras unidades da instituição, como ilustra esta fala:

A superlotação do setor de urgência que faz com que o funcionário fique sobrecarregado e não consiga prestar uma assistência adequada. (EE6)

Reforço, então, a dialética entre prazer e sofrimento vivenciada por enfermeiros emergenciais, como citam Almeida e Pires (2007), que ao obterem êxito em um atendimento, estes profissionais sentem-se plenos de satisfação. Entretanto, estão inseridos em um sistema cujas bases estruturais nem sempre favorecem a dinâmica exigida para o cuidado de enfermagem neste contexto.

Ainda com relação a este ponto de fluxo, houve referência à dificuldade de transferência do paciente internado ao setor destino, por resistência do enfermeiro que o deve receber:

[...] quando achamos um leito, temos que ficar pressionando até convencer o colega enfermeiro daquele setor para que o paciente suba. Isso é um absurdo num serviço de emergência! (EE3)

Além de influenciar na administração do tempo, esta fala permite afirmar que a dificuldade de comunicação na instituição vai além daquela referida pelos sujeitos no concernente à gerência de enfermagem e instala-se entre os enfermeiros dos diferentes setores, demonstrando a falta de visão global da organização por parte destes profissionais.

Utilizo como fechamento desta questão as palavras de Deslandes (2000), na apresentação dos achados de seu estudo, o qual evidenciou situação semelhante àquela aqui exposta:

Se o fluxo de entrada dos pacientes na emergência é demasiado e contínuo, o de saída é muito mais lento. A “obtenção de vagas” nas enfermarias foi apontada pelos profissionais dos dois hospitais como problemática. Alguns revelam que conseguem vaga pelo exercício de “conhecimento” e por troca de favores. Outros afirmam que é necessário “ficar em cima”, isto é, exercer uma cobrança constante e diária junto ao chefe do setor. No âmbito da lógica administrativa do próprio hospital, ficou evidente a falta de comunicação entre os setores de emergência e enfermarias. Naturalmente, há que se ponderar quanto à superlotação das enfermarias e à dificuldade de se ter leitos disponíveis com a mesma rapidez com que entram mais pessoas na emergência [...]. Assim, o serviço de emergência expressa contradições estruturais (da própria lógica

organizacional do sistema público de saúde) e internas (da lógica administrativa do próprio hospital em que a emergência se insere). (DESLANDES, 2000, p.64).

Outro fator considerado dificultador para o processo gerencial do enfermeiro no PS refere-se aos **recursos físicos inadequados**. Início destacando os equipamentos:

A instituição não tem a política de manutenção preventiva, o que constantemente gera consertos de equipamentos sem a substituição por um reserva [...]. (EE2)

Ausência de equipamentos suficientes e equipamentos antigos que apresentam defeitos com frequência é um obstáculo significativo para se trabalhar bem por aqui. (EE5)

Em nosso país, a incompatibilidade entre a demanda de trabalho e os recursos materiais é característica marcante em diferentes ambientes das instituições de saúde (ALMEIDA; PIRES, 2007). Aliando este fato da precariedade de equipamento com a superlotação citada, o profissional depara-se com uma situação de importante comprometimento da qualidade da assistência de enfermagem prestada, o que culmina, não raramente, em uma seleção dos cuidados que serão oferecidos (DESLANDES, 2000).

Diante destas informações e considerando que o gerenciamento desenvolvido pelo enfermeiro deve possuir o cuidado como foco, é coerente o entendimento dos sujeitos de que a inadequação dos equipamentos às necessidades da clientela atua como dificultador deste processo. Isto se aplica também no que se refere à estrutura física do setor, queixa mencionada nas explicações a seguir:

Não há espaço físico adequado para o atendimento individualizado dos familiares e/ou acompanhantes. (EE2)

Área física é inadequada para um serviço de emergência faz com que as improvisações que fazemos muitas vezes não gerem resultados satisfatórios. (EE5)

A Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006) determina a necessidade de adequação de planta física das unidades de emergência hospitalares com acolhimento baseado na classificação de risco, favorecendo o atendimento individualizado e acolhedor tanto ao cliente quanto aos familiares.

