

**MARILUCI HAUTSCH WILLIG**

**CUIDAR/GERENCIAR: POSSIBILIDADES DE CONVERGÊNCIA  
NO DISCURSO COLETIVO DAS ENFERMEIRAS**

**Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau Mestre ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Área de  
Concentração: Prática Profissional de  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Paraná.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt**

**CURITIBA**

**2004**

Willig, Mariluci Hautsch

Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. Mariluci Hautsch Willig, Curitiba: 2004.

121 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt

Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem - Gerenciamento. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Enfermagem - Prática. I. Título.

NLM LUY 100


## TERMO DE APROVAÇÃO

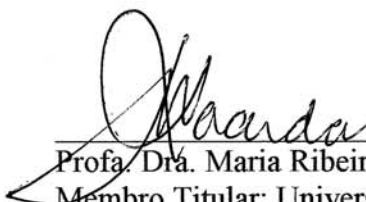
MARILUCI HAUTSCH WILLIG

### CUIDAR/GERENCIAR: POSSIBILIDADES DE CONVERGÊNCIA NO DISCURSO COLETIVO DAS ENFERMEIRAS

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

Orientadora:   
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Helena Lenardt  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Mercedes Trentini  
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 14 de dezembro de 2004

*À memória de meu pai, **Johann**, meu exemplo  
maior de amorosidade e perseverança.*

*Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram, nem jamais  
penetrou em coração humano o que Deus tem  
preparado para aqueles que o amam.*

*(I Cor. 2:9)*

## AGRADECIMENTOS

Às *Enfermeiras das Clínicas de Hemodiálise*, pelo acolhimento e pela disponibilidade em participar deste estudo sem restrições; a todas, o meu reconhecimento.

À *Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt*, por ter aceitado o árduo desafio de me orientar nesta caminhada, compreendendo minhas limitações, mas ao mesmo tempo, apontando trilhas alternativas; seu incentivo, sabedoria e disponibilidade, sempre presentes, foram fundamentais na construção deste trabalho.

À *Dr.<sup>a</sup> Mercedes Trentini*, pelo conhecimento compartilhado e pelas valiosas contribuições realizadas no transcorrer da qualificação do projeto.

À *Prof.<sup>a</sup> Lilian Daisy Gonçalves Wolff*, pelas sugestões e aportes na organização das entrevistas, e na configuração final deste estudo.

Às *colegas do Mestrado*, especialmente *Carolina, Margareth e Maria Rita*, pelo companheirismo e solidariedade nos momentos de alegria e angústia.

À enfermeira *Daisy Pasqual*, pela amizade e desprendimento, facilitando o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao *Odmir*, meu companheiro e incentivador de todos os momentos.

Aos meus filhos, *Thiago, Filipe, Saulo e Débora*, pela paciência e auxílio na formatação do trabalho.

À minha mãe, *Thereza*, sempre presente, se preocupando com o meu bem-estar.

Ao *Gabriel*, meu pequeno raio de sol.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	vii
<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	5
2.1 OBJETIVO GERAL .....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	6
3.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	6
3.2 GERENCIAMENTO, EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS.....	11
3.2.1 As Teorias Administrativas.....	12
3.2.1.1 A Teoria Científica .....	13
3.2.1.2 A Teoria Administrativa .....	14
3.2.1.3 A Teoria Burocrática.....	15
3.2.1.4 A Teoria das Relações Humanas .....	16
3.2.1.5 A Teoria Comportamental .....	16
3.2.1.6 A Teoria dos Sistemas .....	17
3.2.1.7 A Teoria Contingencial.....	18
3.2.2 Tendências Gerenciais Contemporâneas.....	19
3.2.3 O Significado da Gerência e seu Aprendizado.....	21
3.3 O GERENCIAMENTO E ENFERMAGEM.....	24
3.3.1 As Funções Gerenciais .....	30
3.3.2 Os Instrumentos Gerenciais .....	32
3.4 O GERENCIAMENTO E O CUIDADO.....	37
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	43
4.1 A PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL.....	43
4.2 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE .....	46
4.3 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO .....	48

<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	51
5.1	O TIPO DE ESTUDO.....	51
5.2	O CENÁRIO DO ESTUDO .....	51
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	52
5.4	A ABORDAGEM DO CAMPO E DOS PARTICIPANTES.....	52
5.5	A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS .....	53
5.5.1	A Observação Participante.....	53
5.5.2	As Entrevistas.....	53
5.5.3	A Oficina de Prática Educativa.....	54
5.6	A ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5.7	A APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	57
5.8	O DESENHO DA TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	58
5.9	O RIGOR DA PESQUISA E OS ASPECTOS ÉTICOS.....	59
<b>6</b>	<b>OS RESULTADOS DA PESQUISA</b> .....	61
6.1	A DESCRIÇÃO DO CENÁRIO.....	61
6.1.1	A Estrutura Física.....	62
6.2	PERFIL DAS ENFERMEIRAS ATUANTES EM UMA REDE DE HEMODIÁLISE EM CURITIBA .....	65
6.2.1	Participantes do Estudo quanto ao Sexo .....	65
6.2.2	Participantes do Estudo quanto à Idade.....	66
6.2.3	Participantes do Estudo quanto à Qualificação Profissional.....	66
6.2.4	Participantes do Estudo quanto ao Tempo de Atuação em Hemodiálise.....	67
6.3	ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO I.....	67
6.4	ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO II.....	89
6.5	SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	100
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
	<b>ANEXO - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR</b> .....	118
	<b>APÊNDICE - ROTEIRO PARA ENTREVISTA</b> .....	120

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1	TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO I.....	57
2	DESENHO DA TRAJETÓRIA DO ESTUDO .....	58
3	A REPRESENTAÇÃO DA CONVERGÊNCIA DO CUIDAR/GERENCIAR .....	108



## RESUMO

WILLIG, Mariluci Hautsch. **Cuidar/gerenciar**: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. Curitiba, 2004. 121 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, que teve como objetivo discutir e refletir com os profissionais de Enfermagem o gerenciamento do cuidado nas Unidades de Hemodiálise da capital, Curitiba-Pr. O estudo foi ancorado na metodologia da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim (1999, 2004), que tem como característica principal a articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial, princípio este que norteou todo o desenvolvimento deste trabalho. A trajetória metodológica desenvolvida no estudo propiciou o levantamento das informações necessárias para a composição da pesquisa, por meio da observação participante (descrição do cenário pesquisado), das entrevistas individuais (levantamento de dados sobre o perfil das enfermeiras e suas percepções a respeito do gerenciamento do cuidar); e da oficina de prática educativa (discussão coletiva). Para a ordenação e análise dos discursos utilizou-se a proposição metodológica de Lefèvre e Lefèvre (2003), denominada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em reunir os discursos professados pelos participantes da pesquisa, sinalizando a presença de um sujeito individual, mas expressando uma referência coletiva, na medida que o individual fala em nome de uma coletividade. Os discursos coletivos, coletados nas entrevistas, abordaram **o conceito** de gerenciamento do cuidar, **as estratégias** utilizadas, bem como **as dificuldades** encontradas pelas enfermeiras no gerenciamento do processo de cuidar. Na oficina de prática educativa os discursos foram construídos a partir de três temáticas centrais: **a realidade** do processo de gerenciamento nas clínicas de hemodiálise, **o idealizado** pelas enfermeiras como prática gerencial do cuidar, e o terceiro momento, o diagnóstico do **possível**, abordando possibilidades e sugestões levantadas pelas enfermeiras para fomentar a convergência do cuidar/gerenciar no processo de cuidar na Rede de Hemodiálise. Os resultados da pesquisa apontaram a existência de conflito entre gerenciar o cuidado e prestar cuidado direto ao paciente, resultante, segundo a visão das enfermeiras, do excesso de atividades administrativas burocráticas desenvolvidas por estas, do número inadequado do pessoal de enfermagem e da ausência de um planejamento efetivo. Para buscar minimizar a dicotomia existente entre o cuidar e o gerenciar, as enfermeiras sugeriram a formação de um grupo permanente de discussão, reflexão e planejamento.

**Palavras-chave:** Enfermagem - Gerenciamento; Cuidados de enfermagem; Enfermagem - Prática.

## ABSTRACT

WILLIG, Mariluci Hautsch. **Caring/managing**: possibilities of convergence in nurses' group account. Curitiba, 2004. 121 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Federal University of Paraná.

It is a study, qualitative in nature, which objectified to discuss and think over care management in hemodialysis units in Curitiba/Paraná State with nursing professionals. The study was grounded by the methodology of Convergent Practical Research (PCA in Portuguese) proposed by Trentini and Paim (1999, 2004), whose main feature is to purposefully articulate research and practice. Thus, such a principle guided all the development of this study. Methodological trajectory carried out in the study, enabled to collect the necessary information to undertake the research by means of participant observation (description of the research settings), individual interviews (data survey on nurses' profile and their perceptions on caring management); and the workshop of educational practice (group discussion). Lefèvre and Lefèvre's methodological proposition (2003) was used to organize and analyze the accounts, called Collective Subject's Speech (DSC in Portuguese), which consists of an individual expressing a group reference since he/she speaks for a group. Group accounts, collected in the interviews, approached the **concept** of caring management, the used **strategies** and the **difficulties** faced by nurses in managing the caring process. In the workshop of educational practice, accounts were built up on three central themes: the **reality** of the management process in hemodialysis units, the **idealized** by nurses as management practice of caring, and the third theme was to diagnose the **feasibilities**, addressing the possibilities and suggestions put forth by nurses in order to foster the convergence of caring/managing in the caring process at the Hemodialysis Network. Research results, pointed out the existence of a conflict between care management and care delivery, brought about, in the light of nurses' view, by the excess of bureaucratic-administrative tasks performed by them, caretakers' shortage and lack of an effective planning. Nurses suggested to set up a permanent group of discussion, reflection and planning in order to minimize such an existent dichotomy between caring and managing.

**Key Words:** Nursing - Management; Nursing care; Practical - Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

O tema desenvolvido neste trabalho que envolve o gerenciamento do cuidar e suas controvérsias vem suscitando meu interesse desde o término do curso de graduação, quando me inseri no campo de trabalho da enfermagem com o propósito de atuar na assistência ao paciente. Decorridos alguns meses no desempenho de atividades assistenciais, fui designada para desempenhar a função de enfermeira administrativa como chefe de enfermagem de uma unidade assistencial em um hospital de ensino.

A formação profissional da enfermeira lhe impõe como foco principal o cuidado, por outro lado, o contexto de trabalho a direciona para as questões do administrar burocrático, ou seja, a realização de atividades que ao ver de Trevisan (1987) são pautadas em normas e rotinas preestabelecidas pela organização e que denotam racionalidade, eficiência e impessoalidade. Existe um descompasso entre o processo de formação e a prática da enfermeira, o que resulta em tensões, desmotivação e conflitos.

O papel que a escola exerce na formação do enfermeiro, segundo Lunardi Filho e Lunardi (1996, p.30) é:

A reprodução predominante da imagem do enfermeiro como um profissional prestador de cuidados de qualidade, ensinando a valorizar e a executar, em bases científicas, o cuidado individualizado ao paciente, (...) porém na prática cotidiana, sua função, tem sido basicamente a gerência dos serviços e o controle do material e do pessoal, com afastamento do cliente, em atenção às expectativas do hospital, e dos demais profissionais que, nele exercem suas atividades.

Ademais, o discurso das enfermeiras, entre o que elas realizam como processo de trabalho e o que gostariam de fazer, mostra-se contraditório no dia-a-dia, pois ao mesmo tempo que a enfermeira almeja atuar na assistência direta, amplia o leque de suas ações, procurando atuar em todas as frentes, resolver e responder por todos os conflitos e problemas, assumindo, além das atividades administrativas impostas pela instituição, as funções de outros profissionais, o que resulta no distanciamento de sua própria função de gerenciar o cuidado.

Trevisan (1987, p.208) afirma que: "se a enfermeira exerce, por força das circunstâncias, funções administrativas burocráticas é preciso que nesse exercício ela empregue sua competência para a sua realização própria e profissional, ocupando assim o seu espaço, do qual ela tende a se deslocar ao envolver-se com as disfunções da burocracia".

A minha prática profissional é desenvolvida em uma instituição hospitalar de estrutura organizacional burocrática. Por sua vez, os serviços de enfermagem são organizados, seguindo o mesmo modelo de organização nas suas estruturas e dinâmicas. Neste contexto, a função de enfermeira administrativa é o gerenciamento de recursos humanos, ambientais e materiais, além de estabelecimento da articulação com a equipe multiprofissional e serviços de apoio. A enfermeira desempenha o papel de fiscalizadora e mantenedora da ordem e das normas estabelecidas pela instituição, denotando assim, subserviência ao sistema instituído. Essa subserviência dos trabalhadores, no modelo de administração burocrática, é um dos princípios a serem seguidos e não constitui uma prerrogativa da enfermagem.

Concomitantemente, atuei como professora substituta do Departamento de Enfermagem no Curso de Graduação em Enfermagem, nas disciplinas de Planejamento e Administração em Saúde e Administração da Assistência em Saúde, acompanhando e supervisionando os alunos nas aulas práticas desenvolvidas em um contexto de um hospital de ensino. Pude perceber que as funções administrativas das enfermeiras responsáveis pelas unidades assistenciais não se diferenciavam das por mim exercidas neste hospital, ou seja, ações essencialmente de cunho burocrático, sendo que o gerenciamento do cuidado não é visto como função primordial das enfermeiras.

Ferraz apud Bernardes et al. (2003) ao refletir acerca do trabalho cotidiano desenvolvido pelas enfermeiras, afirma que o mundo da enfermeira não está ao redor do paciente, não está ao redor do cuidar, mas está ao redor da instituição burocrática que, por intermédio da sua função burocrática contribui para manter este processo em que o paciente não tem sido o centro das ações organizacionais.

Para Lima (1998, p.19) "a fragmentação entre o cuidar e o administrar na enfermagem, tem sido colocada como algo insuperável, por serem processos excludentes, ou seja, a prática administrativa em oposição ao exercício da assistência e do cuidado direto ao paciente, vistas ambas como inconciliáveis e não como partes do mesmo processo de produzir e gerir o cuidado em saúde".

Ferraz (1998, p.165) reconhece que "historicamente os processos de cuidar e de administrar são campos específicos do saber, mas que a justaposição desses saberes não consegue mais produzir práticas que respondam efetivamente à missão da enfermagem como profissão".

As enfermeiras, ao pautarem o gerenciamento das unidades no cumprimento rígido de normas e rotinas, tendem a deixar escapar as múltiplas possibilidades de entrelaçamento do cuidar e do gerenciar.

Lima (1998, p.15) afirma que "os processos pedagógicos na formação e conseqüentemente, nas práticas profissionais, muitas vezes são postos como obstáculos para (re)fazer tanto a formação quanto as práticas profissionais e institucionais"

O distanciamento entre o gerenciar e o cuidar, vivenciado no meu cotidiano de trabalho, como enfermeira suscitou-me inquietações pessoais e profissionais, impondo-me repensar a prática administrativa com foco no cuidado do paciente, na procura de resgatar o papel da enfermeira como gerente do cuidado.

Concordo com Lunardi Filho e Lunardi (1996, p.30) quando afirmam que "o reconhecimento da administração da assistência como papel fundamental da existência profissional, tendo como objeto de trabalho o homem e o ambiente, justifica-se porque se constitui não num fim determinado pela administração superior, mas porque se constitui em meio e instrumento para alcançar a adequada assistência desejada para o cliente".

Durante o curso de Mestrado, percebi a necessidade e as possibilidades de focar o trabalho de dissertação num projeto desenvolvido junto às enfermeiras administrativas que, no seu cotidiano, são responsáveis pelo gerenciamento de clínicas ou serviços, a fim de conhecer suas experiências nesse gerenciamento. Por outro lado,

as disciplinas cursadas no Mestrado, dentre estas especialmente a que tratava do **Cuidado, suas formas, instrumentos e gerenciamento** e a de **Vivências da prática profissional docente** contribuíram sobremaneira para ampliação e compreensão de conhecimentos inerentes ao tema.

Após a delimitação do problema de pesquisa, me detive a percorrer outros cenários, para definir o local da realização da pesquisa, uma vez que, no contexto hospitalar em que atuo, tudo já é muito conhecido. Optei por realizar o estudo junto às enfermeiras de uma rede de hemodiálise.

Meu propósito, ao escolher a pesquisa convergente-assistencial como referencial metodológico para a construção deste estudo, foi o de utilizar uma metodologia que proporcionasse, além do levantamento e análise de dados concernentes ao tema pesquisado – o gerenciamento do cuidado, a possibilidade de discutir e refletir a respeito dos resultados com os participantes da pesquisa, alternativa esta, que é um dos critérios norteadores da pesquisa convergente-assistencial: tentar provocar transformações na prática assistencial. A pesquisa convergente-assistencial é vista como pesquisa de campo, e nesta ótica contempla a inserção do pesquisador na prática assistencial (TRENTINI e PAIM, 1999).

Do exposto anteriormente, tenho a seguinte questão norteadora:

**Quais são as experiências das enfermeiras referentes ao processo de gerenciar o cuidado nas Unidades de Hemodiálise?**

## 2 OBJETIVOS

Apresento, a seguir, os objetivos que procurei perseguir durante o desenvolvimento deste estudo:

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Discutir e refletir com os profissionais de Enfermagem sobre o gerenciamento do processo de cuidar nas Unidades de Hemodiálise.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o perfil das enfermeiras atuantes em Unidades de Hemodiálise.

Desvelar a experiência no gerenciamento do processo de cuidar de pacientes renais crônicos em Hemodiálise no discurso coletivo das enfermeiras.

Identificar as possibilidades de convergência entre o gerenciar e o cuidar na experiência das enfermeiras.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica, abordada a seguir, envolve levantamentos de literatura, organizados nos seguintes temas: a doença renal crônica, gerenciamento, evolução e tendências; o gerenciamento e a enfermagem, o gerenciamento e o cuidado como sustentação do processo cuidar/gerenciar.

#### 3.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA

As pessoas acometidas de doenças crônicas sofrem modificações no modo de vida ao qual estavam acostumadas, portanto, precisam se adaptar à situação de estar doente, e que na maioria das vezes causa dependências, entre elas o tratamento constante. Este tratamento pode ocorrer no domicílio, nas clínicas e até mesmo ser necessária a recorrência de internações.

Apesar das novas descobertas científicas e tecnológicas que permitem seu diagnóstico precoce, as doenças crônicas tendem a continuar aumentando de maneira significativa, causando alterações orgânicas, emocionais e sociais. Estas transformações que se desdobram em limitações são descritas por diferentes autores, quando conceituam a doença crônica.

Trentini e Silva (1992, p.77) enfocam a doença crônica como uma condição crônica de saúde e a conceituam como sendo:

Uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos e de grupos. Este impacto determina um novo rumo ao processo de viver e ser saudável de acordo com o significado atribuído aos estressores, com a orientação de vida, com as forças e necessidades e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos envolvidos.

No entender de Lessa (1998, p.76), as doenças crônicas podem ser definidas de acordo com as seguintes características: "história natural prolongada; multiplicidade de fatores de riscos complexos; interação de fatores etiológicos e biológicos, conhecidos e desconhecidos; longo período de latência e longo curso assintomático; curso clínico em



geral prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte".

A National Commission on Chronic Illness apud Trentini e Silva (1992, p.76), quando se refere a uma condição crônica define como: "todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem treinamento especial do paciente para sua reabilitação e talvez requeiram um longo período de supervisão, observação e cuidado".

Os conceitos apresentados, envolvendo as doenças crônicas, enfatizam uma soma de obstáculos que interferem no modo de ser das pessoas. O diagnóstico precoce da doença e as formas de atenção à saúde do doente crônico são fatores que podem auxiliar no enfrentamento da situação crônica de saúde.

O aumento gradativo das condições crônicas na saúde da população resultam de vários fatores, dentre esses, o modelo assistencial ou de atenção adotado pelos sistemas de saúde, essencialmente de caráter curativo, biologicista que não prioriza a prevenção como forma de controle de doenças; o estilo de vida que não permite a todas as pessoas o acesso à alimentação adequada, aliado ao uso do fumo e da bebida alcoólica, condições precárias de moradia devido à baixa remuneração, e serviços de saúde que não conseguem atender as demandas e, conseqüentemente, não estão acessíveis a toda população que necessita de assistência.

Ao se referir a respeito da necessidade de transformação do modelo de sistematização e atendimento dos serviços de saúde aos doentes crônicos, Lessa (1998, p.36) afirma:

A organização do sistema de atenção à saúde, como um dos elementos do campo de saúde passa, neste modelo, a deter importante co-responsabilidade na determinação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sobretudo, co-participação na determinação de complicações e de mortes evitáveis e, por conseguinte, contribuindo para um impacto social e econômico negativo para a sociedade.

As alterações provocadas pela cronicidade podem repercutir de maneiras diferentes nas pessoas; algumas pessoas podem ter uma vida bem próxima do normal,

uma vez que a condição crônica não tem implicações no seu viver cotidiano. Por outro lado, outras pessoas para sobreviver precisam adaptar-se a uma nova forma de vida. As restrições determinadas pela doença crônica interferem não só no modo de vida do paciente, mas também em toda estrutura familiar que o cerca.

Segundo Silva et al. (2002, p.46), o adoecer crônico é uma situação que requer do doente e da família "uma aprendizagem para o enfrentamento, compreender este momento de reação às situações crônicas de saúde experimentadas pelas famílias de pessoas internadas nestas condições deve merecer atenção dos profissionais de saúde, e em especial, do enfermeiro, posto ser este o profissional que está mais próximo da clientela".

Entre as várias situações crônicas de saúde está a insuficiência renal crônica que ocorre como consequência do comprometimento irreversível da função renal. As diversas enfermidades que acometem os rins resultam em múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna.

Para Riella (1996, p.292) as principais enfermidades que levam à insuficiência renal crônica são: "glomerulonefrite crônica; nefrosclerose maligna; pielonefrite crônica; nefropatia diabética e doença renal crônica".

O desequilíbrio homeostático ocorre quando o rim perde a capacidade de excretar a mesma quantidade de substâncias ingeridas, alterando o balanço hidroeletrólítico.

A insuficiência renal indica a perda da capacidade de o rim adaptar-se às condições fisiológicas constantemente variáveis no organismo. Caracteriza-se pelo comprometimento da regulação do volume de líquidos, dos eletrólitos, e do equilíbrio ácido-básico, bem como, pela retenção de produtos de degradação.

A doença renal crônica envolve quatro fases: inicialmente, ocorre a *redução moderada da reserva renal* – nível de uréia elevado, mas dentro da normalidade), na segunda fase, a *insuficiência renal* – capacidade de concentração renal afetada; na terceira fase, a *falência renal* – deteriorização da função renal; e, por último, a fase da *doença renal terminal* – incapacidade de manter o equilíbrio hidroeletrólítico ou de excretar substâncias (RIELLA, 1996).