Entretanto, no cenário pesquisado a reestruturação física encontra-se em fase inicial, o que justifica o discurso dos enfermeiros.

Inserida nas dificuldades dos serviços de saúde brasileiros, encontra-se a **inadequação dos recursos humanos**, aqui pontuada pelos enfermeiros em duas diferentes vertentes: **dimensionamento de pessoal de enfermagem deficitário e processo seletivo inespecífico**.

Sobre a quantificação de profissionais de enfermagem, os pesquisados salientaram que:

O quadro de pessoal é reduzido e às vezes preciso assumir tarefas dos técnicos de enfermagem por falta de funcionário e deixo de fazer minhas atividades. (EE3)

A instituição trabalha sempre com número mínimo de funcionários e sempre com fluxo máximo de pacientes, o que torna o trabalho exaustivo não só para o enfermeiro como para a equipe. (EE2)

A preocupação com contenção de gastos pelas das instituições de saúde coloca em evidência o número de recursos humanos de enfermagem, uma vez que se trata da categoria profissional mais numerosa na organização. Porém, a redução deste contingente pode culminar em repercussões danosas (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005). Assim, muitas são as possibilidades de análise desta situação: fatores pessoais, de saúde do trabalhador, custos, qualidade da assistência, interpretações com eco na eticidade, entre outras.

A realidade é que o aumento de recursos humanos caminha a passos lentos nos ambientes emergenciais se comparados com a crescente especialização de saberes e gravidade dos casos atendidos, fazendo com que os profissionais de enfermagem deparem-se com elevadas cargas de trabalho, o que acarreta, entre outras coisas, a impossibilidade da expressão da subjetividade na atividade laboral (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Este fato denota diversas implicações que vão desde a questão qualitativa do cuidado até tópicos éticos. Precárias condições de trabalho tendem a gerar desmotivação e conseqüente falta de vínculo adequado com os serviços e com a clientela, desumanização da assistência à saúde, massificação e despersonalização nas relações com os pacientes (FORTES, 2006).

A partir das falas aqui exemplificadas, urge a necessidade dos enfermeiros instrumentalizarem-se e explicitarem as reais condições da assistência fazendo uso de métodos adequados de dimensionamento de pessoal. Assim, podem

compromissar os responsáveis pela aprovação do quadro proposto quanto aos riscos aos quais a clientela está exposta na ausência de recursos humanos suficientes para a prestação de uma assistência segura e de qualidade (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

Ainda na temática de recursos humanos, as falas dos sujeitos se remetem à falta de um processo seletivo específico para atuar no serviço de emergência, como evidenciado nestes trechos:

Noto muita falta de experiência de alguns funcionários e enfermeiros para atuarem em emergência, isso porque não há uma seleção adequada desses profissionais para atuarem nesse setor e acabam contratando pessoas que além de inexperientes, mostram-se sem perfil para esta realidade. (EE3)

A falta de recursos humanos devidamente selecionados para atuarem no PS se soma com a falta de investimento dos gestores na qualificação da equipe e aí o trabalho não tem a qualidade que gostaríamos. (EE6)

A grande maioria das abordagens dos processos seletivos das instituições de saúde enfoca exclusivamente as necessidades da empresa, sem considerar aspectos relacionados ao indivíduo. Para superar esta realidade, o ponto crucial é o estabelecimento de critérios que determinem o perfil de profissional desejado, com vistas à integração ao grupo de trabalho e ao alcance dos resultados esperados (PERES; LEITE; GONÇALVEZ, 2005).

A partir do momento que esta questão não é priorizada, pode haver um perfil destoante deste novo elemento no grupo já atuante em determinado ambiente de trabalho. Assim, noto pertinência nas colocações dos enfermeiros do PS ao considerarem um recrutamento sem alicerce nas competências requeridas pelo contexto emergencial como dificultador de seu processo gerencial.