A escolha do tratamento depende das condições clínicas do doente. A diálise é a forma de tratamento mais utilizada na doença renal crônica para substituir a função renal. A modalidade ideal de tratamento existente para a obtenção da cura é o transplante, sendo que este tipo de tratamento é limitado, pois depende de doadores e da resposta imune do transplantado.

Ao comentar a respeito dos métodos de depuração extra renal, D'Avila (1996, p.314) diz: "o desenvolvimento de métodos de substituição da função renal sofreu tal evolução nas últimas décadas que nos permite manter pacientes com função renal extinta ou anéfricos em atividades praticamente normal. A integração dos métodos de substituição da função renal com programas de transplante trouxe a mortalidade por uremia a níveis extremamente baixos".

Machado e Car (2003) relatam que as primeiras hemodiálises foram realizadas nos anos 40, com o objetivo terapêutico para a insuficiência renal aguda (IRA), sendo que, em 1962 e 1963, a diálise peritoneal e a hemodiálise foram utilizadas como modalidades de tratamento para a insuficiência renal crônica (IRC).

O processo de diálise é essencialmente o movimento de solutos através de uma membrana semipermeável de uma área de alta concentração para uma de menor concentração. As formas de diálise utilizadas são: a diálise peritoneal e a hemodiálise. A diálise peritoneal consiste na infusão de dialisado na cavidade peritoneal através de um catéter inserido na parede abdominal, já a hemodiálise requer a circulação do sangue do doente fora do corpo, passa pelo rim capilar acoplado à máquina de diálise e retorna ao paciente.

Palombini e Kopstein apud Machado e Car (2003, p.28), ao discorrerem a respeito das implicações e conseqüências da condição crônica e do tratamento hemodiálitico na vida dos pacientes, afirmam ser as seguintes fontes de estresse que representam desvantagens por ocasionar problemas: "isolamento social, perda de emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda de

autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer".

O paciente submetido ao tratamento hemodiálítico requer cuidados especiais por parte da enfermeira. Ela deve se familiarizar, juntamente com a equipe de enfermagem da técnica de hemodiálise, dos conceitos e objetivos do plano terapêutico. As dietas e o esquema de diálise precisam ser ajustados a cada doente. A enfermeira deve avaliar constantemente os riscos de complicações que podem surgir durante o tratamento hemodialítico, como sinais e sintomas produzidos pelas alterações metabólicas decorrentes do processo: instabilidade vascular, hipotensão postural; câimbras, cefaléia, dor lombar e até mesmo convulsões.

Segundo Smeltzer e Bare (1999), o paciente com insuficiência renal crônica requer um apurado cuidado de enfermagem, a fim de evitar as intercorrências da redução da função renal e o fatores de estresse e ansiedade de conviver com uma doença renal.

Smeltzer e Bare (1999, p.1023), afirmam ainda que:

O cuidado de enfermagem é direcionada para a avaliação do estado hidroeletrólítico e identificação de possíveis fontes de desequilíbrio, implementação de um programa de dieta para assegurar apropriada ingestão nutricional dentro dos limites do esquema de tratamento, promoção de sentimentos positivos pelo encorajamento do autocuidado crescente e maior independência. É extremamente importante fornecer explicações e informações ao paciente e à família referentes à doença renal em estágio terminal, opções de tratamento e complicações potenciais.

Compete à enfermeira, frente aos problemas advindos da doença crônica, desenvolver o vínculo doente-família-enfermeira, informando, orientando e educando para uma melhor compreensão e aceitação das terapêuticas estabelecidas como tratamento, bem como auxiliar na fase de adaptação a um novo conviver com a doença.

Além de possuir competência para dominar a técnica do processo, a enfermeira precisa de sensibilidade para compreender os comportamentos externados pelo doente e familiares. Devido à longa duração do tratamento, se estabelecem vínculos afetivos entre a enfermeira, paciente e família, sendo a enfermeira fonte de apoio principalmente no período de adaptação ao tratamento.

### 3.2 GERENCIAMENTO, EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS

Administração, como profissão, teve sua origem na área pública para expressar uma função subordinada aos conselhos e às assembleias ou ao poder político. A expressão mais nobre da administração tem origem no século XVII, com a institucionalização mais clara do cargo de ministro; do latim *minus* (menos), que se contrapõe a *magis* (mais), de *magister* ou magistrado. O administrador era, assim, o executor das resoluções oriundas dos órgãos públicos superiores ou dos parlamentos e das assembleias legislativas (MOTTA, 1998).

De modo semelhante, a palavra gerência originou-se na área privada para significar a função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores. Gerentes ou executivos eram as pessoas responsáveis pela execução das ordens dos diretores, proprietários ou membros dos conselhos de administração das empresas.

No Brasil, o emprego incorreto da palavra, e por outro lado as falhas presentes no exercício administrativo, levou o termo administração ao descrédito, sendo utilizado muitas vezes como sinônimo de algo ineficaz e sem perspectivas de acontecer de fato. As pessoas que exerciam qualquer cargo de direção ou chefia eram chamados indistintamente de administradores e gerentes (MOTTA, 1998).

Chiavenato (2000a, p.6) conceitua administração como sendo: "a maneira de utilizar os diversos recursos organizacionais – humanos, materiais, financeiros, de informação e tecnologia – para alcançar objetivos e atingir elevado desempenho. É o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz".

Motta (1998, p.15) afirma que "no rigor vernacular, as palavras administração, gerência e gestão são sinônimas. O mesmo se pode dizer no sentido conceitual: nenhum conceito novo foi introduzido quando se procurou acentuar o uso de uma palavra em detrimento da outra, salvo, evidentemente, o de deixar o adquirido desgastado de uma para recuperar conceitos anteriores, através da nobreza de um novo termo".

O advento da revolução industrial, ocorrida no século XVIII, provocou transformações profundas no mundo, com a substituição das oficinas artesanais pelas fábricas, passando o centro dos negócios da agricultura para a indústria. O período da industrialização foi fundamental para o surgimento das teorias administrativas (CHIAVENATO, 2000a).

As teorias administrativas apresentam diferentes abordagens para a administração das organizações que, segundo Chiavenato (2000a, p.451), refletem "os fenômenos históricos, sociais, tecnológicos e econômicos de sua época, bem como os problemas básicos que afligiam as organizações. Cada teoria representava as soluções administrativas encontradas para determinadas circunstâncias, tendo em vista as variáveis focalizadas e os temas mais relevantes".

Os conhecimentos gerenciais e as teorias administrativas a serem empregadas são determinadas pelo contexto histórico presente, pois não se pode negar a contribuição das teorias administrativas para as organizações. De fato, os princípios, métodos e técnicas dessas teorias prevalecem atualmente. Eles foram somados a conhecimentos novos ao longo do tempo. Atualmente, as organizações convivem com os conhecimentos de diversas teorias, para garantir a sustentabilidade de suas empresas.

### 3.2.1 As Teorias Administrativas

No início do século XX, Taylor (1903) fundamentou a teoria administrativa, quando escreveu o primeiro livro de administração. As teorias: Científica, Administrativa e Burocrática são conhecidas como teorias clássicas por terem surgido, no período denominado era industrial clássica (1900-1950). A teoria das Relações Humanas também teve o seu nascedouro neste mesmo período. As teorias: Comportamental, dos Sistemas e Contingencial surgiram na era industrial neoclássica (1950-1990). O início da década de 1990 marca o começo da era da informação marcada pelo avanço da tecnologia da informação (CHIAVENATO, 2000a).

### 3.2.1.1 A Teoria Científica

A Teoria de Administração Científica é a mais antiga das teorias sendo seu precursor Frederick Winslow Taylor. Esta teoria revolucionou os métodos de trabalho, pois seu autor preconizava um método científico para organizar o trabalho com ênfase nas tarefas a serem realizadas pelas pessoas que trabalhavam nas organizações.

Os princípios da Administração Científica foram traçados por Taylor para garantir a eficiência da produção e previam: a substituição da improvisação por métodos de trabalho baseados em procedimentos científicos; o preparo dos trabalhadores para produzir mais e melhor; o controle dos trabalhadores, detectando as exceções ou desvios dos padrões estabelecidos, e a distribuição distinta das tarefas e responsabilidades para que o trabalho fosse o mais disciplinado possível (CHIAVENATO, 2000a).

Kurcgant (1991, p.5), afirma que "a supervisão funcional foi outra característica da administração científica. Com a especialização do operário, ocorreu também a especialização do supervisor caracterizando a chamada autoridade funcional".

Segundo Silva (2002), as críticas ao sistema de Taylor se contextualizam na mecanização que poda a iniciativa individual, tornando o operário parte da máquina, e no esgotamento físico, pois, o pagamento era proporcional à produtividade dos operários. Como resultado, o sistema tende a especializar o trabalho, destruir a iniciativa individual e o relacionamento interpessoal.

Ao se reportar ao enfoque mecanicista da organização, Morgan (1996, p.40) assegura que este "tende a limitar, em lugar de ativar o desenvolvimento das capacidades humanas, modelando os seres humanos para servirem aos requisitos da organização mecanicista em lugar de construir a organização em torno dos seus pontos fortes e potenciais".

### 3.2.1.2 A Teoria Administrativa

A Teoria Administrativa, também chamada de Teoria Clássica (Chiavenato, 2000a), foi desenvolvida inicialmente por Henri Fayol, sendo este considerado o mais influente teórico das teorias clássicas, e, o pai da administração moderna. A Teoria Administrativa enfatiza os aspectos gerais da administração e da composição da estrutura organizacional das empresas.

Para Fayol, o administrar consistia na realização de atividades administrativas. Foi o primeiro a descrever as funções administrativas como: previsão, organização, comando, coordenação e controle. O objetivo da Teoria Administrativa era aumentar a eficiência da organização por intermédio da definição dos vários níveis de responsabilidades (SILVA, 2002).

Fayol estabeleceu também os 14 princípios gerais da administração, que deviam nortear o trabalho dos administradores, e muitos desses princípios são utilizados na atualidade por administradores pela sua utilidade na prática administrativa. Os princípios elaborados por Fayol, e citados por Chiavenato (2000b), são: a **divisão do trabalho** (grupos e indivíduos); **autoridade e responsabilidade** (proporcionais); **disciplina** (esforço comum); **unidade de comando** (subordinação); **unidade de direção** (objetivo comum); **remuneração** (pagamento justo); **centralização** (tomada de decisão), **cadeia escalar** (hierarquia de autoridade); **ordem** (pessoas e materiais, cada um no seu lugar); **equidade** (igualdade de tratamento); **estabilidade do pessoal no cargo** (produtividade); **iniciativa** (esforço pessoal), e **espírito de equipe** (harmonia e unidade).

As críticas à Teoria Administrativa, segundo Silva (2002), referem-se à rigidez, à impessoalidade, à excessiva categorização profissional e à exclusão do fator humano ao enfatizar a estrutura formal das organizações, não considerando as pessoas e suas relações.



### 3.2.1.3 A Teoria Burocrática

A Burocracia, como concepção teórica, teve seu início com Max Weber. Seus estudos procuravam estabelecer estrutura, estabilidade e ordem às organizações por intermédio de uma hierarquia integrada de atividades especializadas, definidas por regras sistemáticas.

Burocracia era entendida como o meio mais eficiente de obter a realização do trabalho. A burocracia foi concebida como uma forma flexível de administração, o operário definiria sua atividade e a relação com os demais, sendo que os burocratas (gerentes habilitados) eram responsáveis pelo funcionamento das organizações para oferecer o meio mais eficiente de obter o trabalho feito (SILVA, 2002).

Segundo Weber, a burocracia é um modelo de organização que se fundamenta em seis dimensões principais: a divisão do trabalho é realizada de acordo com a especialização e capacitação de cada operário, a hierarquia de autoridade obedece a uma estrutura piramidal; a regulamentação se estabelece por meio de instrumentos, normas, regras e procedimentos; as comunicações são formalizadas por registros; ocorre ênfase nos cargos, e não nas pessoas - a impessoalidade; a carreira do funcionário é determinada pela competência profissional (CHIAVENATO, 2000a).

A burocracia de Weber, segundo Silva (2002), tende ao formalismo excessivo, a despersonalização, não apresentando tendências à flexibilização e à inovação.

Merton apud Silva (2002, p.166) denominou as conseqüências imprevistas que levam à ineficiência de "disfunções da burocracia"; essas disfunções são: "maior internalização das diretrizes, maior despersonalização nos relacionamentos; hierarquia como base do processo decisório e formalismo e conformidade às rotinas".

As causas das disfunções, segundo Chiavenato (2000a, p.19), resultam basicamente no fato de que a burocracia "não leva em conta a variabilidade do ser humano". Contudo, é inegável a importância das burocracias na sociedade moderna, pois a maioria das grandes organizações e organizações complexas adotaram o modelo burocrático como forma organizacional básica.

### 3.2.1.4 A Teoria das Relações Humanas

No início da década de 1930, a teoria da administração passou a enfatizar as pessoas em lugar das estruturas organizacionais. A teoria surgiu nos Estados Unidos, buscando a humanização e democratização na administração. Foi fundamental para o desenvolvimento desta teoria as experiências de Elton Mayo que, apesar de não ser este o objetivo do seu estudo, concluiu que a produtividade das pessoas era determinada pela integração destas no grupo social.

Chiavenato (2000b), afirma que a Teoria ou Escola das Relações Humanas, como também é conhecida, surgiu para contrapor as teorias Científica e Administrativa, negando todos os conceitos que davam suporte à estas teorias, para substituí-los por outros conceitos advindos da Psicologia e Sociologia Industrial como: organização informal, motivação, incentivos sociais, dinâmica de grupo, comunicação; liderança; e sobretudo, na preocupação com a satisfação no trabalho.

Como críticas à Escola das Relações Humanas, Silva (2002) cita que: muitas das conclusões não são sustentadas cientificamente, além do que ocorre falta de adequado foco no trabalho, visão simplista da natureza do homem, a participação é vista como meio de diminuir a resistência à autoridade formal, a visão de decisão do grupo impede a decisão individual; a geração de conflitos é tida como algo ruim e devia ser minimizado; e o antiindividualismo força a pessoa a sacrificar seus valores pessoais e atitudes.

### 3.2.1.5 A Teoria Comportamental

A Teoria Comportamental surgiu como desdobramento da Teoria das Relações Humanas, com o intuito de solidificar o enfoque das relações humanas nas teorias administrativas. A ênfase se manteve nas pessoas, e a abordagem desta teoria concentrou-se no comportamento organizacional. "Direcionava o foco no ajustamento pessoal do trabalhador na organização e nos efeitos dos relacionamentos intragrupais e estilos de liderança" (SILVA, 2002, p.217).

A contribuição mais importante para a abordagem comportamentalista veio de Kurt Levin. Seus estudos proporcionaram a passagem das relações humanas para um novo direcionamento da administração, a psicologia industrial.

Diferentes autores se dedicaram a estudar os aspectos comportamentais, comparando estilos administrativos que potencializassem as motivações individuais existentes nas pessoas. Dentre esses, Herbert A. Simon publicou o livro intitulado: O Comportamento Administrativo, que trata da teoria da decisão, a decisão vista como mais importante que a execução (CHIAVENATO, 2000a).

Um dos pioneiros das teorias de motivação, Abraham Maslow apud Morgan (1996, p.45) sugeriu que os seres humanos são motivados por uma hierarquia de necessidades que avançam por intermédio de diferentes tipos: "fisiológicas, sociais e psicológicas", considerou também, que as organizações burocráticas, por motivarem os indivíduos por meio de recompensas financeiras ou garantia de emprego, "confinavam o desenvolvimento humano ao nível mais baixo da hierarquia de necessidades".

Kurcgant (1991, p.9) cita que a Teoria da Motivação, concebida por Maslow, que preconiza "as necessidades humanas básicas de forma hierárquica, classificando-as em primárias e secundárias", embora criticada, forneceu subsídios para a fundamentação da Teoria Comportamentalista.

Segundo Morgan (1996, p.48), o trabalho realizado na maioria das localidades mundiais mostra que "ao se planejar ou administrar qualquer tipo de sistema social, quer seja este um pequeno grupo, uma organização ou uma sociedade, deve-se ter em mente a interdependência entre a parte técnica e as necessidades humanas".

#### 3.2.1.6 A Teoria dos Sistemas

A Teoria dos Sistemas, conforme afirma Chiavenato (2000b, p.21), surgiu dentro da abordagem comportamental, por intermédio de um movimento vigoroso denominado "Desenvolvimento Organizacional" voltado para as "estratégias de mudança organizacional, planejada por meio de modelos de diagnóstico, intervenção e

de mudança, envolvendo modificações estruturais ao lado de modificações comportamentais para melhor eficiência e eficácia das empresas".

Ludwig von Bertalanffy foi o precursor do movimento em torno da Teoria dos Sistemas, que preconiza os sistemas como o conjunto de unidades reciprocamente relacionados; os sistemas existem dentro dos sistemas, os sistemas são abertos, sendo que as funções de um sistema dependem de sua estrutura.

A base do conceito de Bertalanffy apud Silva (2002, p.356), é que: "um organismo vivo não é um conglomerado de elementos separados, mas um sistema definido, possuindo organização e totalidade, (...) o organismo é influenciado por seu ambiente e o influencia, alcançando, com ele, um estado de equilíbrio dinâmico".

Para Kurcgant (1991, p.11), a Teoria dos Sistemas "é baseada no conceito de 'homem funcional', que se caracteriza pelo relacionamento interpessoal com outras pessoas como um sistema aberto".

A organização é vista como um sistema constituído de subsistemas, que são seus departamentos, equipes e outros. É um sistema aberto em constante interação com seu ambiente externo (CHIAVENATO, 2000a, p.56).

O enfoque sistêmico da organização, inspirado em Bertalanffy apud Morgan (1996, p.48), assegura: "quando se reconhece que os indivíduos, os grupos e as organizações têm necessidades que devem ser satisfeitas, a atenção volta-se invariavelmente para o fato de que isto depende de um ambiente mais amplo a fim de garantir várias formas de sobrevivência".

### 3.2.1.7 A Teoria Contingencial

A pesquisa desenvolvida por Lawrence e Lorsch, a respeito do binômio organização/ambiente, marcou o início da Teoria Contingencial.

A ênfase da Teoria Contingencial reside na tecnologia e no ambiente. O ambiente externo à organização influencia na sua estruturação e nos processos organizacionais. Existe uma relação funcional entre as variáveis ambientais

(independentes) e as técnico-administrativas (dependentes). Os aspectos prescritivos e normativos da organização devem ser substituídos pelo critério de ajuste entre organização, ambiente e tecnologia (KURCGANT, 1991).

Contigência, segundo Chiavenato (2000a, p.56), significa: "uma eventualidade, uma possibilidade de algo acontecer ou não. As organizações hoje são consideradas como entidades em contínuo desenvolvimento e mudança para alcançar ajustamento adequado ao ambiente".

A Teoria Contingencial estabelece que "situações diferentes exigem práticas diferentes, apregoando o uso das teorias tradicionais, comportamentais e de sistemas, separadamente ou combinadas, para resolver os problemas das organizações (SILVA, 2002, p.365)".

### 3.2.2 Tendências Gerenciais Contemporâneas

As organizações, desde o século XX, têm sido estruturadas segundo princípios organizacionais, tais como hierarquia, divisão do trabalho, disciplina, unidade de comando, valor, de acordo com a posição hierárquica e comunicação formal. A utilização destes princípios resultaram em empresas: estruturadas, organizadas, altamente eficientes na produção de determinados bens materiais em quantidades cada vez maiores e bastante estáveis em termos de resultados. Porém, esse modelo de gestão não se adapta às mudanças exigidas num contexto gerencial contemporâneo (BEZERRA, 2003).

A racionalidade gerencial hegemônica, ao ver de Campos (2000, p.23) "produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar as forças de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles".

A prática e a teoria comprovaram não existir dissociações significativas entre quem dirige e quem executa. Na organização contemporânea, as funções e os

níveis hierárquicos tendem a adquirir semelhanças, diminuindo assim as diferenças entre gerência superior e inferior.

A visão de organização contemporânea se caracteriza pela eliminação da pirâmide hierárquica, e a adoção de uma estrutura horizontal, disto decorre a diminuição significativa de níveis de comando. Um modelo de organização horizontal permite ao gerente uma amplitude maior na tomada de decisões, que incluem a delegação, autonomia e o trabalho em equipe. Para que isto aconteça se faz necessário que todos os membros que compõem o grupo de trabalho conheçam os objetivos e propósitos da organização, ocorrendo interação através de uma comunicação efetiva.

Ao enfatizar o trabalho em equipe, Chiavenato (1999, p.445) chama a atenção para não confundir este estilo de gestão, com falta de organização, e sim como:

Flexibilidade, agilidade, mudança e inovação. As pessoas deixam de ser fornecedoras de mão-de-obra para serem fornecedoras de conhecimentos capazes de agregar valor à organização, contribuindo com sua criatividade para atender as necessidades do cliente, procurando conciliar a teoria com a prática, através do conhecimento contemporâneo, fornecendo elementos para fundamentar ações práticas além de sugerir novas formas de agir.

A tendência mundial atual é de que as organizações imprimam um estilo de gerenciamento horizontal e mais flexível. Siemers (1997, p.60) infere que "a antiga pirâmide organizacional, com hierarquias rígidas que vão se afunilando até chegar ao topo, está com os dias contados". As empresas precisam se adequar a formas mais flexíveis de gerenciamento, que tenham a capacidade de adaptar-se rapidamente a novas situações, sendo que estes estilos de gestão é que vão prevalecer. O autor assevera ainda que: "a luta será dura, pois as estruturas organizacionais existentes permitem que os gerentes construam e mantenham uma posição de poder, mesmo quando lhe faltam autoridade e competência para a posição".

Magalhães et al. (1997, p.27) ao discorrerem a respeito do processo acelerado de mudanças políticas, econômicas e culturais por que passa a sociedade, resultado dos grandes avanços científicos e tecnológicos, vinculados à globalização das informações, entendem que se faz necessário uma constante atualização e revisão

de conceitos que levam a novos modelos e ao confronto com situações conflitantes e filosóficas da própria vida e da ética profissional. As autoras asseguram ainda:

O reflexo das transformações na administração e na gerência mostram a evolução de uma prática tecno-científica, pragmática e mecanicista para um panorama de valorização do homem e de sua formação multidisciplinar, como o mais importante fator de desenvolvimento do trabalho. Neste cenário são valorizadas a criatividade, a inovação, a intuição, a emoção, a capacidade de relacionar-se com os outros e, principalmente, a capacidade de manter-se atualizado com a informação. Em decorrência disto passamos a incorporar em nossos conceitos a qualidade, a inteligência emocional, a competitividade, a parceria e a qualidade de vida no trabalho, entre outros. Estas tendências apontam para um desempenho gerencial em meio a um trabalho complexo, com múltiplas demandas e interesse, necessitando desenvolver-mos maior capacidade de negociação, participação, diálogo, flexibilidade, buscando uma visão estratégica.

Chiavenato (2000a, p.59), afirma que, em plena era da informação, não existe ainda um corpo estruturado e integrado de idéias capazes de formar uma nova teoria administrativa. As principais variáveis que afetam a administração são todas aquelas que provocaram o surgimento de cada uma das teorias administrativas: "as tarefas, a estrutura organizacional, as pessoas que representam a inteligência, a tecnologia utilizada para as operações e o ambiente em que vive e opera". A administração, na atualidade, leva em conta essas variáveis, simultaneamente, cada qual com a sua força individual dentro de determinado contexto.

### 3.2.3 O Significado da Gerência e seu Aprendizado

A gerência é definida por Motta (1998, p.26) como sendo "a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante".

Para um melhor entendimento do significado da gerência é necessário, segundo Motta (1998, p.26), vislumbrar o lado "científico, racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, para se prever e antecipar ações de forma mais conseqüente e eficiente", bem como "a face de imprevisibilidade e de interação

humana que lhe conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional".

Chiavenato (2000b, p.330) afirma que a função administrativa no nível intermediário das instituições (departamentos, serviços) recebe a denominação de gerência e se incumbem de conduzir as pessoas para o alcance dos objetivos institucionais, é "uma atividade voltada para as pessoas e se fundamenta na motivação, na liderança e na comunicação".

O gerenciamento se concretiza por intermédio das pessoas, desse modo o gerente planeja, organiza, coordena, dirige e avalia o trabalho realizado pelos membros de sua equipe, e a estas funções gerenciais são acrescentados outros instrumentos como: a supervisão, a motivação, a comunicação e a delegação.

Para Siemers (1997, p.17), "todas as dificuldades do gerenciamento são fundamentalmente, dificuldades com as pessoas, cuja característica é serem muito diferentes uma das outras. É por isso que os modelos e sistemas de gerenciamento não podem ser aceitos sem discussão e precisam ser meticulosamente analisados e adaptados às condições e características do ambiente e ao grupo de pessoas".

O gerenciamento contemporâneo demanda um pensar e julgar com maior amplitude e lateralidade de pensamento. A pessoa que almeja desenvolver atividades de gerenciamento precisa aprender a fazê-lo, de forma a desenvolver habilidades complexas como: capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas. Além do mais, o mundo moderno exige dos dirigentes uma grande capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas de integração de fatores organizacionais cada dia mais ambíguos e diversos (MOTTA, 1998).

O aprendizado gerencial consiste num processo baseado não só nos conhecimentos sistematizados pela teoria da administração, mas também na incorporação dos conhecimentos adquiridos na experiência individual ou fora da organização em que se atua.

Motta (1998, p.28), afirma que o aprendizado gerencial envolve quatro dimensões básicas: a cognitiva, a analítica, a comportamental e a habilidade de ação:



A **cognitiva**: ser informado e aprender sobre administração a partir dos conhecimentos existentes sobre definição de objetivos e formulação de políticas e as idéias sistematizadas sobre estruturas, processos, técnicas e comportamentos organizacionais.

A **analítica** é aprender a identificar e diagnosticar problemas administrativos, decompondo-os, para rearrumá-lo na busca de novas soluções.

Aprender novas maneiras de interação humana dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente, como formas de comunicação de interação grupal ou de exercer ou lidar com poder e autoridade, compreende a dimensão **comportamental**.

As **habilidades de ação** consistem em: aprender sobre si próprio, sobre sua função e sobre os objetivos e condições operacionais de sua organização, ou seja, desenvolver capacidade para transformar objetivos, valores e conhecimentos em forma efetivas de ação.

Segundo Chiavenato (1999, p.19), habilidade é a capacidade de transformar conhecimento em ação e que resulta em um desempenho desejado. Já as competências são vistas como qualidades de quem é capaz de analisar uma situação, apresentar soluções e resolver assuntos ou problemas.

Katz apud Silva (2002, p.14), afirma que há três tipos de habilidades necessárias para que o administrador possa atuar eficazmente:

Habilidades **técnicas** - relacionadas ao desempenho de trabalhos especializados, consistem no conhecimento, métodos técnico e equipamentos para a realização de tarefas específicas.

Habilidades **humanas** - consistem na capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, compreendendo suas atitudes e motivações, exercendo a liderança.

Habilidades **conceituais** - consistem na capacidade de compreender as complexidades da organização, de modo global, e promover o ajustamento do comportamento dos participantes da organização.

O perfil de gerente, almejado pelas organizações contemporâneas, demanda um profissional que, além do conhecimento específico em gestão, possua habilidades e competências desenvolvidas a ponto de detectar os problemas organizacionais, e após analisá-los, propor alternativas de solução.

As revoluções tecnológicas e administrativas já não deixam alternativas senão segui-las com a mesma rapidez que as caracterizam, as mudanças alcançam pessoas e organizações, alterando as formas de relação entre estas (BEZERRA, 2003, p.24).

As transformações que estão ocorrendo de forma progressiva na administração das organizações tendem a minimizar as distâncias entre os responsáveis pela direção, e planejamento, e as pessoas que executam as ações programadas, redistribuindo desta maneira o poder decisório, projetando em cada pessoa a possibilidade de intervir no seu processo de trabalho.

### 3.3 O GERENCIAMENTO E ENFERMAGEM

Desde os primórdios da civilização o trabalho representa para o homem uma alternativa de sobrevivência, uma atividade que pode ser prazerosa ou simplesmente direcionada para satisfazer suas necessidades humanas básicas.

Para Gadotti (1990, p.5), "o trabalho é concebido como todas as formas de atividade humana, pelas quais o homem aprende, compreende e transforma as circunstâncias ao mesmo tempo que se transforma; é categoria fundamental do processo de elaboração humana".

O conceito de trabalho não é apenas traduzido pela atividade, e as formas como é produzido no contexto social, mas pela transformação que opera sobre o ambiente e nos modos de vida de uma sociedade.

No entender de Sousa (1994, p.23), a formação profissional do homem passa pelas ações formais, informais e não formais, o que deve-lhe dar a direção do seu caminhar como trabalhador, sendo o trabalho a própria fonte do conhecimento.

A enfermagem, na dimensão de trabalho, é compreendida por Almeida e Rocha (1997, p.18), como sendo:

Ação ou atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem?), visualizando o produto final, atender as necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população.

Para Trentini e Paim (2001, p.15), "o corpo de conhecimento da prática da enfermagem está determinado à assistência, alimenta-se pela ampliação da qualidade dessa assistência, com o ensino, a pesquisa e a administração".

A gênese do conhecimento da administração em enfermagem, segundo Gomes et al. (1997, p.243), aconteceu "junto com a organização das técnicas, sendo estas os instrumentos de trabalho para o cuidado, enquanto a administração o instrumento de trabalho para a organização do ambiente terapêutico em que esse cuidado se realiza".

A regulamentação do caráter administrativo da enfermagem brasileira reporta-se à data de 17 de setembro de 1955, quando foi sancionada a Lei n.º 2.604, pelo então Presidente da República João Café Filho, que regulava o exercício da Enfermagem profissional no Brasil; o artigo 3.º, continha como atribuição do Enfermeiro a direção dos serviços hospitalares e de saúde pública.

A enfermagem brasileira, no que tange às práticas administrativas, sofreu fortes influências da enfermagem americana, pois foram as enfermeiras daquele país que instrumentalizaram inicialmente as enfermeiras brasileiras para o desempenho de cargos de direção dos serviços de enfermagem.

A Resolução n.º 04/1972, do Conselho Federal de Educação, que versava sobre o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, colocou a Administração Aplicada à Enfermagem como disciplina integrante do tronco principal (LIRA e BOMFIM, 1989).

Ao longo do tempo, disciplinas de administração e planejamento integram o currículo de graduação em Enfermagem, com o objetivo de preparar e direcionar os Enfermeiros para desempenhar o papel de administrador do processo de trabalho da enfermagem. As enfermeiras foram preparadas para ocupar cargos de direção e as atividades assistenciais passaram a ser executadas pelos atendentes e auxiliares de enfermagem (TRENTINI e PAIM, 1992).

A institucionalização da enfermagem levou à adoção de conceitos advindos principalmente da teoria de administração científica (Taylor), como a divisão técnica do trabalho, dividindo as ações do cuidado entre as categorias profissionais existentes na enfermagem, ocorrendo com isso a fragmentação do seu processo de trabalho.

O aspecto essencial da teoria científica de administração é o conceito de controle, tornando-se uma necessidade absoluta para o administrador à medida que ele tem a incumbência de impor aos trabalhadores uma maneira rigorosa de executar o trabalho. Aqui está implícita a anulação de qualquer decisão do trabalhador sobre o trabalho, desde a atividade mais simples à mais complexa, reduzindo-se uma atividade muito mais mecânica que criativa (BEZERRA, 2003, p.23).

A estrutura organizacional das instituições prestadoras de assistência à saúde contempla o modelo de administração burocrática na qual a hierarquia predomina na divisão do trabalho, e a função da enfermeira é voltada à administração do serviço, ao controle de recursos humanos, físicos e materiais. A enfermeira é vista como centralizadora do poder decisório e controladora do processo assistencial de enfermagem.

Kurcgant et al. (1994, p.21) afirmam que:

Nas instituições de saúde encontramos, freqüentemente, formas organizacionais burocráticas, e o serviço de enfermagem segue o modelo burocrático da instituição, nas suas estruturas e dinâmicas. O pessoal de enfermagem passa a ter características profissionais de técnicos especializados, com comportamentos e posições estrategicamente defendidas pelo grupo que detém o poder na organização. A valorização das normas e regras parece ser, o enfoque da burocracia, que mais tem influenciado a enfermagem, contribuindo para torná-la uma prática administrativa estanque, baseada em regras e normas obsoletas com poucas perspectivas de mudanças. Dessa forma a administração na enfermagem sofre o mal de uma disfunção da teoria burocrática.

Segundo Erdmann (2001, p.143), "desde a concepção da enfermagem profissional, o parcelamento do trabalho entre os diferentes elementos da equipe de enfermagem teve na gerência o elo de articulação das atividades da própria equipe e de sua integração ao processo de trabalho em saúde, (...) as necessidades de saúde da clientela e as metas organizacionais", cabendo à enfermeira compor esta articulação.

Ao descreverem o processo de trabalho em Enfermagem, Castellanos et al. (1989, p.150) apontam duas características:

o processo de trabalho "cuidar" e o processo de trabalho "administrar". Os principais instrumentos do processo de trabalho cuidar são: a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos e de comunicação e interação entre pacientes e trabalhadores da Enfermagem e entre os diversos profissionais. Citam como objetos de trabalho da enfermeira no processo de administrar, o de organizar a assistência e proporcionar a qualificação do pessoal de enfermagem através da Educação Continuada,

apropriando-se para isto dos próprios modelos e métodos de administração, da força de trabalho da Enfermagem e dos equipamentos e materiais permanentes.

Ferraz (1995, p.33), ao discorrer sobre a necessidade de uma metamorfose da enfermagem, num pensar e agir diferentes, na busca de seu objeto fundante: o cuidado de enfermagem, comenta que:

Temos tendência a acreditar que se formos capazes de compreender a realidade cotidiana da administração aplicada à enfermagem hospitalar, indo além dos limites do econômico e do político, poderemos criar possibilidades de ação com intencionalidade dirigida aos problemas que dificultam essa prática no dia-a-dia. Tal compreensão poderá nos encaminhar para a adoção de um outro estilo de administração em enfermagem que venha configurar-se enquanto uma realidade socialmente construída pelos enfermeiros e demais agentes que interagem cotidianamente no mesmo espaço. Assim, essa prática apresentar-se-á objetivada segundo o resultado da interpretação dos valores e conteúdos subjetivamente dotados de significados para esses profissionais.

As rotinas de enfermagem foram estabelecidas inicialmente com o propósito de organizar e disciplinar o processo de trabalho; o profissional na sua prática cotidiana, as utiliza com o intuito de realizar procedimentos e não como forma de prestar cuidado.

A divisão do trabalho assistencial por tarefas também é responsável pela fragmentação do cuidado e pela conotação de que o profissional de enfermagem realiza tarefas e procedimentos isolados sem se importar com o paciente na sua integralidade.

Ao falar a respeito da necessidade de reconstruir as práticas assistenciais, Rollo (2002, p.324), assevera que: "os profissionais de saúde têm deixado de se responsabilizar pelo doente e passaram a ser responsáveis pelos procedimentos, fragmentando o processo terapêutico e dificultando a definição do responsável pelo acompanhamento integral do doente, bem como da articulação das várias ações necessárias para a recuperação deste".

A hierarquização, presente no processo de trabalho da enfermagem, resultou na segmentação do processo de cuidar, em que a enfermeira é responsável pelo planejamento do cuidado, mas quem o implementa são os auxiliares e técnicos de enfermagem, ocorrendo desse modo uma cisão entre o planejar e o fazer. Este modelo de gerenciar o cuidado, não responde mais às expectativas dos profissionais e das tendências gerenciais contemporâneas que defendem o exercício de um planejamento coletivo.

Ao ser questionada sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo Enfermeiro na implantação de uma proposta de gerenciamento participativo, Gaidzinski (2002, p.1) afirma:

Ainda há muita resistência às inovações e poucos são os que tomam a iniciativa de adotar uma abordagem gerencial inovadora para direcionar a sua prática. A ausência de trabalho em equipe; quadro de pessoal insuficiente; excesso de burocratização; falta de autonomia para o enfermeiro; a presença de estrutura hierarquizada, rígida e pouco interativa e a falta de informações para a tomada de decisões, são fatores que caracterizam o modelo gerencial tradicional, e que, estando ainda fortemente arraigados na prática, têm dificultado o desenvolvimento de propostas participativas.

A adoção de um estilo de gestão inovadora, por parte da enfermeira, está condicionada a um novo perfil exigido da enfermeira-gerente e também da

sensibilização por parte das instituições de saúde frente às necessidades urgentes de mudança nas formas de prestar cuidado.

Os desafios que um gerente e as instituições de saúde deverão enfrentar no entender de Cecílio (2002, p.318) são:

É necessário muito investimento para a formação do novo gerente que esta forma de trabalhar exige. Há necessidade de um processo de educação permanente, nos próprios serviços e a criação de uma "cultura gerencial", que terá que equacionar entre outras coisas, o tipo de profissional mais adequado para ser gerente, a disponibilidade de tempo para o trabalho gerencial e a aquisição de novas habilidades, tais como a capacidade para "fazer uma boa escuta do grupo", arbitrar conflitos e, fundamentalmente, ser capaz de inventar, sempre, novas e renovadas formas de tornar mais humano o ambiente do cuidado.

No desenvolvimento histórico da Enfermagem, os profissionais têm procurado acompanhar as transformações tecnológicas e sociais à sua prática. Diante dos serviços existentes no âmbito da Saúde, o enfermeiro-gerente se configura como peça essencial no processo de trabalho da enfermagem, na promoção do cuidado efetivo e de qualidade.

Ao se referir às características deste novo profissional, Bordenave (1996, p.1) cita o conceito elaborado pela REDE DE ENFERMAGEM DA AMÉRICA LATINA, que assim explicita: "Queremos um novo profissional, capaz de dirigir sua prática para um trabalho integral que permita inovar na atenção, que desenvolva seu pensamento crítico reflexivo e que tenha uma participação efetiva na tomada de decisões, em conjunto com os diferentes atores implicados na atenção à saúde humana."

Segundo Erdmann (2001, p.143), para organizar e controlar o trabalho as enfermeiras vêm se instrumentalizando através do:

Conhecimento técnico-administrativo e do estabelecimento de uma estrutura que viabilize a execução dos seus planos de trabalho e das ações e intervenções da enfermagem, a qual sempre esteve aderida a uma estrutura organizacional onde a compreensão e o uso do poder e da autoridade não dá conta das relações informais nela existentes, porém fundamentais no processo administrativo, pois é neste espaço onde a própria estrutura, o pensado e o planejado são realmente sentidos e vividos pela equipe, ou seja, onde as metas são concretizadas e os resultados são produzidos.

Conforme Lunardi Filho e Lunardi (1996), o exercício da função administrativa centrada na assistência, subsidia o enfermeiro com elementos próprios para o planejamento, coordenação e avaliação da atenção dada às necessidades do paciente. Compete ao enfermeiro aliar os fins da administração aos fins da enfermagem como meio e instrumento para o desenvolvimento da profissão.

### 3.3.1 As Funções Gerenciais

As funções gerenciais: planejamento, organização; direção, coordenação e controle, explicitadas a seguir, dão suporte às ações gerenciais da enfermeira.

O **planejamento** determina o que deve ser feito e como deve ser feito. Aponta a filosofia, metas, objetivos, políticas, procedimentos e normas, prazos, custos e gerenciamento de mudanças planejadas.

Ao discorrerem sobre a importância do planejamento, Fugita e Farah (2000, p.108) afirmam que este é: "essencial para a prática da enfermagem (...), o enfermeiro deve conhecê-lo, utilizando-o com propriedade para atingir seus objetivos profissionais, obtendo, assim, um resultado final produtivo em sua atuação".

O planejamento se desenha como a função primordial do gerenciamento, pois ele subsidia todas as demais; ele predetermina o caminho das ações para alcançar os objetivos esperados. O planejamento deve ser utilizado pela enfermeira, também, na determinação do tempo disponível para a realização das atividades, por isso é necessário saber usá-lo de forma eficiente, priorizando o que precisa ser realizado e eliminando as atividades desnecessárias.

Planejar envolve tomar decisões. As decisões que você tomar são influenciadas por seu conhecimento profissional, sua filosofia pessoal e sua disposição de aceitar a responsabilidade por tomar decisões e por ajudar outros membros da equipe a contribuir com o cuidado do paciente (KRON e GRAY, 1994, p.211).

Chiavenato (2000b, p.169) classifica o planejamento segundo os níveis em que este se processa: "**nível institucional – planejamento estratégico**", que aborda a instituição como uma totalidade; "**nível intermediário – planejamento tático**",



direcionado a cada unidade da organização, e "**nível operacional – planejamento operacional**", referente a cada tarefa ou operação isolada.

A **organização** estabelece a estrutura para a execução dos planos, o trabalho dentro da estrutura da organização, e o uso adequado do poder e da autoridade. Organiza o trabalho e disponibiliza suprimentos.

A função organização para Marquis e Huston (1999, p.31) significa "estabelecer a estrutura para executar os planos, determinando o tratamento mais adequado a ser dado ao paciente e agrupar as atividades para atingir as metas da unidade. Incluem também o trabalho dentro da estrutura da organização e a compreensão e utilização do poder e da autoridade".

Siemers (1997, p.58) define que organizar como função do gerenciamento "é determinar o que deve ser feito, quem deve fazê-lo, quem se reporta a quem e onde são tomadas as decisões".

A função de **direção** conduz o trabalho da unidade de enfermagem, usando os recursos disponíveis, determinando atribuições. Está representada na administração de conflitos, na delegação de responsabilidades, na comunicação e no incentivo à participação/colaboração.

A direção é a função administrativa, segundo Chiavenato (2000a, p.480), que se refere "ao relacionamento interpessoal do administrador com seus subordinados. Para dirigir as pessoas, o administrador precisa saber comunicar, liderar e motivar. A direção constitui um processo interpessoal que determina as relações entre os indivíduos". O autor afirma ainda que a direção se distribui por todos os níveis hierárquicos da organização, "denomina-se direção no nível institucional, gerência no nível intermediário e supervisão no nível operacional".

A **coordenação** implica nas funções relativas ao pessoal que consistem em "recrutar, entrevistar, contratar e orientar os funcionários, além da organização de escalas, desenvolvimento de pessoal e também a socialização dos funcionários (MARQUIS e HUSTON, 1999, p.31).

Siemers (1997, p.33) afirma que o coordenador deve conduzir o grupo de modo eficiente e que seja capaz de "otimizar o trabalho da equipe".

A função **controle** se expressa na avaliação de funções e resultados, do desempenho individual e da equipe. Também na auto-avaliação, no controle de qualidade, no controle ético, legal, profissional e acadêmico.

Chiavenato (2000b, p.346) entende que "a essência do controle reside na verificação de se a atividade controlada está ou não alcançando os resultados desejados. Parte-se do princípio de que estes resultados foram previstos e precisam ser controlados. Assim, o controle pressupõe a existência de objetivos e de planos, pois não se pode controlar sem planos que definam o que deve ser feito".

### 3.3.2 Os Instrumentos Gerenciais

O trabalho gerencial se configura como um desafio às capacidades e habilidades da enfermeira, que brotam e se desenvolvem no dia-a-dia. No gerenciamento do processo de cuidar, a enfermeira se utiliza de instrumentos gerenciais que a auxiliarão para atingir os objetivos e as metas propostas. Alguns autores se utilizam de outras terminologias como: ferramentas e estratégias, para identificar os meios utilizados pela enfermeira no gerenciamento.

Na função administrativa, a enfermeira se utiliza da habilidade de liderança, da comunicação, da supervisão; da avaliação, e da delegação. Além dos instrumentos citados, acrescentam-se outros mais como: a participação, a motivação, a negociação, o trabalho em equipe, a educação continuada e a criatividade.

A **liderança** é um instrumento necessário no desenvolvimento do trabalho em equipe, para a tomada de decisões; é preciso conhecer as normas da instituição (habilidades conceituais), possuir conhecimento técnico-científico (habilidades técnicas assistenciais) pertinente à área de enfermagem e também dominar as teorias administrativas (habilidades técnicas administrativas).

Ao discorrer sobre a importância da liderança para o desenvolvimento de um gerenciamento efetivo, Antunes (2001, p.21) afirma: "a liderança é um fator fundamental ao bom gerenciamento do serviço de enfermagem e conseqüente à qualidade da assistência prestada ao paciente. Por isto é indispensável que a enfermeira, que a todo momento atua como líder no desempenho de suas atividades, esteja capacitada para atuar como 'líder competente' nas diferentes situações profissionais".

Para o desenvolvimento das habilidades de liderança da enfermeira, é necessário "elevar a consciência das enfermeiras por meio de uma contínua crítica ao sistema atual, e a de oferecer fundamentos lógico-filosóficos e práticos para mudanças essenciais, baseadas em valores da enfermagem e no papel central que a enfermagem assume no processo de assistência à saúde" (EDWARDS apud MARQUIS e HOUSTON, 1999, p.27)

Gerenciar implica **comunicação**, sendo que esta se processa na troca de idéias e informações. Vai muito além de meras palavras. Faz-se presente em todos os aspectos das ações e relações do dia-a-dia. A vida e o trabalho giram em torno dela. É ancoragem no desenvolvimento da compreensão e no respeito mútuo, tão indispensável às nossas relações com colegas de trabalho e com os pacientes.