Em contraponto, saliento que uma das competências gerais requeridas do enfermeiro é a educação permanente (BRASIL, 2001), embora esta tenha sido citada pelos sujeitos como facilitadora de outras competências e não uma delas propriamente dita. Então, tanto este profissional quanto a própria organização possuem responsabilidade no desenvolvimento das habilidades necessárias a esse novo elemento admitido para que ele possa agregar produtividade ao setor onde se insere.

Complemento discorrendo acerca do fato de que as DCNs (BRASIL, 2001) prezam por uma formação generalista do enfermeiro e que a atuação deste

profissional em cenários especializados, como é o caso do PS, requer a busca de novos conhecimentos por parte do profissional.

Por fim, faz mister considerar que:

[...] o processo seletivo não pode ser um fim, mas a porta de entrada dos recursos humanos, isto é, um meio para alimentar outros processos, como liderança, supervisão, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho, imprescindíveis na gestão de pessoal e nas propostas de mudanças, que integram as políticas de recursos humanos (PERES; LEITE; GONÇALVEZ, 2005, p.144)

Finalizo, a este ponto, a explanação dos achados da presente pesquisa bem como a discussão dos mesmos. Passo às considerações finais, como seção de conclusão desta dissertação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As competências gerenciais permeiam a prática profissional do enfermeiro nas mais diferentes vertentes de sua atuação, inclusive no PS, cenário deste estudo, cuja dinâmica de seu contexto tende a favorecer maior ênfase à dimensão técnica, em detrimento da gerencial.

A primeira categoria da análise, intitulada *Modalidades de atividade gerencial dos enfermeiros do PS*, vai ao encontro da perspectiva de uma prática profissional que preza o cuidado como foco dos processos gerenciais. Sua subdivisão em *Gerência voltada para atender às demandas institucionais* e *Gerência voltada para atender às demandas do cuidado de enfermagem* mostra que os sujeitos vivenciam os dilemas pontuados pela literatura entre a ênfase burocrática do trabalho exigida pela organização e o gerenciamento voltado à assistência de enfermagem.

A cisão entre gerenciar e cuidar, assim como o gerenciamento realizado apenas com a lógica e o controle mecânico das atividades, muitas vezes executadas por outros agentes, não encontra eco no perfil de enfermeiro exigido na atualidade. Desta forma, fazer o gerenciamento do cuidado implica tê-lo como pilar mestre das ações de enfermagem e fazer uso dos saberes administrativos e das novas tecnologias para realizá-lo. Para tal, faz-se necessário o envolvimento dos enfermeiros a fim de que haja mudanças no fazer gestão do cuidado com criatividade e autonomia, tendo como visão as premissas do pensamento complexo.

Sabe-se, porém, que as instituições de saúde nas quais o enfermeiro se insere estão distantes de alcançar a complexidade como paradigma do processo de trabalho desse profissional. Tal realidade dificulta a articulação da gerência ao cuidado e muitas vezes culmina no retrocesso ao cartesianismo e à escola clássica da Administração como fios condutores da prática deste profissional.

Evidencio, contudo, que ao pontuarem o cuidado como foco do gerenciamento, os pesquisados reforçam a perspectiva complexa do processo de trabalho do enfermeiro, não dissociam seus diferentes subprocessos e nem os consideram como estanques, o que coaduna com colocações dos diferentes autores explorados na presente dissertação e também com o pensamento complexo de Edgar Morin.

Além da necessidade de mudança paradigmática das instituições de saúde, para o enfermeiro desenvolver a assistência e os processos administrativos de forma complexa no seu cotidiano deve haver coerência entre a sua trajetória acadêmica, o mundo de trabalho e a atitude dos profissionais ao longo de sua carreira. Tal percepção é explorada pelos sujeitos e clarificada na segunda categoria de análise: *Contradições entre os aspectos gerenciais estabelecidos na formação do enfermeiro e as demandas do mundo do trabalho*.

Esta categoria trouxe como aspectos relevantes as *colocações das DCNs sobre o gerenciamento a ser realizado pelo enfermeiro e a compreensão sobre o que é ter competência gerencial na visão das IES e no mundo do trabalho*. A formação de indivíduos críticos, questionadores e reflexivos é necessária para a mudança da atual situação da enfermagem, vislumbrando multidimensionalizar para pensar, ou seja, tendo a complexidade como norteadora. Porém, não se pode afirmar peremptoriamente que essa discussão finaliza-se aqui, já que este trabalho limita-se a um setor da instituição e a temática que aborda as divergências entre ensino e mundo do trabalho é de vasta abrangência.

A terceira categoria discorre sobre as *Competências gerenciais requeridas do enfermeiro no PS*. Estas competências, emersas das falas dos sujeitos, listam-se como: liderança, tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe e administração do tempo. É possível perceber que as competências gerenciais possuem dialogicidade entre si e, embora neste texto as explicações tenham sido realizadas separadamente, elas são mobilizadas de maneira hologramática na atuação do enfermeiro. Além do processo observacional, há a possibilidade de se constatar tal fato em muitas das falas utilizadas para ilustrar as discussões, o que permite afirmar que o próprio entendimento dos enfermeiros estudados faz uma referência ao distanciamento de uma prática gerencial fragmentada.

Como última categoria, foram expostos os *Fatores facilitadores e dificultadores para o gerenciamento do enfermeiro no PS*. Saliento aqui a referência feita pelos enfermeiros acerca do distanciamento entre os níveis hierárquicos da enfermagem na instituição como dificultador. Segundo suas falas, a gerência de enfermagem sustenta uma postura que a aproxima do desconhecimento a realidade cotidiana do PS e mostra-se resistente às mudanças por eles propostas.

Todo processo de mudança envolve a saída dos sujeitos de sua zona de conforto em busca do novo. Para que mudanças ocorram na forma de ver, fazer e

pensar enfermagem é necessária uma atuação sócio-política do enfermeiro, adotando uma postura crítica, com bases no pensamento complexo sobre o contexto da prática.

Penso que a educação permanente pode ser uma outra estratégia de atingir a competência sócio-política pela oportunidade de se reunir com os pares e discutir sua prática ainda que mascarada sob a égide da técnica. Porém, esta não foi apontada como competência gerencial requerida do enfermeiro no PS, embora este cenário seja um dos que mais exige atualizações dos seus trabalhadores. No entanto, ela surgiu como facilitadora para a mobilização de tais competências, fato este que mostra a preocupação do enfermeiro com sua atualização, ainda que em algumas falas ele atribua esta responsabilidade apenas à instituição.

Outra questão explorada em diversas ocasiões da análise dos dados foi a ênfase dada ao fluxo inadequado dos pacientes que aportam ao serviço como obstáculo ao processo de trabalho do enfermeiro. Isto me permite concluir que urge a necessidade de adequação do gerenciamento de leitos na instituição para que a equipe de enfermagem possa dedicar-se aos cuidados emergenciais sem ter que se distanciar destes para assistir os internados ao aguardo de vaga em outros setores.

Os resultados desta pesquisa propiciam uma série de reflexões sobre a prática do enfermeiro de emergência e fornecem subsídios, ainda que embrionários, para desafios a este profissional. O princípio destes desafios ancora-se na articulação das diversas competências gerenciais em um cenário que valoriza sobremaneira o aspecto técnico como elemento fundamental para uma prática produtivista.

Este estudo teve seu objetivo de analisar o trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros no PS alcançado por meio da metodologia adotada. O emprego da observação sistemática não-participante conjugada às entrevistas semi-estruturadas, bem como o tratamento das informações obtidas com uso da Análise de Conteúdo permitiram, também, alcançar os objetivos específicos propostos.

Considero que este processo de investigação e reflexão contribuiu para minha qualificação profissional e aguçou meu interesse pela pesquisa, ainda que represente a ponta de um *iceberg* a ser descoberto. Vislumbro que os resultados possam instigar nos colegas deste serviço o empoderamento e a inspiração necessária para uma transformação de sua prática.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, número especial, parte 1, p.190-196, 2000.

AGUIAR, A. B. et al. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 319-327, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_09.htm>. Acesso em: 10 ago. 2009.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 617-629, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>. Acesso em: 10 ago. 2009.