Para Bittes Junior e Matheus (2000), o conhecimento da comunicação é o processo que viabiliza a qualidade das relações interpessoais, ou seja, com a equipe de saúde, na descrição dos cuidados prestados ao paciente, família e comunidade.

Ao discorrer sobre a importância da comunicação, Antunes apud Antunes (2001, p.17) sugere:

O enfermeiro deve implementar uma comunicação aberta, franca natural e eficaz de forma a eliminar os ruídos ou bloqueios, para facilitar o fluxo em todas as direções: descendente, ascendente e lateral. Ela permite iniciar e conduzir os esforços, implantar novas metodologias e novas técnicas de trabalho, se preocupa em divulgar as informações. o conhecimento disponível e planos de trabalho em todos os níveis. Desta forma a comunicação é um fator determinante de sucesso ou insucesso na ação gerencial do enfermeiro.

A comunicação na Enfermagem, na visão de Bittes Junior e Matheus (2000), se mostra como necessidade humana básica, instrumento este que a enfermeira deve

utilizar com competência. A comunicação vista como instrumento contribui para a realização e aperfeiçoamento do saber-fazer profissional.

A enfermeira, na visão de Cunha (1991, p.128), ao desenvolver a **supervisão** "deve tentar, a partir do conhecimento das características individuais de seus funcionários e dos objetivos do serviço de enfermagem, adequar o tipo de relacionamento, e o tipo de atividades a serem desenvolvidas, propiciando com isso melhor adaptação do homem ao trabalho". A supervisão, com enfoque na orientação e como facilitadora do processo de trabalho, coopera para que as pessoas se mantenham motivadas e ocorra crescimento profissional.

Para Zanei et al. (2000, p.120), "no gerenciamento global da assistência de enfermagem, a utilização da **avaliação** pela enfermeira, como instrumento de trabalho, envolvendo estrutura, processo e resultado, permitirá a realização daquilo que é esperado por toda a equipe de enfermagem, ou seja, atendimento humanizado individualizado e com qualidade garantida". A avaliação deve estar presente em todas as fases do processo gerencial, de forma contínua, permitindo assim os ajustes necessários a cada ação desenvolvida.

A enfermeira, ao distribuir atividades e responsabilidades, deve fazê-lo de forma efetiva, permitindo à equipe a autonomia necessária para realizar as tarefas **delegadas**.

Segundo Erdmann e Pinheiro (1998, p.92), "o gerente pode e deve delegar, sem no entanto, tolher a existência do outro enquanto ser pensante, que discute e revê suas funções. Não basta mandar fazer e sim estabelecer uma relação com o grupo de trabalho, para que este fazer seja inerente aos objetivos da equipe, que deixe de ser obrigação mecânica e passe ao nível de necessidade, de tarefa intrínseca à vida do grupo".

Siemers (1997, p.66) afirma que o gerente ao delegar deve "não apenas atribuir ao funcionário a obrigação de uma tarefa, mas também a liberdade para agir e para decidir a forma como será supervisionada a execução da tarefa". A ação gerencial, centrada nos princípios de **participação** e envolvimento da equipe de enfermagem, é um instrumento a ser utilizado pela enfermeira que pretende realizar uma gestão inovadora.

Ao discorrer sobre o desenvolvimento de uma abordagem gerencial participativa, Ciampone (2002, p.8), afirma:

A gerência participativa está fundamentada no humanismo, pois é pautada no respeito e integração dos valores humanos, nas necessidades das pessoas e do trabalho. Considera o trabalhador como ser atuante na organização, com capacidade de desenvolver o seu papel com autonomia e de participar efetivamente nas tomadas de decisões relacionadas aos processos de trabalho dos serviços. A estrutura organizacional é flexível e adaptável, há maior confiabilidade nas interações informais e as decisões são descentralizadas. Esta proposta propicia o crescimento pessoal e profissional, contribuindo para que o trabalhador se sinta mais motivado e reconhecido.

A participação como instrumento gerencial se configura na distribuição do poder entre os componentes da equipe de enfermagem. Tal exigência é consequência das novas tendências da divisão do poder entre pessoas e grupos. Para Bordenave (1996, p.6), a participação é "uma necessidade fundamental de todos os seres humanos".

Por meio da liderança que exerce junto à equipe de enfermagem, a enfermeira deve estar atenta às questões que podem contribuir para o desencadeamento de situações que venham a desmotivar a equipe de enfermagem, porque segundo Bergamini (1986), **a motivação** é algo interno, pessoal; logo, não pode ser desenvolvida, e sim despertada e conservada pela enfermeira, com o conhecimento e atenção às necessidades individuais da equipe.

Cabe a enfermeira, estabelecer no ambiente de trabalho um clima favorável, no qual as pessoas sintam prazer ao trabalhar, onde possam expandir sua motivação e se desenvolver profissionalmente.

A **negociação** para Matos apud Santos, (1998, p.20), acontece espontaneamente, dentro de um processo democrático. Negociar significa "manter integração permanente no processo de conversação, que importa na normalidade do relacionamento". Sem a presença de uma boa comunicação verbal, a negociação não acontece, e o desgaste da negociação tende a gerar conflitos.

Rosso, Silva e Ciampone (2003, p.26) afirmam que "cada negociação independente dos resultados proporcionados, é uma grande fonte de aprendizado sobre a outra parte, sobre si mesmo e sobre o próprio processo de negociação realizado" As

autoras afirmam ainda, que um líder precisa perceber que sua liderança "depende do conhecimento técnico e da habilidade pessoal nos processos de negociação, mas depende sobretudo de suas atitudes".

Dentre os instrumentos indispensáveis para que o gerenciamento aconteça satisfatoriamente, é necessário também que a enfermeira se utilize do **trabalho em equipe**, preocupando-se com a instrumentalização deste grupo, por intermédio da educação continuada, pois deste depende a qualidade dos serviços.

Segundo e Riccio (2000, p.76), "o trabalho em equipe é um requisito vital para a obtenção de resultados, quando se considera o potencial sinérgico dos grupos: um conjunto de pessoas tem propriedades e qualidades coletivas que elas separadamente não manifestam. O trabalho em equipe é um instrumento básico para que o enfermeiro resgate a sua especificidade enquanto profissão".

A equipe de enfermagem tem como objeto principal o cuidar. O espírito de equipe e de união devem permear o processo de assistência, para que as diferenças individuais: técnica, social e psicológica não comprometam o fazer coletivo. Como grupo as pessoas interagem, e se relacionam, pois sentimentos de escuta, de entendimento e aceitação permeiam o fazer cotidiano.

Os processos educativos desenvolvidos no trabalho devem favorecer o desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas. Por sua vez, a enfermeira responsável pelo desenvolvimento de programas de **educação continuada**, deve estar preparada para exercer o papel de educadora dentro de sua prática profissional.

Bezerra (2003, p.35) entende a educação continuada em enfermagem como: "um processo que busca propiciar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacitação profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social". A autora afirma ainda que a educação continuada atualmente é entendida como "um processo amplo que envolve aspectos de desenvolvimento integral do ser humano, não se limitando a treinamentos técnicos formais".

A **criatividade** se expressa na resolução de conflitos e nas inovações de rotinas, tão importantes para a enfermagem. Assim como, para Sá e Fugita (2000), a criatividade não deve ser utilizada apenas na resolução de problemas, mas também o enfermeiro deve utilizar seu talento criativo na associação de pensamentos e reflexões sobre a prática cotidiana, criando formas alternativas para o seu crescimento pessoal e profissional.

Gerenciar é estar com as pessoas. O processo relacional acontece na interação chefia-equipe, na qual o gerente atua como mediador, compartilha e estimula a participação do pessoal de Enfermagem nos processos decisórios, propõe desafios e não respostas prontas, e divide o poder e o *status*. Estes comportamentos geram o comprometimento da equipe e, conseqüentemente, a melhoria do cuidado ao paciente.

O êxito gerencial dependerá do conhecimento das funções e instrumentos gerenciais pela enfermeira e da forma como se utiliza desses recursos no seu processo de trabalho.

O aperfeiçoamento permanente, a investigação científica na busca de conhecimentos, a utilização de comunicação efetiva, o respeito pela individualidade, a possibilidade do crescimento coletivo por meio de reflexão e postura crítica, o desenvolvimento da criatividade a partir de liberdade e responsabilidade, atitudes de escuta, compreensão e aceitação e o desenvolvimento de vínculos afetivos, são comportamentos esperados e que devem ser instrumentalizados pela enfermeira, na busca da convergência do cuidar/administrar.

### 3.4 O GERENCIAMENTO E O CUIDADO

O cuidar surgiu de forma instintiva no interior das famílias e da comunidade. Ao homem cabia o provento material, e à mulher a administração da casa, promovendo a alimentação e a educação dos filhos. Com o passar dos tempos, a mulher assumiu o cuidado dos enfermos da família, fazendo parte deste contexto familiar. Este cuidado era realizado desvinculado de qualquer característica de tratamento médico.

Desde os primórdios das civilizações, o cuidado foi delegado às mulheres, a pretexto de suas habilidades próprias, advindas de sua condição de mulher e mãe (WALDOW, 1999).

Em pleno século XXI, ainda permanece, e não se pode negar a questão da predominância feminina, na prestação de cuidados aos doentes quer seja em instituições hospitalares ou clínicas.

No entender de Figueiredo (2001, p.180), o termo cuidar origina-se do latim *cogitare, cogitatem*, que em português é entendido como cogitar, imaginar, pensar, tratar de, dar atenção, ter cuidado com a saúde, curar e tem a mesma evolução temática para o cuidado. Assim, a enfermagem assistencial pode, epistemologicamente, dizer que assistir é cogitar, imaginar, pensar, dando à sua prática de cuidar sentidos emocional e racional que estão contidos na ação do cuidado.

Conceituar cuidado tem sido uma preocupação constante de diferentes autores, que buscam dar um cunho pessoal em suas interpretações, a respeito dos significados e das formas como este se processa, revelando o aspecto humano, o profissional, e também como uma visão abrangente do cuidado.

O cuidado humano é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma a promover o crescimento e o bem estar da outra (WALDOW, 1999).

Os estudos realizados por Watson (1985) e Waldow (1998) apud Crossetti, Buógo e Kohlrausch (1998, p.99) apontam como características do cuidado humano em enfermagem, o "cuidado profissional" e o "cuidado expressivo". O cuidado profissional é representado por ações de "natureza terapêutica", independentes e o/u dependentes de outros profissionais, envolvendo a execução de procedimentos de enfermagem, execução de ordens médicas, dentre outras ações complementares, e o cuidado expressivo compreende ações de "natureza propedêutica" representadas pelas ações educativas, apoio emocional, conforto espiritual e expressão de sentimentos.

Figueiredo e Machado (2001, p.197) abordam o cuidado de enfermagem nas suas dimensões de concretude e subjetividade partindo do princípio de que "o ato



de cuidar é feito para os seres humanos envolvidos pela dimensão concreta do cuidado, planejando, executando, observando, tocando todos os sentidos, ouvindo e comunicando-se, além de aspectos da esfera subjetiva como a imaginação, interpretação, intuição, emoção e sensibilidade, independente do ambiente em que está se exercendo está ciência sensível".

O cuidado é uma sucessão de momentos de cuidado; cuidar, portanto, não é uma mera execução de tarefas ou a realização de procedimentos prescritos pelo médico. Na enfermagem cuidar é entendido como uma atividade dinâmica, reflexiva, deliberada e baseada na interação humana. Entre os elementos que constituem uma relação de cuidado se encontram os de um sentimento de implicação ativa, uma disposição genuína para responder, presenciar, reciprocidade e o compromisso para promover o bem estar do outro (BENJUMEA, 2004).

O processo de cuidar reflete a forma como se dá o cuidado, sendo baseado na relação estabelecida entre paciente/enfermeira e equipe de enfermagem. Waldow (1999, p.149) descreve as características e os objetivos do processo de cuidar como: "um processo interativo, entre cuidadora e cuidado, em que a primeira tem um papel ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidar. Ações, comportamentos e atitudes com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente/cliente/ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana".

Elementos como arte e sensibilidade são fundamentais no processo de cuidar, pois segundo Figueiredo (2001, p.180), a ação de cuidar demanda "uma arte de cuidar que, é efêmera, graciosa e perene. Isso dá à arte da enfermagem um entendimento e um movimento diferentes e diferenciados. Efêmera porque passa rapidamente em ações repetitivas; perene porque fica a lembrança do cuidado do corpo de quem recebe, e graciosa porque é uma estética e uma nova ética".

O cuidar pela enfermagem, precisa ser realizado de modo diferenciado de outras formas de cuidar, para tanto é necessário atentar e contemplar nas ações de cuidado a individualidade e integralidade do ser humano.

Segundo Oliveira, Briggemann e Zampierre apud Nascimento e Mishima (2004, p.13), "a enfermagem tem como premissa básica o cuidado com o ser humano na sua totalidade e, de acordo com a sua natureza, reconhecendo-o como um ser com potencialidades e capacidades de agir e decidir, observando sua individualidade, expectativas e realidades".

Rollo (2002, p.326) reflete a respeito dos benefícios proporcionados ao se propor ações integrais de cuidado:

Imaginem o quanto melhora a relação de um doente com os profissionais, a partir do momento em que ele sabe que tem uma equipe determinada como responsável pelos seus cuidados (...) quem sabe o nome dessas pessoas, que um mesmo servidor interage com ele em várias rotinas assistenciais (...) o quanto este contato melhora a capacidade de percepção da equipe em relação ao paciente e sua doença. O modelo de organização do processo de trabalho em enfermagem segmentado e parcelado deve ser substituído pelo modelo de cuidados integrais.

Segundo Erdmann e Pinheiro (1998, p.89), "o grande desafio no gerenciamento do cuidado está em oportunizar ambiente e ações que propiciem um cuidado criativo, humano e de co-participação com as pessoas da relação neste processo em que o aceitar, o decidir e o liderar centralizam as estratégias do gerenciamento".

O gerenciamento do cuidado, tido inicialmente como gerenciamento da assistência, ao ver de Alves (1998), numa visão mais atual abrange também o gerenciamento das unidades, vista como oportunidade de intervir na assistência no seu aspecto mais global, do que como disfunção profissional.

O gerenciamento no processo de trabalho da Enfermagem tem como foco principal a organização do processo de cuidar, isto é, o planejamento de ações compartilhadas de modo que a equipe de enfermagem, sob a liderança do enfermeiro, desenvolva o processo de trabalho com eficiência e qualidade.

Para Ide (2001, p.160), a enfermeira tem por competência a coordenação do processo de cuidar e como instrumentos: "a sistematização do cuidar, a mediação das relações profissionais e a representação da sua equipe junto às esferas de gestão, interface com o processo de trabalho administrar".

Quando se pensa concretamente o processo de cuidar, vem-nos o entendimento de uma ação dinâmica, representada por movimentos interligados que estão num contínuo acontecer. É, pois, no acontecer do processo de cuidar que estes movimentos se dão, onde ao se encontrarem, cuidados e cuidantes estão sendo uns com os outros no ambiente que os circunda (CROSSETTI, 1997).

O processo de cuidar envolve inicialmente o diagnóstico, seguido do planejamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, supervisão e orientação da equipe de enfermagem, ações estas pouco desenvolvidas no cotidiano das enfermeiras.

O coordenador do processo de cuidar, cuida da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, interagindo, identificando e intervindo adequadamente em situações cotidianas. Precisa dominar a dinâmica do cuidado e do serviço, bem como o contexto da prática.

O trabalho gerencial se dá de forma imediata, representado pela organização e coordenação do processo de cuidar e na disponibilização dos meios para que o processo aconteça. Como forma mediata está o desenvolvimento de condições para a efetivação do processo de cuidar (CASTELLANOS et al., 1989).

Ao gerenciar o cuidar, a enfermeira se depara cotidianamente com condições estruturais inadequadas, a falta de recursos humanos e tecnológicos, não permitindo que o processo de cuidado se efetive com a qualidade necessária. O objeto que funda o trabalho da enfermagem é o cuidado, que não existe por si só, de modo dissociado de um contexto sobre o qual incide a atividade do trabalho.

No gerenciamento do cuidar, a enfermeira deve levar em conta a multiplicidade do ambiente do cuidado, da organização e de cada membro do grupo, que desenvolve o processo de cuidar ou é cuidado. O processo gerencial, descentrado do processo de cuidar, produz a invisibilidade do seu trabalho, pois distancia a enfermeira de seu foco principal do trabalho em enfermagem: o ser que é cuidado.

Na prática cotidiana, é essencial que a enfermeira se aproprie dos instrumentos gerenciais, na tentativa de inovar e transformar o processo de cuidar. Para tanto é necessário que esta desenvolva suas habilidades processuais (organizar, planejar; dirigir; coordenar e avaliar/controlar) e suas habilidades básicas (conceituais, psicossociais e técnicas), ancorando-se nos conhecimentos técnico-científico-filosóficos, e na participação e envolvimento da equipe de enfermagem na construção e desenvolvimento das ações do processo de cuidar. O grau de envolvimento e de comprometimento da equipe de enfermagem influencia sobremaneira o alcance dos objetivos e resultados esperados.

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico aborda noções fundamentadas em autores como Trentini e Paim (1999; 2004) referentes à pesquisa convergente assistencial; Spradley (1980) a respeito da observação participante; Lefèvre e Lefèvre (2003) concernente às análises qualitativas, noções estas que forneceram o suporte metodológico para o desenvolvimento da pesquisa.

### 4.1 A PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo et al. (2000a, p.21), se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com "o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".

Na realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o conhecimento e envolvimento no espaço social permitem ao pesquisador estar em contato direto com o objeto específico de seu estudo, propiciando um maior aprofundamento do fenômeno que investiga. A abordagem qualitativa adentra no mundo dos significados das ações e relações humanas desenvolvidas no contexto social pesquisado.

Conforme Trentini e Paim (1999), a pesquisa qualitativa estuda o fenômeno na sua totalidade e valoriza a subjetividade. Na pesquisa qualitativa, a fundamentação teórica vai sendo construída após a análise das informações, sendo que esta não aceita orientações teóricas diretivas e, portanto, a sustentação teórica, na pesquisa qualitativa, não estará necessariamente no início do estudo para direcioná-lo, mas somente para apoiar a sustentação do tema.

Os instrumentos de trabalho de campo, na construção de uma pesquisa qualitativa e que podem ser utilizados como formas para a coleta de dados, incluem as entrevistas, a observação participante e os grupos de discussão.

A abordagem metodológica escolhida e que dá sustentação a este estudo, intitulada Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), é fruto das reflexões teóricas e trabalhos práticos vivenciados pelas professoras Dr.<sup>a</sup> Mercedes Trentini e Ligia Paim (1999; 2004), no Núcleo de Convivência em situações Crônicas de Saúde (NUCRON). Este núcleo foi criado em 1987 e, a partir de 1992, iniciou um programa de pesquisa incluindo atividades de pesquisa, ensino e assistência desenvolvidas simultaneamente, "sendo a pesquisa-convergente assistencial um dos métodos mais utilizados nas pesquisas realizadas neste grupo de pesquisa" (TRENTINI e PAIM, 2003, p.201).

A modalidade de pesquisa convergente-assistencial foi consolidada com diversas publicações de trabalhos realizados, nos quais as autoras discorrem acerca dos propósitos e desenvolvimento desta concepção metodológica.

A pesquisa convergente-assistencial foge dos modelos tradicionais de pesquisa, pois não estabelece métodos específicos. O método aglomera vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações, desde que atendam os principais critérios da pesquisa convergente-assistencial propostos por Trentini e Paim (1999):

Ter como propósito a resolução de problemas, sejam de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo da prática; ser desenvolvida concomitante com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa, envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa.

Pesquisa, assistência e participação são os três elementos básicos da pesquisa convergente-assistencial. Ao comentarem os propósitos da pesquisa convergente-assistencial, Trentini e Paim (1999, p.27) afirmam que esta:

Não se propõe a generalizações; pelo contrário, é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe a refletir a prática assistencial a partir dos fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O ato de assistir/cuidar cabe como processo da pesquisa.

A trajetória da pesquisa convergente-assistencial deve seguir no seu processo de investigação, segundo Trentini e Paim (2004) as fases: de concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação.

Na fase de **concepção** são determinados: o tema a ser pesquisado, a questão de pesquisa, os propósitos, os objetivos, a revisão de literatura, introdução e justificativa. São geradas abstrações mentais, formuladas definições, inter-relações, argumentações e contextualizações.

As decisões metodológicas como a escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, dos métodos e técnicas de obtenção das informações, são tomadas na fase de **instrumentalização**.

As entrevistas e observação participante e outras formas que contemplem escutar o outro com sensibilidade e criatividade, de acordo com a ética da assistência e da vida humana, configuram estratégias para a obtenção de informações, que devem ser determinadas na fase de **perscrutação**.

A fase de **análise** compreende a apreensão (coleta e organização das informações), síntese, teorização e recontextualização.

Os resultados do processo: síntese (associações e variações das informações), teorização (relações reconhecidas no processo de síntese: pressupostos e questionamentos) e transferência (socialização dos resultados singulares) compõem a última fase da PCA, a fase de **interpretação**.

Para Dall Bello (2003, p.224) trabalhar com a metodologia convergente-assistencial permitiu: repensar, renovar, inovar e refazer sua prática profissional, sem contudo se distanciar do dia-a-dia, ao contrário, foi objeto de estudo, trabalho e reflexão, evidenciando maior qualidade e possibilidade na arte de ensinar/cuidar/pesquisar".

Ao se utilizar da metodologia convergente-assistencial, num estudo realizado envolvendo um grupo de pessoas na condição crônica de diabetes mellitus, Beltrame (2003, p.203), sugere que esta pesquisa "desmistifica o pensamento que somente a academia pode fazer pesquisa, pois como constatado no estudo realizado, esta

modalidade concilia a assistência e a pesquisa e deve ser realizada no cenário da prática assistencial".

Assim como Moretto (2003, p.224) afirma que a pesquisa convergente-assistencial por ela desenvolvida, "demonstrou que a prática dos enfermeiros, assistencial ou educativa, pode ser uma fonte inesgotável de pesquisa. Oportuniza discussões, reflexões críticas e sugere respostas às inquietações de forma agradável e com vínculo direto com o cotidiano".

Para Trentini e Paim (1999, p.26), a pesquisa convergente-assistencial "é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a relação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; portanto, este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado".

Ainda que a prática assistencial e a pesquisa convergente-assistencial possuam características particulares, uma depende da outra, e ambas precisam ser desenvolvidas simultaneamente, pois a introdução da pesquisa, no cotidiano do processo de trabalho da enfermeira, é um dos critérios básicos da metodologia convergente-assistencial.