ALVES, L. A. A. R. O perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária em saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p. 111-122.

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, jul./set. 2005.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, mai./jun. 2005.

ANGELONI, M. T. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v32n1/15969.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2008.

AQUINO, C. A. B.; MARTINS, J. C. O. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 479-500, set. 2007.

AQUINO, C. P.; CAREGNATO, R. C. A percepção das enfermeiras sobre a humanização na assistência perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 16-21, abr./jun. 2005.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 117-122, 2006.

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

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BELLATO, R.; PEREIRA, W. R. As potencialidades da enfermeira na gestão do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 61-66, 2003.

BERNARDES, A.; NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. O trabalho administrativo do enfermeiro sob a ótica dos administradores hospitalares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 63-72, abr. 2002.

BITTAR, D. B., PEREIRA L. V., LEMOS R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de um instrumento para coleta de dados. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 617-28, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 14. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p.21.082.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 256 p. – 3. ed. ampl. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de Conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 259-264, mar./abr. 2009.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Pensamento-Cutrix, 1982.

CARMONA, L. M. P., ÉVORA, Y. D. M. Grau de dependência do paciente em relação à enfermagem: análise de prontuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 468-473, jul./ago. 2003.

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 17-27.

CHAVES, S. L. V. **Definição de urgência e emergência**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.widukind.net/urgenciaemergencia.htm>. Acesso em 4 jul 2008.

CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. S. S. O estilo de liderança de enfermeiros: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 355-364, dez. 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 401-407, jul./ago. 2004.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 37-53.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 311/07, de 8 fevereiro de 2007. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 fev. 2007.

CORNIANI, F.; GALVÃO, C. M.; SAWADA, O. N. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital governamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 347-353, dez. 2000.

COSTA, A. R.; SHIMIZU, E. H. Atividade desenvolvida pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, set./out. 2005.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 530-536, out./dez. 2008.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9), p.40-58.

DEMO, P. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez, 1990.

_____. **Educar pela pesquisa**. 7. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar**: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 236f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. especial, p. 580-8, 2005.

ERDMANN, A. L. Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem fundamental**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 143-155.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FALCÓN, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 343-351, abr./jun. 2006.

FELLI, V. E. A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. 125f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

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

FELIPPE JUNIOR, J. **Pronto Socorro**: Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90**: réplica de um estudo. 2000. 134f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. Especial, p. 91-97, 2000.

FERREIRA, H. B. A. **Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Cuidando em emergência**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

FINCKE, M. K. Enfermagem de emergência: a viga mestra do departamento de emergência. In: WARNER, C. G. **Enfermagem em emergências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. p. 32-34.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial, p. 181-196, 2001.

FLICK, U. W. E. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTES, M. C. F.; UTYAMA, I. K. A.; RODRIGUES, I. G. Comunicação no currículo do curso de graduação de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: **Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. Ribeirão Preto, maio 2002.

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

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; MERIGHI, M. A. B. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 76-81, 2006.

FONSECA, M. G. et al. Razões que levam o enfermeiro a delegar atividades que lhe são privativas. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p. 12-18, jan./fev. 2003.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais. São Paulo: EPU, 2006.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan./fev. 2005.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 125-137.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. Assistir/cuidar na enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 1998.

GRECO, R. M. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 504-507, 2004.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abr. 2004.

GUTIERREZ, G. L. **Gestão comunicativa**: maximizando criatividade e racionalidade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores**: a teoria e as técnicas para a liderança situacional. 8. ed. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 2002.

HIGA, E. F. R.; TREVISAN, M. A. Os etilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 59-64, 2005.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-75, 2006.

JAVIER, F. R. M. **Guia Prático de enfermagem**: emergências. Rio de Janeiro: Editora MC Graw Hill Interamericana do Brasil, 2002.

JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 569-577, set. 2008.

JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia: conceitos e correlações com a prática do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 2, n. 3, p. 257-261, 2008.
Disponível em:
<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/350/346>.
Acesso em: 03 out. 2009.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, 2003.