#### 4.2 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A pesquisa convergente-assistencial é vista como pesquisa de campo, e como tal agrega a observação participante como técnica fundamental na obtenção de informações. A observação participante permite ao investigador a inserção nas atividades, apreendendo e experimentando no espaço social da pesquisa. Segundo Spradley apud Trentini e Paim (1999, p.89), o observador participante entra em uma situação social, com dois objetivos; "incorporar-se nas atividades próprias da realidade social e observar e anotar as atividades, os atores com suas relações e com os seus aspectos físicos da situação".



Conforme Spradley (1980, p.58), a observação participante "é chamada de participante porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo afetado".

As relações com o grupo pesquisado e a coleta de informações são facilitadas quando o pesquisador desenvolve a função de observação como participante, pois esta forma de investigação permite a coleta de informações mais precisas, o grupo demonstra mais interesse ao responder aos questionamentos, e o pesquisador é visto como parte do cenário.

A observação participante como processo é constituída de momentos decisivos: o primeiro deles é a "entrada no campo", o perfil dos informantes e a qualidade dos dados coletados que têm a ver com o impacto da entrada do pesquisador no campo. O segundo momento é entendido como a definição do "papel do pesquisador" no interior do grupo em que ele está se inserindo, e a "saída do campo" constitui outro "momento crucial", pois os vínculos formados durante o desenvolvimento do estudo não se desfazem automaticamente com a finalização da pesquisa (MINAYO, 2000b, p.143).

A intensidade da participação do pesquisador pode variar dependendo do tipo e da qualidade de informações que ele queira levantar no contexto do estudo. A observação pode ser realizada com diferentes graus de envolvimento, logo quando o pesquisador assume uma postura passiva, este só observa e não participa das atividades e nem se relaciona com as pessoas, por outro lado, ao assumir uma postura ativa, além de observar, este também participa do cotidiano de trabalho investigado.

Spradley apud Lenardt (2001, p.24) estabelece cinco tipos de participação determinados segundo o grau de envolvimento dos observadores, e que podem ocorrer no desenvolvimento de um estudo:

Participação **completa**: O pesquisador é visto como um participante comum, pois já está familiarizado com o contexto social da pesquisa e se configura como o mais alto grau de envolvimento participativo.

Participação **ativa**: neste tipo de envolvimento, o pesquisador inicialmente desenvolve a observação, e no decorrer, com o conhecimento e aprendizagem daquilo que os outros realizam, ele passa a externar o mesmo comportamento.

Participação **moderada**: nesta participação, o pesquisador busca um equilíbrio entre a participação e a observação, em um pertencer ou não ao grupo.

Participação **passiva**: o pesquisador está presente na ação, mas não participa ou interage com outras pessoas; após encontrar e determinar um lugar como "posto de observação", ele examina e toma nota dos acontecimentos ao seu redor.

**Não-participação**: o observador não tem envolvimento com as pessoas ou atividades observadas, mas é possível coletar dados somente pela observação, sendo esta, em algumas situações de pesquisa, a única saída quando o campo não permite nenhuma participação, ou por outro lado, pode ser uma estratégia quando o pesquisador não possui desenvoltura necessária e deseja evitar envolvimento.

A observação participante foi utilizada na composição do cenário do estudo. Para descrição do local da pesquisa, realizei a modalidade proposta por Spradley (1980), de participação moderada, que constituiu em observar, ouvir, examinar e registrar informações, equilibrando desse modo a participação e a observação.

### 4.3 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A análise dos dados, numa pesquisa qualitativa, compreende diferentes formas de análise; neste estudo, a técnica utilizada foi o "Discurso do Sujeito Coletivo" (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003, p.15) que a definem como sendo: "uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, dentre outros".

A proposta consiste, essencialmente, em analisar as informações verbais coletadas, retirando-se as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave; com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular.

Para Lefèvre e Lefèvre (2003, p.14), "quando se investiga algo que as pessoas efetivamente têm, esse algo já está completamente dado antes da pesquisa, enquanto que, quando se trata de pesquisa acerca daquilo que as pessoas professam, a variável existe de modo apenas virtual necessitando ser construída durante ou através do próprio processo de investigação".

Para o desenvolvimento da proposta, os autores do método DSC estabeleceram as seguintes figuras metodológicas:

### **Expressões-chave (EC)**

São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, e que revelam a essência do depoimento, constituem matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.

### **Idéias centrais (IC)**

É um nome, ou expressão lingüística que descreve, de forma sintetizada e precisa, cada um dos discursos analisados e cada conjunto homogêneo de expressões-chave.

### **Ancoragem (A)**

Algumas expressões-chave remetem não a uma idéia central correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem (esta figura metodológica não foi utilizada neste estudo).

### **Discurso do Sujeito coletivo (DSC)**

É um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela expressões-chave que têm a mesma idéia central ou ancoragem.

Lefèvre e Lefèvre (2003, p.16), afirmam que:

O sujeito coletivo se expressa, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de 'primeira pessoa (coletiva) do singular'. Trata-se de um "eu" sintático que, ao mesmo tempo que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que este "eu" fala pela ou em nome de uma coletividade. Este discurso coletivo permite trazer à luz o sujeito coletivo.

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, os autores recomendam que, para a tabulação dos dados coletados, o pesquisador siga rigorosamente os seguintes passos:

- a) Analisar cada questão isoladamente.
- b) Identificar e destacar em cada uma das respostas as expressões-chave das idéias centrais.
- c) Identificar as idéias centrais a partir das expressões-chave.
- d) Identificar e agrupar as idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar.
- e) Criar uma idéia central que expresse todas as idéias do mesmo sentido.
- f) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, deve-se aplicar alguns critérios: a coerência do discurso, o posicionamento próprio frente ao tema e a distinção entre a diferença e a complementaridade do DSC e a chamada "artificialidade natural".

## 5 METODOLOGIA

A trajetória metodológica desenvolvida nesta pesquisa compreende: o tipo de estudo, o cenário e os atores do estudo; os métodos e técnicas para a coleta, os registros e as análises dos dados, bem como, a operacionalização do processo de trabalho.

### 5.1 O TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, ancorado na concepção metodológica proposta por Trentini e Paim (1999), denominada Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), sendo sua principal característica a convergência com a prática assistencial.

Nesta investigação, as informações coletadas, na observação participante, nas entrevistas realizadas com as enfermeiras, e nos discursos das enfermeiras na oficina, foram tratados como dados de pesquisa.

A prática se evidenciou na oficina de prática educativa realizada com as enfermeiras, em relação ao gerenciamento do cuidar e, desta forma, articulou-se a pesquisa com a prática.

### 5.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo investigado compreendeu uma rede de hemodiálise da cidade de Curitiba-Pr, constituída por três clínicas independentes que prestam tratamento hemodialítico aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O conhecimento do cenário de atuação dos participantes da pesquisa foi relevante, para melhor entendimento do processo de trabalho das enfermeiras e de sua inserção no processo de cuidar.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As integrantes do estudo foram as enfermeiras atuantes na rede de hemodiálise, sendo que a totalidade dos profissionais 8 (oito) das três clínicas participaram das entrevistas individuais, e 7 (sete) realizaram a prática educativa. A enfermeira ausente na oficina, havia pedido demissão do trabalho, por mudança do local de residência.

O único critério estabelecido para fazer parte da pesquisa foi o de pertencer ao quadro de enfermeiras da rede de hemodiálise, por entender serem estas as que continham os elementos essenciais para o contexto do estudo pesquisado.

Na pesquisa convergente-assistencial, os participantes do estudo deverão ser pessoas envolvidas no problema, e dentre estes, os que apresentarem melhores condições para colaborar com informações abrangentes, enfocando o problema pesquisado (TRENTINI e PAIM, 1999).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), quando se tem um universo limitado, e o conhecimento de todos os elementos que o constituem, é possível compor pessoalmente a amostra, abrangendo todos os indivíduos, segundo as características que se deseja estudar.

### 5.4 A ABORDAGEM DO CAMPO E DOS PARTICIPANTES

Para a socialização da proposta do estudo, conversei inicialmente com enfermeira coordenadora da rede de hemodiálise com a finalidade de apresentar os objetivos do estudo e a trajetória a ser desenvolvida envolvendo o grupo de enfermeiras e, em conjunto, delineamos o cronograma das entrevistas e da prática educativa.

A inserção inicial no campo de pesquisa ocorreu sempre acompanhada da enfermeira coordenadora que me apresentava às demais enfermeiras. Nas incursões seguintes, me aventurei a percorrer sozinha o campo, reunindo informações e conversando individualmente com as enfermeiras, as quais pretendia envolver na pesquisa. Fiz pessoalmente o convite a cada uma delas, sondando interesses e disponibilidade para participar da entrevista e da oficina.

## 5.5 A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS

A metodologia convergente-assistencial permite a utilização de diferentes técnicas para a obtenção de informações, desde que sejam pertinentes ao desenvolvimento do estudo. Para a coleta de dados, utilizei os seguintes meios: a observação participante, as entrevistas e a oficina.

### 5.5.1 A Observação Participante

A concepção de observação participante, que utilizei como técnica de levantamento de dados, foi a proposição de Spradley (1980), na qual ocorre o envolvimento do pesquisador nas atividades cotidianas das unidades, apreendendo e experimentando no espaço social da pesquisa, por outro lado, muitas das informações, que não são levantadas nas entrevistas, são percebidas no transcorrer da observação.

Para a composição do cenário foi utilizada a observação participante (OP), segundo a proposta de Spradley (1980), que sugere um período de preparação (pré-observação) e após a realização de observações gerais por meio de um *tour*, descrevendo as principais características do cenário. Utilizei para descrição do local da pesquisa a participação moderada, que constituiu em observar, ouvir, examinar e registrar informações, equilibrando desse modo a participação e a observação.

### 5.5.2 As Entrevistas

Na pesquisa convergente-assistencial, a entrevista não se restringe a uma simples técnica de coleta de dados para o estudo, mas vai além, ampliando os horizontes de delimitação pelas implicações inerentes ao cuidado do paciente.

No entender de Lefèvre e Lefèvre (2003), a matéria-prima das pesquisas qualitativas é o discurso dos sujeitos entrevistados, logo o pesquisador deve empenhar-se para elaborar perguntas que auxiliem a sua produção. O discurso é a expressão verbalizada, por meio da qual o entrevistado expressa pensamentos, sentimentos e aspirações.

Para a obtenção de informações, foi utilizada entrevista individual (Apêndice). A entrevista foi composta por questões abertas com o objetivo de provocar o participante para que este respondesse aos questionamentos com suas próprias palavras, o que permite, segundo Grey (2001), obter um quadro mais completo das experiências dos sujeitos da pesquisa, do que o que seria fornecido por um questionário estruturado.

Inicialmente, realizei uma entrevista piloto com o objetivo de validar o instrumento e efetuar possíveis alterações, o que não foi necessário, haja vista que as perguntas formuladas mostraram-se pertinentes e suficientes para o desenvolvimento do trabalho.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, obedecendo ao cronograma estabelecido juntamente com a enfermeira coordenadora. Em cada uma das clínicas, foi reservado um espaço adequado que permitiu a realização das entrevistas num ambiente de privacidade, envolvendo apenas o pesquisador e o pesquisado. Precedendo os questionamentos, eram apresentados os objetivos e as etapas do trabalho, a seguir os aspectos éticos a serem seguidos no transcorrer do estudo; e por fim a enfermeira assinava o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos. Para preservar a identidade dos participantes, estabeleci os seguintes códigos: **Enf<sub>1</sub>**, **Enf<sub>2</sub>**; **Enf<sub>3</sub>**; **Enf<sub>4</sub>**, **Enf<sub>5</sub>**; **Enf<sub>6</sub>**, **Enf<sub>7</sub>** e **Enf<sub>8</sub>**, que foram utilizados na tabulação dos discursos professados individualmente pelas enfermeiras, mantendo esta ordem em todo o processo de organização e análise das informações apresentadas no Discurso do Sujeito Coletivo I e II.

### 5.5.3 A Oficina de Prática Educativa

Esta fase do trabalho abordou essencialmente os significados do gerenciamento do processo de cuidar percebidos pelas enfermeira no seu cotidiano e também o repensar deste processo.



A oficina foi proposta com o objetivo de refletir sobre o vivenciado das enfermeiras no gerenciamento do cuidado ao doente renal crônico submetido a tratamento hemodialítico, bem como, discutir e aprofundar os seguintes temas e questionamentos:

**Momento 1:** Diagnóstico da Realidade - "Como realizamos o gerenciamento do cuidar"?

**Momento 2:** Diagnóstico do Idealizado - "O que queremos realizar no processo do cuidar"?

**Momento 3:** Diagnóstico do possível - "O que podemos fazer para fomentar a convergência do cuidar/gerenciar"?

Após estabelecer os temas e questionamentos, enviei um convite prévio às enfermeiras, ressaltando a importância da participação de cada uma delas. Os textos de apoio retirados do referencial teórico deste trabalho, bem como, os dados coletados nas entrevistas e suas análises foram disponibilizados às enfermeiras com antecedência, para que estas pudessem estar embasadas para as discussões que surgissem no transcorrer da oficina. O espaço utilizado para a realização da oficina foi disponibilizado pela enfermeira coordenadora em uma das clínicas de hemodiálise que oferecia melhores condições para reunir o grupo de enfermeiras, um ambiente amplo e arejado, que continha os recursos audiovisuais necessários (quadro, *flip-charter*, gravador e aparelho de som). A oficina de prática educativa foi estruturada em três momentos, sendo que cada um deles teve a duração média de 60 minutos.

A operacionalização da oficina seguiu a proposta de Chiesa e Westphal (1995), que estabelece um encadeamento de momentos com temas predeterminados, desenvolvidos a partir de uma seqüência de ações: aquecimento, utilização de estratégias facilitadoras de expressão, problematização das questões, processo de troca de conhecimentos, análise e articulação com o tema geral.

Particpei da oficina realizando o papel de coordenador, procurando estabelecer um ambiente favorável de relacionamento e propício ao desenvolvimento das discussões. A utilização de dinâmicas para aquecimento do tema objetivou um ambiente de descontração e ludicidade que favoreceu a reflexão e a expressão dos participantes.

Segundo Oliveira apud Chiesa e Westphal (1995), a oficina de prática educativa possibilita conjugar a reflexão à ação, facilitando o emergir de conhecimentos acerca da temática, a partir de estratégias facilitadoras da expressão, para posteriormente, complementar o conteúdo e proporcionar o contato em grupo

As enfermeiras foram partícipes do processo, questionando e sugerindo estratégias para o problema em estudo. A pesquisa, a assistência e a participação constituem a base da metodologia convergente-assistencial, e da articulação destes elementos surge o elemento unificador nominado convergência que implica no "pensar e fazer" simultâneos, articula a teoria e a prática, sendo que a participação imprime uma conotação democrática ao processo (TRENTINI e PAIM, 1999).

Os discursos coletados no transcorrer da oficina são apresentados e analisados no instrumento intitulado Discurso do Sujeito Coletivo II.

Para o registro das informações, foram utilizadas técnicas mistas: gravações em fita cassete, anotações de campo e registro descritivo.

## 5.6 A ANÁLISE DOS DADOS

Por tratar-se de pesquisa de abordagem convergente-assistencial, a análise das informações qualitativas ocorreram simultaneamente com os processos de coleta de dados, permitindo que o pesquisador pudesse intervir no contexto quando necessário.

O tratamento das informações conduz à teorização sobre os dados qualitativos, produzindo o confronto entre a abordagem teórica e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição. As informações que compõem o perfil das enfermeiras foram analisadas segundo literatura pertinente a cada segmento.

Os discursos foram coletados nas entrevistas e na oficina de prática reflexiva, após a organização das expressões-chave e a composição de seus respectivos Discurso do Sujeito Coletivo, seguindo os passos do Instrumento de Análise de Discurso. Os DSCs foram comentados e analisados com a utilização de referências de literatura adequadas a cada tema.

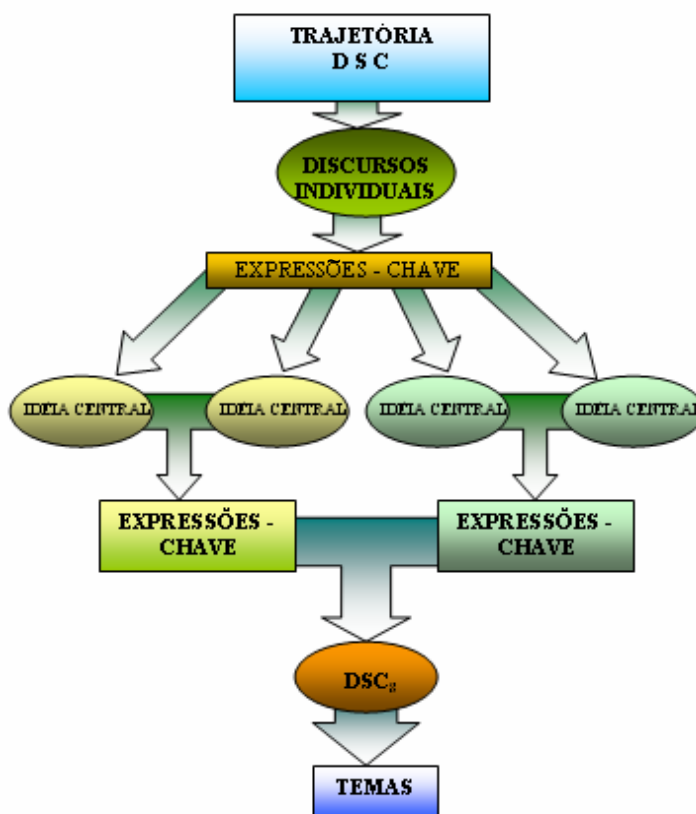
## 5.7 A APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados nas entrevistas e na oficina são apresentados por meio de expressões-chave retiradas do discurso individual professado pelas enfermeiras e agrupados segundo idéias centrais semelhantes, dando origem a um discurso síntese denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo o proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003, p.56).

Os dados coletados da Observação Participante foram apresentados de forma descritiva na composição do cenário da pesquisa. As informações retiradas das entrevistas para compor o perfil das enfermeiras atuantes nas clínicas de hemodiálise são expressas descritivamente.

A trajetória utilizada para a organização e tabulação dos dados é apresentada na figura 1.

FIGURA 1 - TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO I

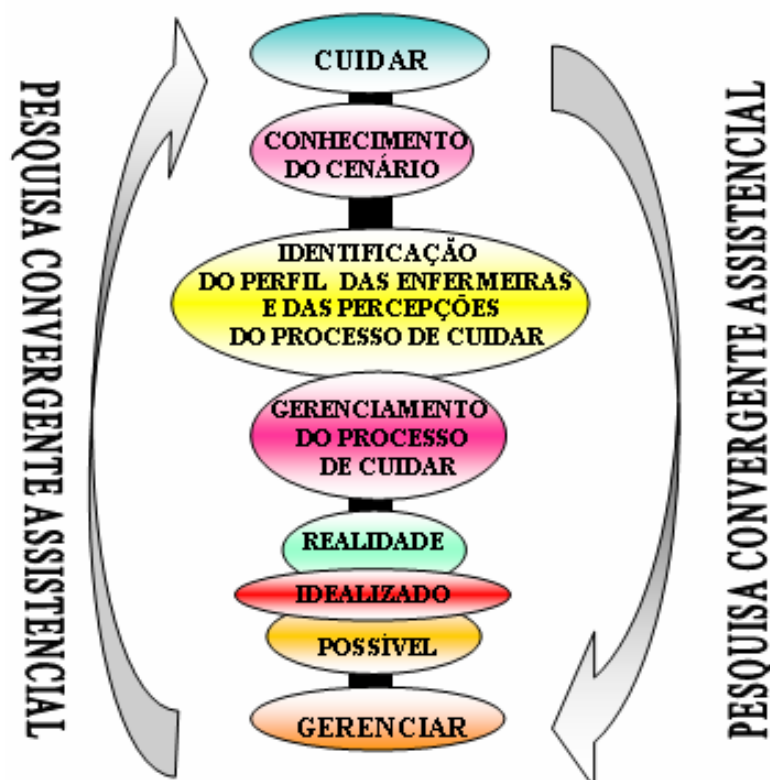


A figura 1 apresenta o caminho percorrido para a composição dos temas emergentes dos discursos coletivos que foram analisados e apresentados no capítulo que trata dos resultados da pesquisa. Inicialmente, são retirados dos discursos individuais proferidos as expressões-chave. A seguir, as expressões-chave são agrupadas reunindo as idéias centrais semelhantes de todos os participantes, que vão gerar um novo agrupamento de expressões-chave. Para cada grupo de expressões-chave semelhantes foi construído um novo DSC.

## 5.8 O DESENHO DA TRAJETÓRIA DO ESTUDO

As ações desenvolvidas no contexto pesquisado, para a coleta de informações e socialização das propostas do estudo por parte das enfermeiras, são mostradas (figura 2), para melhor compreensão da seqüência em que foram desenvolvidas.

FIGURA 2 - DESENHO DA TRAJETÓRIA DO ESTUDO



O desenho da trajetória do estudo (figura 2) representa: 1 - O conhecimento do cenário, 2 - As entrevistas (o perfil e percepções das enfermeiras a respeito do gerenciamento do cuidar), 3 - A oficina que abrange três momentos: a realidade do gerenciamento nas unidades de hemodiálise, o idealizado segundo as enfermeiras e o diagnóstico do possível - o que podemos fazer para convergir o cuidar/gerenciar. O cuidar e o gerenciar também são mostrados como ações convergentes, aproximados segundo os propósitos da pesquisa convergente-assistencial.

## 5.9 O RIGOR DA PESQUISA E OS ASPECTOS ÉTICOS

O rigor, na pesquisa convergente-assistencial (PCA), se manifesta quando são mantidos, durante todo o processo de investigação, os critérios essenciais que a embasam; não valorizando a neutralidade e enfatizando a participação dos sujeitos na pesquisa e a colocação do pesquisador no papel de sujeito. Um dos pilares da PCA consiste na crença de que a realidade é múltipla e pode ser construída. A PCA é entendida como um agregado de normas científicas de procedimentos metodológicos e de imaginação científica, respaldada pela prática de enfermagem que é vista como um misto de ciência, tecnologia e arte.

No desenvolvimento da pesquisa, procurei manter a fidelidade ao critério de **credibilidade**, requerido para atender ao rigor científico, segundo a proposta da PCA. E que se expressou: na trajetória da pesquisa, que é desenhada com clareza, na transparência e fidelidade às interpretações das informações coletadas junto aos participantes, na configuração do cenário de pesquisa; na valorização dos dados não no tamanho da amostra e nos resultados subsidiados na prática assistencial pesquisada apresentando sugestões e possibilidades para um repensar da prática gerencial das enfermeiras atuantes nas clínicas de hemodiálise.