KLETEMBERG, D. F.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. Entre as teorias e a prática de cuidar: que caminho trilhar? **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 94-99, jan./jun. 2004.

KHUN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

KUENZER, A. Z. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-18, mai./ago. 2002.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 26-36.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, A. C. Competencies for educational activities in nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 177-183, 2008.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, L. A. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgências e emergências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, jul./set. 2006.

LOURENÇO, R. M.; SHINYASHIKI, T. G.; TREVIZAN, A. M. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, jul./ago. 2005.

LUNARDI FILHO, D. W.; LUNARDI, L. V.; SPRICIGO, J. O trabalho do enfermeiro e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, mar. 2001.

MARCON, P. M.; LACERDA, M. R.; MEIER, M. J. Uma reflexão sobre processo decisório no gerenciamento dos serviços de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 82-88, jul./dez. 2004.

MARCONI, A. M.; LAKATOS, M. E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARGARIDO, E. S.; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 427-433, 2006.

MARPEAU, J. **O processo educativo: a construção da pessoa como sujeito responsável pelos seus atos**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MARQUES, M. C.; MELO, M. R. A. C. O grid gerencial: uma análise descritiva na área da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 275-278, ago. 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MARQUIS, B. L.; HOUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARTIN, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, jul./set. 2006.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 11. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1987.

MASSARO, M.; CHAVES, L. D. P. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 150-158, 2009.

MASSAROLLO, M. C. K. B. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 23-39.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 14-25.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MAZON, L.; TREVISAN, M. A. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 83-87, 2001.

MAZUR, C. S.; LABRONICI, L.; WOLFF, L. D. G. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 371-376, jul./set. 2007.

MEDEIROS, R. M.; STÉDILE, N. L. R.; CLAUS, S. M. **Construção de competências em enfermagem**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

MELLO, M. C.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 87-90, 2007.

MENDES, I. A. C. et al. O referencial da educação popular na ação gerencial e de liderança do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 303-306, abr./jun. 2007.

MENEZES, B. M. J. et al. A enfermeira no contexto das práticas de gestão: desafios e perspectivas em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, n. 7, nov. 2005. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/477/485>. Acesso em: 10 out. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul./set. 1993.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida M. C. P.; Rocha, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 251-96.

MONTEZELI, J. H.; LOPES, A. A. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 239-244, set./dez. 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução: Eloá Jacobina. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007b.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 10. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.

NASCIMENTO, C. D. et al. O agir do enfermeiro no exercício da liderança em enfermagem: dificuldades da prática. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 2, n. 4, p. 374-377, 2008. Disponível em:
<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/165/204>
Acesso em: 17 ago. 2009.

NÓBREGA, B. F. M. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 2006. 161f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M. A. N. A humanização no gerenciamento de novas tecnologias por enfermeiras de centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 8-12, out./dez. 2005.

PEDUZZI, M. Trabalho multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PERES, A. M. **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho. 2006. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; WOLFF, L. D. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e do mercado de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 453-472, nov. 2007/fev. 2008.

PERES, M. H. C.; LEITE, M. M. J; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 138-156.

PERRENOUD, P. A. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. A Formação dos professores no século XXI. In: PERRENOUD, P. A. (Org.). **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 11-33.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; TREVISAN, M. A. Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 449-457, jul./set. 2006.

RASKIN, S. F. **Teoria das Organizações**. Disponível em: <<http://www.pr.gov.br/batebyte/edicoes/2002/bb122/teoria.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

RIBEIRA, M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 109-115, abr. 2006.

RICHARDSON, R.J et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, A. M. **A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades**. 2003. 198f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RODRIGUES, A. J. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática de cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do Enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 321-329, abr./jun. 2009.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2003.

SABBADINI, S. F.; GONÇALVES, A. A. **A Unidade de Emergência no Contexto do Ambiente Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.saocamilo-rj.br/reah/artigosabbadini.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2008.

SALEH, C. M. R. **Construção da ficha de registro do atendimento inicial aos pacientes na sala de emergência de um hospital de porte extra**. 2003. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mai./abr. 2007.

SANT'ANNA, S. R.; ENNES, L. D. **Ética na Enfermagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

SANTOS, G. F. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 66-71, jan./fev. 2004.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 734-742, out./dez. 2008.

SANTOS, K. M. B.; SILVA, M. J. P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 97-108, 2003.

SCHIRMER, J. Ética profissional. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP : Manole, 2006.

SCHIRR, F. **Ser educador em enfermagem: limites e possibilidades na atuação profissional**. 2006. 156f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2006.

SHINYASHIKI, G. T.; TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 499-506, jul./ago. 2003.

SILVA, M. J. P. "Ela volta todo dia. O que ela quer": comunicação na atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S; MIRANDA, S. M. R. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Manole, 2006.

SILVA, L.C. et al. Pensamento Complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 613-619, out./dez. 2006.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, jan. 2002.

SVALDI, J. S. D.; LUNARDI FILHO, W. D. Métodos, ferramentas e técnicas da gestão da qualidade total: aplicação na organização do trabalho da enfermagem em um serviço de pronto atendimento. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 510-518, out./dez. 2003.

TAKAHASHI, R. T. Sistema de informação em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 3-13.

TAUBE, S.A.M. **O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização**: uma perspectiva tecnológica aos instrumentos. 2006. 220f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

TERRA, M. G. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p.164-169, 2006.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TREVIZAN, M. A. et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 77-82, dez. 1998.

TREVIZAN, M. A. et al. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica; problemas e desafios em busca de competência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, mai./jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a22.pdf. Acesso em: 10 ago. 2009.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem Hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan. 2002.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gestores e gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. 2005. 246f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90, mar./abr. 2001.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 15, p. 33-38, jan./fev. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, portador (a) do RG: _____, estou sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **O TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO EM PRONTO-SOCORRO: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DAS COMPETÊNCIAS.**

Os objetivos desta pesquisa são: analisar o trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros de um pronto-socorro (PS); caracterizar as atividades gerenciais do enfermeiro em um PS; reconhecer como os enfermeiros de um PS descrevem sua atuação gerencial; identificar as competências necessárias ao enfermeiro para o desenvolvimento das atividades gerenciais em um PS.

Estou esclarecido (a) quanto à necessidade deste estudo, pois é através de pesquisas que ocorrem avanços na área de assistência à saúde, sendo de fundamental importância a minha contribuição.

Este estudo não trará nenhum tipo de desconforto ou risco. Os benefícios esperados são: o conhecimento do perfil e o grau de complexidade da clientela da UTI- Adulto e exposição a efeitos adversos relacionados a qualidade do cuidado constituir-se-ão subsídios para o planejamento da assistência, principalmente em relação aos recursos humanos necessários em termos quanti e qualitativos e melhorias que devem ser implementadas para o cuidado de enfermagem com qualidade.

Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Tenho conhecimento de que não terei gastos decorrente de minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá ônus e bônus para os sujeitos participantes.

Fui informado de que as pesquisadoras Juliana Helena Montezeli e Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres poderão ser contatados pelos e-mails: jhmontezeli@hotmail.com ou aidamaris.peres@gmail.com ou pelo telefone (41) 9946-4889, em qualquer horário, as mesmas poderão esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa. Estando garantidas as informações que eu queira, antes, durante e depois do estudo.

Estou esclarecido quanto ao compromisso do pesquisador de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a **confidencialidade** mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Juliana Helena Montezeli
Pesquisadora

___/___/___

Prof^a. Dr^a Aida Maris Peres
Orientadora

___/___/___

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Descrição do Inventário das atividades e suas freqüências desenvolvidas pelos enfermeiros no período de observação no pronto-socorro.

Data: _____ Turno de Trabalho: _____

| Atividades gerenciais relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem | Atividades gerenciais não relacionadas ao processo de trabalho de enfermagem | Atividades assistenciais privativas do enfermeiro | Atividades gerais da enfermagem | Outras atividades |
|--|--|---|---------------------------------|-------------------|
| | | | | |

Listar outras considerações ou atividades que realizam e que não se encontram referidas no guia complementar de observação do processo de trabalho dos enfermeiros no pronto-socorro.