Segundo Trentini e Paim (2004, p.108), "...a ética da PCA coloca-se na referência à socialização da idéia no âmbito interno da equipe local onde a pesquisa está sendo projetada, (...) por se tratar de um tema emergente da prática assistencial,

impõem-se o respeito ao caráter coletivo das informações de todos os envolvidos com a questão que vai ser investigada".

A escolha por determinados participantes ocorreu após a concordância dos mesmos em participar do estudo, e a formalização do consentimento livre e esclarecido elaborado, conforme o artigo 35, da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde.

Inicialmente, encaminhei ao Diretor da Rede de Hemodiálise o termo de autorização para a realização da pesquisa, tendo recebido parecer favorável para o desenvolvimento do estudo na Rede de Hemodiálise, enviei o projeto ao Comitê de Ética do Setor de Saúde, da Universidade Federal do Paraná, que o aprovou em plenária, no dia 28/04/2004, consentindo assim, no desenvolvimento do trabalho.

## 6 OS RESULTADOS DA PESQUISA

### 6.1 A DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

As Clínicas de Hemodiálise estão localizadas em locais estratégicos que permitem atender os doentes renais crônicos dos diferentes bairros e região metropolitana do município de Curitiba-Pr. As estruturas físicas de duas Clínicas passaram recentemente por reformas, ampliando a capacidade e a qualidade dos atendimentos. O mesmo processo está ocorrendo na unidade mais antiga das clínicas, fundada em 1974.

Aproximadamente, 389 pacientes recebem tratamento hemodialítico, nas três clínicas, divididos em três turnos, três vezes por semana, sendo que o processo tem a duração em média de 4 horas.

Uma equipe multiprofissional, composta por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, técnicos em manutenção, administradores, assistente social e psicólogos, trabalha em conjunto para um melhor atendimento ao doente renal crônico.

A equipe de Enfermagem é composta por 59 profissionais, 08 enfermeiras e 51 técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos em turnos variados de trabalho com duração de 6 a 12h.

A coordenação geral das três clínicas é realizada por uma enfermeira, denominada **enfermeira coordenadora**, que está presente em cada uma das clínicas, dois períodos por semana. Suas funções são de supervisão, provisão de recursos humanos, materiais e tecnológicos, estabelecimento de normas e rotinas, participação em reuniões, grupos de pesquisa e a coordenação de programas de educação continuada para atualização de técnicas e métodos de trabalho.

As enfermeiras coordenam o trabalho da equipe de enfermagem, elaboram escala diária e mensal de trabalho, realizam pedido de material de consumo e medicamentos, fazem a estatística semanal das intercorrências e de reuso, levantam os problemas da Unidade, acionando os serviços de apoio, dentre outros.

O cuidado direto ao doente renal é exercido pelo auxiliar da sala de hemodiálise (auxiliares e técnicos de enfermagem), que acompanha o paciente durante todo o processo do tratamento hemodialítico: monitorização do peso, instalação na máquina, e atenção as intercorrências advindas do tratamento.

### 6.1.1 A Estrutura Física

A estrutura física das clínicas de hemodiálise estão adequadas em consonância com a legislação vigente (RDC n.º 154/2004) que estabelece os padrões de funcionamento dos serviços de terapia renal substitutiva.

Para um melhor entendimento do cenário onde atuam as enfermeiras participantes deste estudo, descrevo, a seguir, a composição da estrutura física de uma das clínicas de hemodiálise:

- **Secretaria:** toda a parte de documentação da clínica e dos pacientes é armazenada neste local. Outros procedimentos como a impressão dos prontuários de pacientes novos; atualização dos prontuários dos pacientes em tratamento e fechamento dos prontuários dos óbitos. Neste espaço, também é realizado o faturamento da clínica, a parte de estatística e o encaminhamento de exames e de medicações especiais.
- **Sala de reuniões:** destinada à realização de reuniões de cunho administrativo e científico; treinamento de funcionários e encontros com pacientes e familiares.
- **Consultório médico:** onde ocorre a consulta médica dos pacientes em programa de tratamento; a primeira consulta dos pacientes novos e atendimento a familiares.
- **Copa:** ambiente reservado para armazenamento do lanche fornecido aos pacientes. O preparo é realizado por pessoal terceirizado, sendo entregue no período da manhã e acondicionado em refrigeradores; posteriormente, é distribuído pela copeira.



- **Sala de espera (2):** de uso exclusivo dos pacientes que estão aguardando o horário do tratamento, ou que esperam por transporte ou o acompanhamento dos familiares. A distribuição do lanche é realizada neste local. Na sala de espera estão dispostos armários para a guarda de pertences dos pacientes.
- **Sala de hemodiálise n.º 1:** nesta sala, estão dispostas 14 máquinas, sendo que às 2.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e sextas-feiras a sala é disponibilizada para o atendimento exclusivo de pacientes portadores do vírus de hepatite "C".
- **Sala de hemodiálise n.º 2:** é o local onde se realiza o tratamento propriamente dito, contém balança para pesagem pré e pós tratamento hemodialítico, e um tanque para higienização da fístula, sendo que o paciente é orientado para lavar o braço antes de iniciar o tratamento. Esta sala conta com 28 máquinas.
- **Sala de trânsito:** Neste espaço, que conta com 2 máquinas, são recebidos os pacientes de outras cidades e estados para o tratamento temporário (enquanto o paciente estiver fora de seu domicílio). A diálise em trânsito precisa ser agendada previamente. Os pacientes novos também são tratados nesta sala até que se obtenham os resultados da sorologia para hepatite "B" e HIV.
- **Salas de reuso (2):** ambientes onde são realizados o reprocessamento dos capilares e linhas utilizadas no tratamento hemodialítico. São utilizadas máquinas específicas para este fim. Nas salas de reuso, são armazenados os materiais de todos os pacientes que fazem tratamento, sendo que uma das salas é específica para o reprocessamento de materiais dos pacientes portadores do vírus de hepatite "C".
- **Sala de emergência:** onde são atendidas as emergências que acontecem durante o tratamento. Está equipada com carrinho de emergência, desfibrilador; monitor cardíaco, oxigênio e demais equipamentos utilizados em situações de emergência.

- **Expurgo (2):** um para cada sala de hemodiálise; neste local, são desprezados os materiais e dejetos provenientes dos pacientes.
- **Sala do serviço social:** utilizada pela assistente social para orientações ao paciente e familiares, e atividades afins.
- **Sala da nutricionista:** Atendimento a pacientes e familiares para orientações e acompanhamento nutricional.
- **Sala das enfermeiras:** nesta sala, as enfermeiras realizam as atividades administrativas, conversam com os funcionários, realizam passagem de plantão e recebem pacientes e familiares.
- **Sala da manutenção:** destinada à manutenção e consertos de equipamentos.
- **Almoxarifado:** local para guarda de materiais e medicamentos utilizados no tratamento dos pacientes.
- **Sala de tratamento da água:** neste local, estão dispostos os filtros necessários para a retirada de impurezas, sais minerais e outros aditivos presentes na água destinada ao tratamento hemodialítico. Outro equipamento presente na sala de tratamento da água é o tanque de armazenamento de água tratada que é distribuída por intermédio de um sistema especial de canalização até as máquinas de diálise.
- **Sala de depósito de materiais de limpeza:** sala utilizada pelos profissionais de conservação e limpeza (serviço terceirizado) para a guarda de produtos e equipamentos de limpeza.
- **Vestiário masculino e feminino:** ambientes individuais que, além de armários para acondicionamento dos pertences dos funcionários, contam com instalações sanitárias e chuveiro.
- **Copa dos funcionários:** A instituição oferece refeições e lanches aos funcionários, que são preparados por pessoal terceirizado, fora do ambiente institucional e devem ser consumidos na copa.

- **Casa do gerador:** fornece energia em situações de falta de energia na região onde está localizada a clínica.

Na estrutura física, está sendo projetada a construção de um abrigo para acondicionamento de resíduos de saúde.

O conhecimento do cenário de atuação dos participantes da pesquisa, bem como a descrição dos ambientes, que compõem a estrutura física, foram relevantes para melhor entendimento do processo de trabalho das enfermeiras e de algumas terminologias utilizadas nos discursos coletivos.

## 6.2 PERFIL DAS ENFERMEIRAS ATUANTES EM UMA REDE DE HEMODIÁLISE EM CURITIBA

Os dados coletados nas entrevistas individuais realizadas com as participantes do estudo, com o objetivo de mostrar o perfil das enfermeiras atuantes nas clínicas de Hemodiálise, são apresentados descritivamente e analisados com base em referências de literaturas pertinentes às informações levantadas.

### 6.2.1 Participantes do Estudo quanto ao Sexo

A enfermagem social e historicamente tem sido desempenhada essencialmente pelas mulheres, fato que atualmente vem sofrendo alterações, pois já é visível, mesmo que em pequeno número, a inserção do homem neste campo de atuação.

Os dados coletados reafirmam o exposto acima, pois, 7 dos participantes do estudo são mulheres, e 1 pertence ao sexo masculino. Segundo Silva (1996, p.19) "a enfermagem é uma atividade que sempre foi vista como afeita ao ser feminino à medida que ela tem sido identificada como um ato de cuidar, que exige de quem executa características que são vistas como fazendo parte da natureza feminina".

Benjumea (2004), acrescenta que o cuidar continua sendo um trabalho realizado fundamentalmente por mulheres, ainda que haja mais homens, atuando principalmente no cuidado domiciliar.

### 6.2.2 Participantes do Estudo quanto à Idade

A Hemodiálise é uma área especializada e complexa, que exige um perfil diferenciado de profissional com qualificação adequada para o desempenho de atividades específicas. Nem sempre a enfermeira possui o perfil adequado e com isso ocorre rotatividade, o que demanda novas contratações.

Os dados apontam que 4 das enfermeiras têm idade compreendida entre 20-29 anos, 2 delas entre 30-39 anos, e 2 das enfermeiras atuantes nas Clínicas de Hemodiálise têm mais de 40 anos. Um número significativo de enfermeiras (4) têm idade entre 20 e 29 anos e são egressos recentes do curso de graduação. Os alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná realizam estágios curriculares nas clínicas de hemodiálise, os que se sobressaem são selecionados pela coordenação da rede, e posteriormente contratados como funcionários.

De acordo com Bork, Hokama e Vátimo (2003), o papel da enfermeira está diretamente relacionado ao sucesso institucional na prestação do cuidado. Por outro lado, a aquisição de profissionais experientes, com visão assistencial focada no cliente e em resultados, é difícil, particularmente em tempos de alta rotatividade. É preciso determinar antecipadamente o perfil funcional desejado, pois este é essencial e deve direcionar a triagem nas admissões e nortear as estratégias de desenvolvimento intra-institucional.

### 6.2.3 Participantes do Estudo quanto à Qualificação Profissional

O levantamento dos dados com relação à qualificação profissional mostra que: 2 enfermeiras estão cursando mestrado, 2 possuem especialização, 1 capacitação, e 3 realizaram ou estão em treinamento na instituição. Profissionais capacitados, com

conhecimentos específicos, domínio de línguas e de informática são exigências do mercado de trabalho na sociedade contemporânea.

De acordo com Sá (1999), as especializações tenderão a crescer no século XXI, fato que constitui um desafio para a profissão, o propósito de assegurar que as enfermeiras mantenham vínculos essenciais com a enfermagem e com a profissão.

Por outro lado, Hampton (1994) afirma que o indivíduo que persegue, assimila e transforma em ação o conhecimento específico pode tornar-se um *expert*. A mesma autora considera como características da *expertise* a qualidade na tomada de decisão, a intuição, o conhecimento, as habilidades psicomotoras e a especialização clínica.

#### 6.2.4 Participantes do Estudo quanto ao Tempo de Atuação em Hemodiálise

Os dados levantados em relação ao tempo de atuação indicam que de um total de 8 enfermeiras, 6 atuam em Hemodiálise há menos de 5 anos, 1 de 6 a 10 anos, e 1 há mais de 10 anos atuando na especialidade.

Segundo Polak (1990, p.120), "existem muitas limitações para que um profissional com pouca vivência e domínio da prática tenha autonomia profissional e segurança na tomada de decisão junto à equipe multiprofissional e ao paciente, (...) o que permite o avanço de outras categorias na área de atuação própria do enfermeiro". Polak afirma ainda que as habilidades e limitações do enfermeiro para idealizar, prover e gerenciar cuidados de enfermagem resultam da qualidade da formação, do autodesenvolvimento e de seu tempo de experiência profissional.

### 6.3 ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO I

No DSC I, são analisados os discursos coletados nas entrevistas individuais realizadas com as enfermeiras das clínicas de hemodiálise, ordenados segundo as questões que embasaram as entrevistas.

## TEMA 1 - O conceito de gerenciamento do cuidado

O conceito do que se entende por gerenciamento do cuidado em enfermagem gerou várias idéias centrais que foram agrupadas segundo suas semelhanças em **A** e **B**, sendo que, no agrupamento **A**, foram reunidas as idéias centrais que abordam especificamente o paciente e, no agrupamento **B**, as idéias centrais que abrangem as diferentes formas do gerenciamento do cuidado. As expressões-chave de cada grupamento deram origem ao DSC correspondente.

Idéia Central **A**: Gerenciamento do cuidado direcionado ao paciente.

Expressões-chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"A planificação das ações de cuidado que você pode desenvolver para ajudar o paciente na recuperação de sua saúde".*

**Enf<sub>3</sub>** - *"...a forma sistematizada de desenvolver um labor, direcionado ao cuidado".*

**Enf<sub>4</sub>** - *"Ter um suporte que possa suprir todas as necessidades do paciente".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"...direcionar especificamente ao paciente e as suas necessidade, (...) o controle das necessidades do paciente, (...) eu preciso estar fazendo uma avaliação deste paciente e com a equipe estar resolvendo as questões relacionados ao mesmo".*

DSC:

*Gerenciamento do cuidado é a forma sistematizada de desenvolver um labor direcionado especificamente ao paciente e às suas necessidades. Eu preciso realizar a avaliação do paciente para determinar suas necessidades, e juntamente com a equipe estabelecer um plano das ações de cuidado, para ajudar o paciente na recuperação de sua saúde. Entendo o gerenciamento como um suporte para o desenvolvimento de ações voltadas às necessidades do paciente.*

O DSC expressa a preocupação das enfermeiras com o paciente, sendo este o fator determinante de suas ações. Gerenciamento do cuidar é visto como sistematização, avaliação, planificação e suporte para um cuidado efetivo.

O gerenciamento perpassa o planejamento de ações de cuidado ao paciente, pois, à enfermeira compete além da organização da assistência, o gerenciamento da unidade, o gerenciamento da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de

enfermagem), no que tange às suas ações de cuidar e ser cuidado, ações estas, que não estão contempladas no DSC.

O discurso evidencia também o desenvolvimento de um cuidar sistematizado. Para Fugita e Farah (2000, p.105), a sistematização da assistência "organiza o trabalho de enfermagem, através da operacionalização de todas as fases da metodologia do planejamento. Por outro lado, a negligência da sistematização da assistência é uma das principais razões da desorganização e falta de confiança nas atividades de enfermagem"

Reitero a importância da sistematização da assistência, quando esta for entendida como processo, uma metodologia assistencial adequada à individualidade de cada ser humano, não uma rotina preestabelecida pela instituição para atender uma grande demanda de pacientes.

Segundo o DSC, após o levantamento dos problemas do paciente e respectivos diagnósticos, a enfermeira tem condições de, juntamente com sua equipe, elaborar um planejamento de cuidado individualizado a cada paciente, o que raramente ocorre na prática cotidiana, visto que o planejamento quando acontece é realizado unicamente pela enfermeira ficando com os auxiliares e técnicos de enfermagem a execução do mesmo.

O planejamento de ações de cuidado, segundo Kron e Gray (1994. p.212), compreende: " (1) atribuir prioridades aos problemas já diagnosticados; (2) decidir os objetivos, ou seja a evolução final esperada pelos pacientes com base na assistência de enfermagem; (3) selecionar ações de enfermagem apropriadas para atingir esses objetivos; e registrar estas informações no plano de atendimento".

A enfermeira avalia as necessidades do paciente, planeja e supervisiona os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e avalia a evolução do paciente. Em síntese, o gerenciamento no DSC é visto como suporte no processo de trabalho da enfermeira com vistas à recuperação da saúde do paciente.

Idéia Central **B**: Gerenciamento do cuidado como uma visão integradora do cuidar.

Espressões-chave:

**Enf<sub>2</sub>** - *"...objetivos direcionados e planejados, o cuidado deveria seguir essas etapas para que o resultado fosse satisfatório e os objetivos deste planejamento fossem atingidos, (...) na assistência, no cuidado direto ao paciente, como na parte administrativa que também faz parte do trabalho"*.

**Enf<sub>6</sub>** - *"...é a condução que você dá para o seu trabalho de administrar e de direcionar como você acredita que deva ser o cuidado na unidade em que você trabalha"*.

**Enf<sub>7</sub>** - *"Gerenciar o cuidar abrange todas as partes: gerenciais, assistenciais, educativas e de pesquisa"*.

**Enf<sub>8</sub>** - *"Gerenciar é estar presente na sala de hemodiálise prestando cuidado, supervisionando, orientando e desenvolvendo um trabalho em equipe"*.

DSC:

*Penso que o gerenciamento do cuidado é a condução que você dá para o seu trabalho de administrar e de direcionar como você acredita que deva ser o cuidado na unidade em que você trabalha, tanto no cuidado direto ao paciente, como na parte administrativa que também faz parte do trabalho. Gerenciar é estar presente na sala de hemodiálise prestando cuidado, supervisionando, orientando e desenvolvendo um trabalho em equipe. O planejamento é um instrumento que eu devo utilizar para que os objetivos sejam alcançados e os resultados satisfatórios. Gerenciar o cuidar abrange todas as partes: gerenciais, assistenciais, educativas e de pesquisa.*

O discurso apresenta mesclagem de funções administrativas como: direção, condução, supervisão e planejamento. Por outro lado, fica evidente a responsabilidade da enfermeira na condução do processo de cuidado direto ao paciente e da parte administrativa considerado, este o seu trabalho. As diferentes atividades entendidas como gerenciar, apontam a interação entre o prestar o cuidado direto ao paciente e o gerenciar o processo de trabalho, como um todo. O planejamento é considerado parte integrante do gerenciamento do cuidar. É evidente no DSC que as enfermeiras detêm o saber teórico do que seja gerenciamento do cuidado.



O planejamento da assistência segundo Fugita e Farah (2000, p.104) implica: "em estabelecer os objetivos da assistência, analisar as conseqüências que poderiam advir de diferentes atuações, optar entre alternativas, determinar metas específicas a serem atingidas, e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica esperada".

O gerenciamento do cuidar, segundo o discurso das enfermeiras, vai além da assistência e do gerenciamento em si, sendo mais abrangente, pois se estende ao ensino e à pesquisa.

Este também é o pensamento de Nascimento (2004), quando afirma que o cuidar em enfermagem se concretiza através das ações de enfermagem que podem ser desenvolvidas nos diferentes campos de atuação: assistência/ensino/pesquisa.

Nas clínicas de hemodiálise, segundo o discurso das enfermeiras, o cuidado se expressa no gerenciamento da unidade como um todo, na organização da assistência (cuidado direto ao paciente), na educação dos pacientes, no programa de educação continuada e no treinamento dos funcionários novos que é realizado no local de trabalho. O cuidado também é visto como pesquisa, pois por tratar-se de um cuidar específico é necessário estar pesquisando novas técnicas, novos métodos e equipamentos para acompanhar as evoluções que ocorrem no tratamento hemodialítico.

## **TEMA 2 - Estratégias utilizadas no gerenciamento do cuidado**

As idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido semelhante, em relação às estratégias utilizadas no gerenciamento do cuidar pelas enfermeiras foram identificadas e agrupadas em três idéias centrais: "A", "B" e "C". O DSC apresentado foi construído pelas expressões-chave de cada agrupamento.

**Idéia Central A:** Estratégias direcionadas ao paciente.

Expressões - chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"O conhecimento e o envolvimento são primordiais para o estabelecimento de estratégias e ferramentas no gerenciamento do cuidado".*

**Enf<sub>3</sub>** - *"...passando a ele o significado da própria doença, como é o fato para que ele seja instruído e saiba como funciona todo o tratamento e que aceite e acredite na*

*forma de trabalho. Realizo uma entrevista com o paciente para poder esclarecer todas as dúvidas que ele tem, (...) no processo normal de diálise, vou acompanhando os sintomas estando sempre próximo, passando muita segurança aos pacientes".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"...a avaliação do paciente, e a partir deste instrumento em cima dos problemas levantados eu vou estar trabalhando e estabelecendo estratégias".*

DSC:

*O primeiro passo que utilizo antes de escolher as estratégias e instrumentos é o conhecimento do paciente. A avaliação do paciente é essencial, a partir deste instrumento e dos problemas levantados eu vou estar trabalhando e estabelecendo estratégias. Realizo uma entrevista com o paciente para poder esclarecer todas as dúvidas que ele tem. Conversamos sobre a doença e como funciona todo o tratamento para que ele aceite e acredite na forma de trabalho. Durante o tratamento, no processo normal de diálise, vou acompanhando os sintomas estando sempre próximo, passando muita segurança aos pacientes".*

Segundo o discurso professado pelas enfermeiras, o conhecimento e avaliação do paciente referentes aos seus problemas, são ações que devem preceder ao estabelecimento de estratégias. A composição do DSC também relata a utilização de entrevista como estratégia que permite o conhecimento e o envolvimento paciente/enfermeira.

O conhecimento e o envolvimento da enfermeira/paciente se desenrola geralmente segundo as concepções próprias de cada enfermeira. O diálogo às vezes se transforma em monólogo, onde são passadas e repassadas informações e recomendações relativas ao tratamento a ser seguido, que não são entendidas pelo paciente na sua totalidade, com isto, a adesão ao tratamento por parte do paciente não é a esperada.

Para Waldow (2001, p.291), é essencial "...aprender a realidade do outro tendo sensibilidade para o que está sentindo e vivenciando, isto é um requisito para o processo de cuidar, onde a confiança seria uma consequência". É preciso fazer o caminho inverso, primeiramente ouvir o paciente, recolhendo as informações e concepções que este possui para depois realizar as recomendações necessárias.

Mayerof (1971, p.57) ao discorrer sobre o cuidar de outras pessoas assevera:

Para cuidar de outra pessoa, devo ser capaz de entendê-la e ao seu mundo como se estivesse dentro deste. Devo ser capaz de ver, como se tivesse seus olhos, como o seu mundo é para ela e como ela vê a si mesma. Em vez de simplesmente olhar para ela de fora, com distanciamento, como se fosse uma raridade, devo ser capaz de estar com ela em seu mundo, "entrar" em seu mundo, para sentir de 'dentro' como é a vida para ela.

A conotação do cuidar do outro, que é apresentada por Mayerof, denota um conhecimento e envolvimento profundo por parte do cuidador em relação à pessoa que é cuidada; é entender a linguagem do outro, linguagem na maior amplitude possível, o que resulta numa interação eficaz.

Penso que as ações de cuidado a serem propostas, bem como, os objetivos a serem atingidos devem ser planejados para atender individualmente cada paciente, para que estes se tornem participantes ativos, realizando a sua parte no tratamento proposto, pois segundo afirmam Kron e Gray (1994, p.215), "os pacientes vão ficar mais satisfeitos e mais dispostos a aceitar a assistência se lhes for permitido tomar parte ativa no estabelecimento de objetivos para si mesmos. No entanto esses objetivos devem ser atingíveis pelos pacientes e aceitáveis para eles, seus familiares e equipe de enfermagem".

Por outro lado, há de se questionar a afirmação de que os cuidados são centrados no paciente, pois, Waldow (2001), afirma ser este um ponto crítico, que muitas vezes fica apenas no plano ideal e teórico, pois os problemas são retirados de sintomas e patologias segundo um modelo médico, e o plano de ações é direcionado para o cumprimento de tarefas satisfazendo as necessidades da clínica.

Há uma contradição entre o que é entendido como cuidar/cuidado e como o cuidado se efetiva, pois o plano de ações enfatiza os procedimentos e a patologia em si, e raramente contempla o ser humano que é cuidado.

O DSC faz referência ainda, que a enfermeira, ao acompanhar o tratamento do paciente, facilita a avaliação de novos sintomas e o estar próximo transmite segurança ao paciente.

O desconforto e a insegurança são gerados pela condição crônica da doença e pela dependência que esta provoca, daí a importância da comunicação entre os

componentes da equipe de saúde, especialmente da equipe de enfermagem por seu contato mais direto e contínuo com o paciente, como forma de fazer frente a seus medos, ansiedades e conflitos (SINNO, 1987).

Idéia Central **B**: Estratégias envolvendo o paciente e a equipe.

Espressões-chave:

**Enf<sub>2</sub>** - *"Eu tento fazer o direcionamento do cuidado para o paciente, (...) para a equipe de enfermagem. (...) o planejamento do tempo que eu tenho disponível para estar atendendo pacientes/funcionários/funcionamento geral da clínica".*

**Enf<sub>3</sub>** - *"...estar criando um elo com o paciente onde todos são envolvidos, enfermeiros, auxiliares técnicos e todos que estão na linha de frente".*

**Enf<sub>6</sub>** - *"Uma das estratégias que eu prezo por utilizar é o diálogo, pois a partir do momento que você consegue estabelecer um diálogo com o cliente e com a equipe as coisas começam a fluir".*

DSC:

*Tento fazer o direcionamento do cuidado ao paciente e o direcionamento da equipe de enfermagem. O planejamento do tempo é importante para acompanhar o paciente, funcionários e o funcionamento geral da clínica. Outra estratégia que eu prezo por utilizar é o diálogo, pois a partir do momento que você consegue estabelecer um diálogo com o cliente e com a equipe, o processo é melhor compreendido. Procuro estabelecer um elo envolvendo enfermeiros, auxiliares técnicos e todos que estão na linha de frente no cuidado ao paciente para que todos falem a mesma linguagem.*

As estratégias abordadas inicialmente neste DSC são o direcionamento do cuidado e o direcionamento da equipe. O planejamento do tempo é primordial para que a enfermeira possa gerenciar a assistência, a equipe e a clínica.

O DSC segue com a apresentação do diálogo como estratégia, envolvendo enfermeira/cliente/equipe para uma melhor compreensão do processo de cuidado. O diálogo como estratégia reporta a um cuidar humanizado, e para que isto aconteça é necessário a interação paciente/enfermeira e equipe. Um grupo se mantém unido por um elo de interesses comuns, que contribuem para um sentido de unidade.

Para que o diálogo não se torne ineficaz, Sinno (1987, p.124) propõe:

...uma relação profissional-cliente como um encontro real de duas pessoas, para viverem e experimentarem-se mutuamente e estabelecerem comunicação em uma situação significativa para elas. A autenticidade do encontro seria verificada pela manifestação que ocorreria no olhar, no gesto, no sorriso e no silêncio das pessoas que vivem o processo. O homem estaria presente, incorporando, em seu agir toda a sua existência, experiências, anseios e dúvidas. Dar-se-ia, assim, uma relação sujeito-sujeito. Esta interação comunicacional supõe, portanto, uma relação recíproca, na qual a coexistência, traduzida por solidariedade, é condição básica do homem.

O pensamento expresso por Sinno (1987) destoa do contexto atual da enfermagem, para que ele seja incorporado na prática é necessário que as enfermeiras juntamente com a equipe desenvolvam estratégias de aproximação na relação com o paciente, criando condições de diálogo, alicerçada numa interação real, proporcionando um canal de comunicação efetiva entre paciente/enfermeira/equipe.

Ao ressaltar a importância da interação no processo de cuidar Waldow (2001, p.291) assevera que: "ser que cuida e ser que é cuidado são reciprocamente dependentes (...) o cuidado deve ser vivido, sentido e experienciado".

A última composição do DSC faz menção na formação de um elo composto pelos profissionais envolvidos no cuidado, um elo baseado nas concepções profissionais, e o DSC não contempla o paciente no processo, com isto o elo de cuidar não se completa.

Por outro lado, Petitat apud Freitas (1994, p.31), ao discorrer sobre o papel da enfermeira, diz que esta "...exerce uma profissão-fronteira, comprimida entre um quadro institucional pesado e coercitivo e indivíduos singulares com definições esparsas: filha desta tensão, ela é encarregada de construir o elo de cuidar, de alimentar, enfim, de fechar singularmente o circuito anônimo...".

Idéia Central C: Estratégias direcionadas a recursos humanos, materiais e outros.

Expressões-chave:

**Enf<sub>4</sub>** - *"Eu não tenho planejamento a longo prazo e sim no cotidiano mesmo. As estratégias são isso identificar o problema, ter claro este problema em mente, como você precisa agir e utilizar o conhecimento e o apoio multidisciplinar, trabalhar em equipe. Tento motivar os funcionários, descontraindo o ambiente quando ele se torna pesado. Todos os dias a mesma rotina acaba estressando, (...) você fica congelado, enfim acomodado."*

**Enf<sub>7</sub>** - *"...estar prevendo e provendo todos os recursos humanos quanto materiais que são necessários para esse cuidado, estar provendo sua equipe de conhecimento básico e necessário, para estar realizando os cuidado, você se prover de conhecimento para realizar esse cuidado".*

**Enf<sub>8</sub>** - *"Minhas estratégias estão direcionadas à equipe, procuro desenvolver a conscientização, a responsabilidade e a aquisição de conhecimentos, (...) solicito que cada um tente se colocar no lugar do paciente, (...) procuro desenvolver o espírito de equipe".*

DSC:

*O meu planejamento é realizado no cotidiano, não tenho planejamento a longo prazo. Após a identificação dos problemas, estabeleço a forma de ação e para tanto me utilizo do conhecimento, do apoio multidisciplinar e do trabalho em equipe. Também considero como estratégias prever e prover recursos humanos e materiais que são necessários para o desenvolvimento do cuidado. Devo me instrumentalizar e à equipe de conhecimento básico e necessário, para estar realizando os cuidados. Tento motivar os funcionários, descontraindo o ambiente quando ele se torna pesado, pois, a mesma rotina de trabalho todos os dias produz estresse e acomodação. Acredito que desenvolver estratégias direcionadas à equipe, como a conscientização, a responsabilidade, a aquisição de conhecimentos e o espírito de equipe são prioritárias.*

O DSC refere o planejamento cotidiano como estratégia utilizada no gerenciamento do cuidar e menciona a ausência de um plano de ação a longo prazo.

A idéia de planejamento a curto prazo, a não preparação sistematizada, leva a um processo de improvisação, ao imediatismo, à medida que os problemas surgem passam a nortear o trabalho.

De acordo com Kron e Gray (1994, p.211) "o planejamento deve vir antes da ação; é determinar o curso da ação. A negligência no planejamento é uma das

principais razões da confusão e desorganização nas atividades de enfermagem e do atendimento deficiente aos pacientes. À medida que o atendimento de paciente se torna mais complexo, o planejamento se torna mais importante".

O DSC revela também a importância da previsão e provisão de recursos humanos e materiais como estratégias empregadas no gerenciamento. A provisão e previsão de recursos humanos e materiais garantem o funcionamento dos serviços de saúde, e a inadequação dos mesmos, compromete a qualidade dos cuidados ao paciente.

A enfermeira coordena as atividades relativas aos materiais, delegando funções de caráter burocrático, como: requisição de pedido de materiais, controle, guarda e solicitação de consertos, entre outros que podem ser executadas pelo pessoal auxiliar (CASTILHO e LEITE, 1994).

O DSC aponta ainda a importância da enfermeira se instrumentalizar e à sua equipe de conhecimentos básicos necessários à prestação de cuidados.

A capacitação da equipe de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira, e deve acontecer de forma contínua, permitindo ao profissional melhorar seus conhecimentos e competências técnicas na perspectiva de transformar a sua prática.

No dizer de Dilly e Jesus (1995, p.19) "o saber é essencial ao homem e o desejo de saber é inato. É necessário que haja um encontro do seu mundo interior com o exterior. Assim, aprende-se a achar respostas às situações que se configuram como problemas que precisam ser solucionados para que o homem possa sobreviver ou desenvolver-se como pessoa".

Acredito que a qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, resulta do conhecimento que emana do saber que estes dominam. A instrumentalização com base no conhecimento técnico-científico, vai além do saber básico necessário, como referido no DSC, pois permite à enfermeira e à equipe a ampliação dos conhecimentos anteriormente aprendidos, a apropriação de outras disciplinas que contribuem para a prática assistencial, bem como a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias que se fazem presentes no cotidiano assistencial.

A demanda institucional requer uma enfermeira "capaz de responder pelo cuidar do grupo de pessoas sob sua responsabilidade; um profissional instrumentalizado para interagir em equipe, identificando e intervindo adequadamente em situações clínicas específicas; capaz de ter o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade, incluindo o contexto da prática" (IDE, 2001, p.159).

Também são elencadas no discurso, como estratégias, a motivação e a descontração para combater o estresse e a acomodação, provocados pela rotina e mecanização dos procedimentos.

Britto e Carvalho (2003, p.366) entendem o estresse como sendo: "a avaliação que o indivíduo faz das situações a que está exposto como mais ou menos desgastantes, (...) situações negativas de difícil enfrentamento que acontecem em seu trabalho".

A profissão de enfermagem predispõe seus membros ao estresse, porque a equipe de enfermagem tem de lidar frequentemente com situações de vida e de morte. Além disso, outros fatores como: horários, condições e responsabilidades no trabalho ocasionam ansiedade, que é uma das causas do estresse entre o pessoal de enfermagem (KRON e GRAY, 1994).

Figueiredo e Machado (2001, p.191), inferem que "A enfermeira e sua equipe são corpos biológicos racionais-emocionais e instrumentos de ação-cuidado. Corpos cognitivos-sensoriais que têm saberes empíricos e científicos sobre os desvios de saúde dos outros, sem pensar na possibilidade do seu adoecer".

A prestação de cuidados tão específicos, como os destinados a pacientes submetidos à hemodiálise, leva ao estresse os profissionais de enfermagem, haja vista, tratar-se de pacientes crônicos, e que o tratamento constitui uma forma de continuidade de vida. Por outro lado, a mecanicidade presente no tratamento hemodialítico leva os cuidadores a apresentarem uma postura de "fazer por fazer", que empresta às atividades um sentimento de acomodação e um embrutecer de corpos, que se resume em a cada turno colocar o paciente na máquina, apertar o botão e supervisionar seu funcionamento.



As pessoas precisam sentir prazer no trabalho que realizam, e cabe à enfermeira responsável pelo gerenciamento da equipe preocupar-se com fatores de motivação, propondo e desenvolvendo ações que visem à satisfação no trabalho.

É oportuno ressaltar o pensamento de Corrêa (1994, p.38) ao discorrer a respeito da busca do prazer no trabalho de enfermagem:

É que o imperativo ético de cuidar do outro que deriva de sua profissão exige também o cuidar de si. É igualmente imperativo pessoal e institucional que ao profissional da saúde sejam proporcionados cuidados intelectuais – de formação continuada; cuidados psicológicos – de suporte no trabalho; cuidados de higiene – na preservação da saúde; cuidados afetivos na valorização profissional e humana.

Concordo com Corrêa, quando refere que é necessário que o cuidador cuide de si, para poder cuidar do outro, sendo competência da instituição proporcionar atenção à saúde de quem presta cuidado.

Para que isto aconteça, é necessário que ocorram mudanças pessoais, profissionais e institucionais, principalmente por parte da instituição, uma mudança na política de valorização profissional. Isto acarretaria a diminuição da rotatividade de funcionários e a amenização de fatores estressantes. O funcionário, ao perceber que é valorizado, melhora sua auto-estima e confiança, cuidando de si e dos outros com responsabilidade e competência.

### **TEMA 3 - Fatores que impedem o gerenciamento do cuidar**

Nos discursos individuais, foram levantadas um número diversificado de fatores que impedem ou dificultam o gerenciamento do cuidar, e desse modo surgiram várias idéias centrais a respeito do tema em discussão, os quais foram reagrupados segundo equivalência ou complementaridade em seis idéias centrais: "A"; "B"; "C"; "D", "E" e "F".

**Idéia Central A:** As atividades burocráticas como obstáculos para o alcance do gerenciamento idealizado.

Expressões-chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"A máquina administrativa impõe à enfermeira a realização de atividades burocráticas dentro do serviço, (...) as ações administrativas estão em primeiro lugar, são prioridade em muitas instituições".*

**Enf<sub>2</sub>** - *"...é a parte da burocracia, por a gente não ter autonomia para definir todos os papéis dos funcionários, (...) também a parte da burocracia pois o enfermeiro não possui autonomia total".*

**Enf<sub>3</sub>** - *"...o que mais dificulta o nosso labor é a parte burocrática, porque o enfermeiro hoje, pela pressão da administração, está deixando de lado o cuidado para ficar mais na parte burocrática".*

**Enf<sub>6</sub>** - *"No momento em que você entra na sala os funcionários mudam de postura, começam a ficar mais atentos aos pacientes (...) se portam de forma diferente quando você está presente na assistência do que quando você só se esconde na parte administrativa".*

**Enf<sub>7</sub>** - *"Pois o enfermeiro tem que atender telefone, atender pacientes que estão passando mal, tem que atender trânsito, tem que atender uma série de coisas, pedido de materiais e realizar curativos".*

DSC:

*A máquina administrativa impõe à enfermeira a realização de atividades burocráticas consideradas prioritárias em muitas instituições. A enfermeira não possui autonomia total para a tomada de decisões quanto às funções a serem desenvolvidas pelos funcionários. Pela pressão da administração, a enfermeira está deixando de lado o cuidado para ficar mais na parte burocrática. Desenvolve inúmeras atividades mesclando ações administrativas e assistenciais, tem que atender telefone, atender pacientes que estão passando mal, tem que atender trânsito, tem que atender uma série de coisas, pedido de materiais e realizar curativos. Percebo que quando a enfermeira entra na sala de hemodiálise os funcionários mudam de postura, começam a ficar mais atentos aos pacientes (...) se portam de forma diferente quando você está presente na assistência do que quando você só se esconde na parte administrativa....*

O DSC é centrado na questão burocrática, considerada pelas enfermeiras como o grande entrave na realização do gerenciamento do cuidar, a falta de autonomia para a tomada de decisões também é questionada. Percebem-se controvérsias e dificuldades no entendimento do que sejam atividades administrativas e atividades burocráticas.

Trevisan (1987, p.206) elenca como atividades administrativas burocráticas desenvolvidas pela enfermagem: "passar e receber de plantão; prover recursos humanos e materiais; orientar funcionários sobre normas, rotinas e atribuições; elaborar e manter a escala de funcionários; supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar; trocar informações sobre problemas da unidade com superiores; implementar ordens médicas; verificar prontuários, exames, escalas de cirurgias".

Como atividades administrativas, a autora cita: "realizar visita aos pacientes, orientar pacientes e familiares a respeito de exames, cirurgias, cuidados pós-alta, retorno e estado do paciente; transmitir e/ou receber informações à/da equipe de enfermagem sobre assistência; participar de reunião de grupo de estudos de educação continuada".

Mendes Gonçalves apud Lunardi Filho (2000, p.187) aponta:

...os enfermeiros por apresentarem uma concepção, aparentemente confusa do que seja administração, consideram como um ônus e sobrecarga as atividades administrativas que desempenham e que, conseqüentemente, os mantêm afastados dos pacientes, impedindo o desenvolvimento daquelas atividades às quais atribuem o sentido mais essencial do seu trabalho, ou seja, a supervisão, o treinamento do pessoal auxiliar e a execução de determinadas ações de cuidados diretos à clientela.

É evidente a existência de uma crise de identidade enfrentada pelas enfermeiras, pois estas receberam formação acadêmica mais voltada para assistência direta ao paciente e, no cotidiano, se deparam despreparadas para o exercício de uma função onde predominam atividades de cunho administrativo, logo o idealizado pela profissão não é concretizado na prática.

As instituições, na sua maioria, organizam o seu funcionamento segundo um modelo de gestão burocrática, que acentua a divisão do trabalho, acrescentando, no dia-a-dia, novas atividades àquelas já existentes para serem desempenhadas pela enfermeira. A enfermeira trava uma luta constante contra a "burocracia assustadora, contra o controle e olhares hierarquizados e a luta pelo reconhecimento de seus desejos, de sua identidade e de sua força dentro da instituição" (FREITAS, 1994, p.31).

Trevisan (1987, p.207) afirma que é comum entre as enfermeiras o entendimento de burocracia como sinônimo de preenchimento de papéis de fichas e

seguimento rígido de quesitos estatutários ou regimentais, e complementa: "quando eles criticam a burocracia referem-se de modo especial a este estado de coisas. Mas isso não é entender a burocracia, embora seja essa a forma deles responderem ao modelo. A importância excessiva atribuída por eles a normas e rotinas, e a conseqüente diminuição do número de relações personalizadas, constituem, por si só, disfunções da burocracia".

A falta de autonomia total, citada no DSC pelas enfermeiras, é decorrente da adoção de um modelo de gestão burocrática, na qual a autonomia e o poder são conferidos de acordo com a posição e função hierárquica exercida, e dos interesses da instituição.

O DSC faz menção ainda à questão da autoridade e do poder emanados pela presença da enfermeira no local onde se processam os cuidados de enfermagem. No comportamento dos subordinados, percebido e referido pela enfermeira, fica evidente um sentimento de temor e submissão que a presença da enfermeira desencadeia, longe de parecer um sentimento de respeito e confiança.

Ferraz (1997, p.12) afirma "...o estar-junto rejeita a relação de dominação-subordinação e nos empurra a agir estabelecendo organicidades, o que exigirá modificações de pensamentos, atitudes, ações e disponibilidades para vivermos harmonias conflituais que serão menos desgastantes se soubermos relativizar posições, facilitando a integração nas situações do dia-adia".

O poder tem por base a capacidade de uma pessoa ou grupo em influenciar o comportamento de outra pessoa ou grupo. A autoridade tem por base uma posição organizacional que confere o direito de usar o poder na direção das atividades dos subordinados.

A autoridade é definida especificamente para uma posição designada e nem sempre se refere a uma pessoa. O uso ponderado do poder e da autoridade é importante teste de capacidade da profissional de enfermagem em proporcionar uma liderança em enfermagem (KRON e GRAY, 1994).

Idéia Central **B**: O tempo como fator limitante no gerenciamento do cuidar

Expressões-chave:

**Enf<sub>2</sub>** - "...coloco o tempo como empecilho, também a parte da burocracia pois o enfermeiro não possui autonomia total. Eu acho que o processo de cuidar poderia ser diferente se algumas funções burocráticas fossem retiradas do trabalho do enfermeiro para que este pudesse ter mais tempo disponível para estar no cuidado direto".

**Enf<sub>3</sub>** - "Ocupa muito tempo como são muitos pacientes e muito pouco tempo de trabalho (mais ou menos seis horas)".

**Enf<sub>6</sub>** - "...a parte administrativa ocupa muito tempo. A falta de um suporte administrativo rouba muito tempo, não que não faça parte ou não seja importante. São coisas que muitas vezes é possível delegar para os funcionários fazerem, mas como eu não conheço bem os funcionários, estou me ambientalizando, para poder fazer este tipo de delegação e com isso permanecer mais tempo na sala".

DSC:

*Coloco o fator tempo como empecilho para um gerenciamento do cuidar efetivo. A falta de um suporte administrativo rouba muito tempo, não que não faça parte ou não seja importante. São coisas que muitas vezes é possível delegar para os funcionários fazerem, mas como eu não conheço bem os funcionários, ainda estou me ambientalizando, para poder fazer este tipo de delegação. Penso que o processo de cuidar poderia ser diferente se algumas funções burocráticas fossem retiradas do trabalho da enfermeira. Eu teria mais tempo disponível para estar no cuidado direto aos pacientes que são muitos, e o período de trabalho é curto (mais ou menos seis horas).*

O DSC infere o fator tempo, bem como, a falta de pessoal auxiliar para dar suporte às funções consideradas burocráticas como obstáculo à prática gerencial.

A enfermeira precisa ter o conhecimento necessário para diferenciar as atividades de natureza administrativa não burocrática e as atividades de natureza administrativa-burocrática, que na sua maioria podem ser delegadas e executadas por outro profissional, independente de ser ou não da equipe de enfermagem.

Sobre o fator tempo Kron e Gray (1994, p.130), consideram que "a desculpa comum de falta de tempo, ao indicar certos problemas, pode ou não ser verdadeira. Muitas vezes as enfermeiras não têm tempo de prestar aos seus pacientes a assistência que gostariam de prestar, já que outras atividades tomam grande parte de seu tempo ou porque na realidade estão desperdiçando tempo".

A fala professada no DSC pelas enfermeiras deixa transparecer um trabalho que necessita de melhor organização, pois, para administrar o tempo de maneira eficaz é necessário que a enfermeira lance mão do planejamento, do estabelecimento de prioridades e da utilização de estratégias que permitam a simplificação das atividades e a economia do tempo.

Uma das estratégias que a enfermeira pode lançar mão é o desenvolvimento de uma abordagem participativa de gestão. Ao desenvolver um trabalho em equipe, a enfermeira realiza uma administração compartilhada, ou seja, "a equipe colabora no desenvolvimento cotidiano do processo de cuidar, ultrapassando as barreiras da burocracia, dando equilíbrio e força ao trabalho, sem criar uma hierarquia rígida, em que os indivíduos sintam-se subjugados ou inferiores ao chefe ou gerente" (ERDMANN e PINHEIRO, 1998, p.89).