APÊNDICE 3

GUIA COMPLEMENTAR DE OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO PRONTO-SOCORRO.

INVENTÁRIO DE ATIVIDADES

- Atender demanda reprimida
- Resolver problemas de abastecimento e/ou reposição de material
- Resolver problemas de funcionários
- Elaborar e enviar relatórios
- Prestar assistência de enfermagem (procedimentos específicos do enfermeiro, procedimentos que podem ser realizados pelo restante da equipe)
- Providenciar medicamentos
- Preencher fichas de Vigilância (Epidemiológica, Notificação Obrigatória)
- Preparar material para exames específicos
- Organizar salas de atendimento
- Encaminhar pacientes para exames
- Encaminhar pacientes para outras unidades de atendimento
- Supervisionar a equipe de enfermagem
- Fazer a escala da equipe de enfermagem
- Reunir os profissionais da equipe de enfermagem, equipe multidisciplinar
- Fazer coleta de exames
- Atender às famílias
- Conferir as frequências dos funcionários
- Participar de eventos de saúde como: conferências, seminários e outros
- Realizar consultas de enfermagem
- Planejar, coordenar e supervisionar a unidade em geral.
- Planejar, coordenar e supervisionar serviços de enfermagem.
- Planejar, implantar e/ou participar de planos institucionais. Ex: Acreditação.
- Identificar, analisar, propor soluções para problemas de enfermagem
- Elaborar e implantar normas/rotinas e técnicas de enfermagem
- Elaborar e implantar normas/rotinas administrativas
- Supervisionar e controlar pessoal de saúde de enfermagem
- Planejar, solicitar e distribuir recursos humanos
- Realizar avaliação de desempenho do pessoal de saúde
- Realizar avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem
- Distribuir tarefas
- Elaborar escalas
- Prever material permanente
- Realizar treinamentos de funcionários
- Supervisionar a limpeza
- Providenciar reparo e manutenção de aparelhos e equipamentos
- Anotar os procedimentos realizados na ficha do paciente
- Organizar os prontuários
- Referenciar por escrito ou verbal para outros serviços
- Realizar reunião com a equipe
- Substituir outros gerentes ou enfermeiros em licença, férias ou falta

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Iniciais do nome: _____ idade: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de atuação no Pronto-Socorro: _____

Atuação em Pronto-Socorro de outra instituição:

() Sim () Não

ROTEIRO DE PERGUNTAS

1. O que você entende por atividade gerencial na atuação do enfermeiro?
2. Quais as atividades gerenciais que você desenvolve no seu processo de trabalho cotidiano?
3. Considerando que competência é entendida por: “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (FLEURY; FLEURY, 2001, p.188), quais as competências gerenciais você considera necessárias para desenvolver as atividades elencadas na questão 2?
4. Considerando as competências gerenciais requeridas para desenvolver as atividades mencionadas, quais as **dificuldades** que você encontra para desenvolvê-las?
5. Considerando as competências gerenciais requeridas para desenvolver as atividades mencionadas, quais as **facilidades** que você encontra para desenvolvê-las?

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba*

Rua Padre Anchieta, 2770

80730-000 Curitiba - PR

Fone: 41 3240-5570

Fax: 41 3240-5584

Curitiba, 27 de novembro de 2008.

Juliana Helena Montezeli

Prezada Colega,

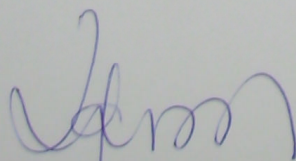
Comunicamos a V. Sa. que, em reunião ordinária do dia 25 de novembro de 2008, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado "**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO EM PRONTO-SOCORRO**". Protocolado neste Comitê sob número **7799/08** em 07 de novembro de 2008.

Prevê a legislação que toda a documentação do projeto poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatórios previstos para: **20/05/2009**

Atenciosamente,



Carmen A. Paredes Marcondes Ribas

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

Anexo 2: Organograma da instituição em que se desenvolveu o estudo