**Idéia Central C:** Recursos humanos como obstáculo ao gerenciamento do cuidado.

Expressões-chave:

**Enf<sub>3</sub>** - *"Até o número de funcionários dificulta (...) por exemplo em algumas clínicas o trânsito é feito por pessoa que não é da enfermagem, como é um trabalho bastante burocrático qualquer pessoa poderia fazer, assim o enfermeiro poderia ficar mais tempo ao lado do paciente na sala".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"...eu fiquei sozinha como enfermeira na clínica e isso dificultou bastante o processo de cuidar".*

**Enf<sub>7</sub>** - *"A questão que dificulta é a questão dos recursos humanos".*

DSC:

*Penso que a falta de recursos humanos para dar suporte administrativo, ou para que eu possa estar delegando funções essencialmente burocráticas impede que eu esteja mais tempo ao lado do paciente. Por outro lado um número reduzido de profissionais de enfermagem especializados comprometem a qualidade do cuidado prestado ao paciente.*

A composição do DSC faz menção à falta de pessoal, e como isto afeta o tipo de cuidado que é ofertado ao paciente e, em algumas situações, apenas os cuidados considerados como essenciais são realizados. Nesta situação, cabe à enfermeira

determinar as prioridades que devem ser atendidas no cuidado ao paciente, para que não ocorra comprometimento do tratamento.

Concordo com Kron e Gray (1994, p.212), quando afirmam que "a enfermeira deve dar-se conta de que por vezes os membros da equipe de enfermagem não são capazes de fazer tudo o que gostariam de fazer para cada paciente, nem mesmo tudo o que deveria ser feito".

O quantitativo inadequado de pessoal de enfermagem interfere na qualidade dos cuidados prestados. Tem-se observado, segundo Marinho (2001, p.247), que "os quantitativos atualmente existentes nas instituições não se consolidam com as exigências propostas e impostas para a realização, com qualidade das atividades técnicas (assistência, ensino e pesquisa) e administrativas".

As clínicas de hemodiálise, em seu contexto assistencial, apresentam uma alta rotatividade de enfermeiros, auxiliares e técnicos, continuamente existem pessoas em treinamento específico em hemodiálise desenvolvido no próprio local de trabalho, sendo que, muitas vezes o funcionário ainda não está treinado adequadamente, mas precisa ser inserido no campo de trabalho para atender a demanda de pacientes.

**Idéia Central D:** A falta de conhecimento e de experiência como empecilhos ao gerenciamento.

Expressões-chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"Não existe ainda uma concepção de gerenciar o cuidado ao paciente".*

**Enf<sub>4</sub>** - (...) *"a falta de experiência ainda esta me podando, a falta de conhecimento em algumas questões. A hemodiálise é uma área bastante específica".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"Preciso fazer uma revisão de literatura".*

**Enf<sub>6</sub>** - *"O que dificulta para mim é a falta de experiência. Tenho buscado leituras e conversar com as outras enfermeiras para encontrar a melhor forma de fazer esse gerenciamento. É preciso conhecer e dominar a assistência, dá uma base muito melhor para fazer o gerenciamento".*

DSC:

*Penso que é necessário discutir e refletir a respeito das novas concepções de gerenciar o cuidado ao paciente. O que dificulta é a falta de experiência e de conhecimentos em Hemodiálise. Preciso fazer uma revisão de literatura, tenho buscado leituras e conversar com as outras enfermeiras para encontrar a melhor forma de fazer esse gerenciamento. É essencial conhecer e dominar a assistência, pois esta é a base do gerenciamento.*

O DSC aborda a necessidade da construção de novos conceitos de gerenciamento do cuidar. O conceito de gerenciar o cuidar é próprio do local onde o cuidado se desenvolve (gerência situacional), depende das características e da demanda da população atendida, do contingente de recursos humanos capacitados disponíveis, bem como, do ambiente destinado à prestação do cuidado, das especificidades do cuidado e dos recursos materiais e tecnológicos que a enfermeira tem ao seu dispor para a efetivação do gerenciamento do processo de cuidar.

Cabe aqui a reflexão de Erdmann e Pinheiro (1998, p.91) a respeito:

Gerenciar é algo muito peculiar à situação em que se exerce, não havendo maneira única nem receitas para fazê-lo. O gerenciamento ocorre de acordo com os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, quando as pessoas estabelecem suas relações cotidianas de acordo com a disponibilidade dos demais. Ou seja, o gerente gerencia a situação em que se encontra com os recursos disponíveis a ele e a sua equipe de trabalho.

O ponto determinante do discurso é a falta do conhecimento específico em hemodiálise como fator que dificulta o gerenciamento do cuidar.

Por tratar-se de gerenciar um cuidar direcionado à pacientes em tratamento hemodialítico, a enfermeira precisa se instrumentalizar com conhecimentos específicos, que demandam para sua apropriação de estudo e treinamento em tempo adequado.

A função gerencial não implica apenas no domínio da assistência, como infere o DSC das enfermeiras, pois, além de conhecer a dinâmica que envolve o contexto assistencial, retratada no movimento presente de ir e vir dos pacientes e suas relações, é necessário que a enfermeira tenha o domínio sobre o conhecimento teórico de administração (funções e instrumentos) e como adequá-lo e aplicá-lo à prática profissional.



Idéia Central **E**: Questões ambientais como fatores que impedem o gerenciamento do cuidar.

Expressões-chave:

**Enf<sub>5</sub>** – *"A reforma de clínica e reestruturação, mesmo que temporariamente, dificultou bastante o processo".*

**Enf<sub>8</sub>** – *"Não que impeça, mas dificulta é a localização da sala da enfermagem, facilitaria muito se a enfermeira tivesse um espaço dentro da sala de hemodiálise".*

DSC:

*As estruturas físicas inadequadas, especificamente a localização da sala da enfermeira, e por outro lado, a realização de uma reforma na clínica, geram transtornos, e estes, mesmo que temporários, dificultam bastante o processo.*

O DSC apresenta os problemas de estruturas físicas inadequadas e reformas no espaço que compõem o ambiente onde o cuidado se processa e que são vistos como fatores que dificultam o gerenciamento do cuidar.

A enfermeira, na sua prática gerencial, se depara continuamente com ambientes em condições estruturais inadequadas que dificultam sobremaneira o gerenciamento do processo de cuidar.

O ambiente, por outro lado, é fundamental para o tratamento adequado do paciente, e deve ser limpo e organizado. Ele precisa sentir-se bem, pois este local torna-se extensão do seu ambiente familiar. Para Figueiredo (2001, p.194), "o ambiente do cliente é o próprio mundo, onde ele faz as suas trocas, vive as suas emoções e experiências de saúde - doença".

A enfermeira é responsável pela organização do ambiente, e ao participar de projetos e de planejamentos para a construção ou reestruturação de uma unidade assistencial, tem a incumbência de sugerir a localização de ambientes funcionais, como o posto ou sala da enfermagem numa posição estratégica que facilite as ações gerenciais.

A reforma e reestruturação de uma das clínicas ocorreram, por se tratar de uma estrutura antiga, que não estava adequada, segundo as exigências do Serviço de Vigilância Sanitária, para receber pacientes em tratamento hemodialítico. Como problemas ambientais existentes antes da reforma podem ser citados dentre outros: a

sala de reuso não possuía sistema de exaustão, não havia posto de enfermagem, expurgo e almoxarifado em ambientes próprios para estes fins, e também não contava com banheiros específicos para os pacientes.

**Idéia Central F:** Número elevado e condição social do paciente como fator limitante do gerenciamento do cuidar.

Expressões-chave:

**Enf<sub>3</sub>** - *"A questão dos pacientes ainda esbarra muito na condição social, que as vezes impede de que os resultados ainda não sejam os ideais".*

**Enf<sub>4</sub>** - *"...são muitos pacientes, o que dificulta o trabalho".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"...preciso fazer uma re-avaliação dos pacientes para adequar os cuidados".*

DSC:

*A condição social de alguns pacientes interfere no seu tratamento, alterando os resultados esperados. Por outro lado, o grande número de pacientes dificulta uma re-avaliação contínua dos mesmos, o que interfere no planejamento de seus cuidados.*

O DSC enfoca a condição social do paciente como determinante nos resultados do tratamento hemodialítico.

Ao gerenciar o processo de cuidar, a enfermeira se depara habitualmente com um ser humano em situação de desequilíbrio pela presença de um processo de doença, fato que se agrava em virtude de sua faixa etária, condição social e econômica.

No início do tratamento hemodialítico, o paciente é orientado quanto ao seu tratamento, à sua alimentação e como utilizar a medicação que recebe na clínica. A situação econômica de muitos dos pacientes não permite que estes adquiram a alimentação prescrita pela nutricionista. Por outro lado, alguns pacientes não sabem ler, ou não conseguem se comunicar adequadamente, e como conseqüência, não seguem o que é prescrito, logo o tratamento não atinge os resultados esperados.

Machado e Car (2003) chamam a atenção para a realidade dos doentes carentes. Afirmam que esta é determinada socialmente, e que as políticas de saúde presentes no Brasil colaboram para o adoecimento do indivíduo ao não ofertarem assistência integral adequada ao tratamento e ao seu processo de viver com a doença.

A colaboração de profissionais que compõem a equipe de saúde especificamente, quando conta com um assistente social, é primordial, pois, apesar de toda a equipe poder contribuir para a avaliação do paciente em tratamento, o diagnóstico social realizado pelo assistente social trará subsídios esclarecedores para os encaminhamentos apropriados de cada paciente.

Cabe ressaltar o pensamento de Queiroz e Lemos (2002, p.103) quando afirmam:

Ao serviço social cabe reconhecer na situação vivenciada de cada paciente, as condições que favorecem ou dificultam seu tratamento, dando assim um direcionamento ao mesmo, da forma mais adequada. Na avaliação social de um paciente devem ser levados em conta alguns dados bastante específicos, que possam reconhecer situações diversas em aspectos econômicos, culturais, religiosos e outros, fundamentais na composição do diagnóstico social.

O DSC das enfermeiras aponta o grande número de pacientes que precisam ser cuidados e a necessidade de uma reavaliação contínua para um cuidado efetivo.

Sobre este mesmo enfoque, Kron e Gray (1994, p.229) inferem:

As profissionais de enfermagem são todas responsáveis por iniciar os planos de atendimento de enfermagem e por manter os planos atualizados para todos os pacientes a elas designados. Qualquer plano para ser efetivo, deve conter informações referentes ao atendimento de que o paciente necessita no momento, bem como a previsão de problemas futuros e como preveni-los.

A enfermeira precisa determinar quais as atividades são mais importantes, priorizando o gerenciamento da assistência, para que todos os pacientes possam receber os cuidados de que necessitam, no tempo disponível, e de forma eficaz. Por outro lado, a re-avaliação do paciente é fundamental, para a adequação contínua do plano assistencial.

#### 6.4 ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO II

Da oficina de prática reflexiva emergiram novas expressões-chave que foram agrupadas para melhor compreensão e análise segundo os temas: **a leitura da realidade, a discussão do idealizado**, e finalmente **o diagnóstico do possível**, dando origem a novos discursos coletivos.

Questão 1 - Como realizamos o gerenciamento do processo de cuidar?

### TEMA 1 - O diagnóstico da realidade

Os dados coletados no primeiro momento da oficina refletem a realidade cotidiana do gerenciamento do processo de cuidar nas clínicas de hemodiálise. As expressões-chave de cada discurso individual deram origem ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Idéia Central: A realidade do gerenciamento cotidiano nas clínicas de Hemodiálise

Expressões-chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"...eu vejo que a gente faz muitas coisas ao mesmo tempo, estou fazendo escala de trabalho, paro, atendo o paciente, volto pra escala, atendo telefone", (...)* *"a gente acaba também assumindo o que não é de nossa responsabilidade".*

**Enf<sub>2</sub>** - *"...você tem que ficar atento a tudo, fica complicado, deixar o que está fazendo, para fazer o que é mais urgente".*

**Enf<sub>3</sub>** - *"...sinto que este tempo é tudo uma questão de organização que está faltando, (...) eu sinto muita dificuldade neste planejamento do tempo", (...)* *"se você não está presente o trabalho não é valorizado, os pacientes e os funcionários não enxergam o que você faz, o trabalho não aparece".*

**Enf<sub>4</sub>** - *"...se você tiver que ao mesmo tempo desenvolver a função administrativa e a função assistencial, o teu tempo não vai ser suficiente", (...)* *isto é decorrente do limite de pessoas que a gente tem para desenvolver a função".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"...é bem isto que acontece, eu procuro realizar o gerenciamento ficando presente, faço o planejamento, e aí começam a acontecer as coisas", (...)* *você vai apagando fogo, no final do dia, você vê que ficaram coisas pendentes, você se frustra e se desgasta com isto", (...)* *"ameniza saber que você está administrando o todo e a finalidade é que o cuidado saia melhor".*

**Enf<sub>6</sub>** - *"...eu sinto este desgaste, quando eu planejo e tenho que ignorar por causa do imprevisto".*

**Enf<sub>7</sub>** - *"...você acaba deixando a desejar e se cobrando principalmente quando se relaciona ao paciente", (...)* *o que é que a gente está fazendo ali, só cuidando de papel, cumprindo portaria, é importante, é, mas essencial pra mim é o paciente".*

DSC:

*Eu vejo que a gente faz muitas coisas ao mesmo tempo, estou fazendo escala de trabalho, paro, atendo o paciente, volto pra escala, atendo telefone, fica complicado deixar o que está fazendo, para fazer o que é mais urgente, a gente acaba também assumindo o que não é de nossa responsabilidade. Tem que ficar*

*atento a tudo, se você não está presente o trabalho não é valorizado, os pacientes e os funcionários não enxergam o que você faz, o trabalho não aparece, se você tiver que ao mesmo tempo desenvolver a função administrativa e a função assistencial, o tempo não vai ser suficiente, isto é decorrente do limite de pessoas que a gente tem para desenvolver a função, é bem isto que acontece, eu procuro realizar o gerenciamento ficando presente, faço o planejamento, e aí começam a acontecer as coisas, tenho que ignorar por causa do imprevisto, você vai apagando fogo, no final do dia, você vê que ficaram coisas pendentes, você se frustra e se desgasta com isto. Acaba deixando a desejar e se cobrando principalmente quando se relaciona ao paciente, o que é que a gente está fazendo ali, só cuidando de papel, cumprindo portaria, é importante, é, mas essencial pra mim é o paciente, ameniza saber que você está administrando o todo e a finalidade é que o cuidado saia melhor, sinto que este tempo é tudo uma questão de organização que está faltando, tenho muita dificuldade neste planejamento do tempo.*

DSC revela o cotidiano do gerenciamento realizado pelas enfermeiras, nas clínicas de Hemodiálise. Os sentimentos de impotência e frustração estão presentes na fala dos profissionais. A realidade se apresenta desnuda, mostrando uma prática que carece de organização e planejamento. Nota-se a carência de conhecimentos e competência gerencial necessárias, para fazer frente às situações que se apresentam no cotidiano, o que resulta em desgaste físico e perda de tempo, e desta forma o seu desejo de estar mais próximo do paciente não se concretiza.

Ao se referirem às funções desempenhadas pelo enfermeiro, segundo a visão administrativa-burocrática, Lunardi Filho e Lunardi (1996, p.29) sugerem que "sentimentos de frustração percebidos e verbalizados por muitos enfermeiros, muito provavelmente, possa dever-se à execução destas atividades meramente gerenciais (burocráticas), que parecem mantê-lo afastado das atividades entendidas como assistenciais".

Lima e Binsfeld (2003, p.99), afirmam que:

Uma breve observação sobre o dia-a-dia do trabalho do enfermeiro no hospital é suficiente para afirmar que seu trabalho é prevalentemente administrativo, embora isso não se dê por opção, mas por imposição da instituição, que espera que o enfermeiro se responsabilize pelo bom funcionamento das unidades, por manter a casa em ordem. O enfermeiro incorpora tal missão, talvez pela autoridade que lhe é conferida, e passa a estar comprometido com os interesses da organização.

O trabalho gerencial da enfermeira vem assumindo novas características face às estruturas cada vez mais complexas das instituições de saúde, assim além do gerenciamento do cuidado foi acrescido de outras funções com vistas a articular o trabalho da enfermagem com o dos diferentes profissionais que fazem parte da equipe de saúde.

Trevisan (1987, p.206), classifica as funções administrativas desenvolvidas pelas enfermeiras, em "função administrativa burocrática" e "função administrativa não-burocrática". A função administrativa burocrática tem como característica "o uso do conhecimento técnico especializado sobre a administração, visando os objetivos da organização. A racionalidade, a eficiência e a impessoalidade são seus elementos essenciais e o seu exercício é pautado em normas e rotinas preestabelecidas pela organização". A autora afirma ainda, que a função administrativa não-burocrática busca igualmente o alcance dos objetivos da organização, está vinculada à competência profissional do enfermeiro e tem como objetivo a qualidade do trabalho. "Não é regida detalhadamente por normas, depende mais da competência do indivíduo, deixa lugar para a criatividade, deixa espaço para um estilo pessoal, enquanto a função burocrática é comandada pelo compromisso à organização, a não-burocrática é mais orientada pelo compromisso pela profissão".

Conforme Cecílio e Merhy (2003, p.8):

Uma das estratégias para o sucesso da coordenação na lógica do cuidado é o papel quase "silencioso" da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado.

A enfermeira, ao optar por desempenhar um papel administrativo, deve fazê-lo ciente de que o gerenciar e o cuidar são processos convergentes, e não excludentes. O que precisa mudar é o enfoque do gerenciamento, o desenvolvimento desta função centrada no cuidado ao paciente.

Questão 2 - O que queremos realizar como gerentes no processo de cuidar?

## TEMA 2 - O diagnóstico do idealizado pelas enfermeiras

Idéia Central: O idealizado pelas enfermeiras das clínicas de hemodiálise.

Expressões-chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"...meu pensamento é de que as coisas que a gente planejasse, conseguisse transformar em ação", (...) o meu idealizado é ter recursos humanos suficientes para realizar o processo e fazer bem, mas sei que recursos humanos dependem da instituição".*

**Enf<sub>2</sub>** - *"...o meu sonho é chegar e ir direto para a sala de hemodiálise, ficar todo o tempo cuidando realmente do paciente".*

**Enf<sub>3</sub>** - *"Eu gostaria de ter autonomia para decidir recursos humanos e materiais, assim eu poderia me dedicar mais ao paciente", (...) "ainda falta conhecimento teórico sobre administração do cuidado, talvez a gente conseguisse mudar algumas coisas, somos autodidatas, vamos inventando, nada de científico".*

**Enf<sub>4</sub>** - *"...eu gostaria de trabalhar com um número adequado de enfermeiros para poder desenvolver um bom programa de recursos humanos, e junto com os enfermeiros elaborar um programa de educação continuada voltada para toda a equipe de enfermagem e para a educação do paciente", (...) "o ideal seria que o que acontece na prática, fosse confrontado com a teoria para saber se esta foi a solução adequada para o problema".*

**Enf<sub>5</sub>** - *"...ter autonomia, um espaço maior de atuação, mas sei que isto depende da aquisição de conhecimento específico em hemodiálise, também precisamos retomar a questão do conhecimento gerencial".*

**Enf<sub>6</sub>** - *"...o meu ideal de gerenciamento é conseguir desenvolver o planejamento e atingir os objetivos propostos".*

**Enf<sub>7</sub>** - *"A unidade de hemodiálise é tocada pela enfermagem, toda a responsabilidade recai sobre a enfermeira, ela precisa ter o conhecimento e a capacidade para decidir o que é melhor para o paciente, penso que é preciso desenvolver esta conscientização e abandonar esta posição de submissão e medo ao poder médico, (...) o meu sonho é que o cuidado seja humanizado, não tão automático, ter uma visão do ser humano como um todo e não só como um paciente que vem ali tratar do rim".*

DSC:

*O meu ideal de gerenciamento é conseguir desenvolver o planejamento, transformar em ação, e atingir os objetivos propostos. O meu sonho é chegar e ir direto para a sala de hemodiálise, ficar todo o tempo cuidando realmente do paciente. Eu gostaria de ter autonomia para decidir recursos humanos e materiais, assim eu poderia me dedicar mais ao paciente, trabalhar com um número*

*adequado de enfermeiros para poder desenvolver um bom programa de recursos humanos, e junto com os enfermeiros elaborar um programa de educação continuada voltada para toda a equipe de enfermagem e para a educação do paciente. Penso que um espaço maior de atuação, depende da aquisição de conhecimento específico em hemodiálise, também precisamos retomar a questão do conhecimento gerencial, ainda falta conhecimento teórico sobre administração do cuidado, talvez a gente conseguisse mudar algumas coisas, somos autodidatas, vamos inventando, nada de científico. O ideal seria que o que acontece na prática, fosse confrontado com a teoria para saber se esta foi a solução adequada para o problema. A unidade de hemodiálise é tocada pela enfermagem, toda a responsabilidade recai sobre a enfermeira, ela precisa ter o conhecimento e a capacidade para decidir o que é melhor para o paciente, penso que é preciso desenvolver esta conscientização e abandonar esta posição de submissão e medo ao poder médico, o meu sonho é que o cuidado seja humanizado, não tão automático, ter uma visão do ser humano como um todo e não só como um paciente que vem ali tratar do rim.*

O DSC do idealizado remete a pensamentos presentes nos discursos anteriores. O cuidado direto ao paciente é visto como o ideal das enfermeiras, sendo que esta não é a realidade que se apresenta, por não contemplar as necessidades da instituição, que requer um profissional competente, que dê conta tanto da administração do serviço, como da coordenação do processo de cuidar.

No entender de Lima (1998), o mercado de trabalho tem apontado necessidades opostas àquelas percebidas no transcorrer do processo de formação, ao ser privilegiado, idealmente, o cuidado direto como principal atividade profissional das enfermeiras, e parece que isso tem contribuído, de certa maneira, para aprofundar os processos fragmentados, que reforçam a idéia de existir incompatibilidade entre o cuidar e o administrar entre os agentes das práticas de enfermagem.

As enfermeiras relatam a necessidade de adquirir autonomia no que tange à contratação de recursos humanos. Afirmam que com um quantitativo maior, poderiam estar mais próximas do paciente, bem como, desenvolver projetos de educação continuada e educação do paciente.

A inexistência de uma política de recursos humanos para a saúde, que aponte ou estabeleça, as bases legais de forma concreta e objetiva, quanto aos quantitativos e



qualitativos de pessoal, no entendimento de Marinho (2001), afeta significativamente a enfermagem, por se tratar do maior número de profissionais presentes nas instituições de saúde.

Segundo Waldow (1999, p.146), "o ambiente administrativo decorre da valorização do cuidado pela administração da instituição, a qual deve prover material e pessoal suficiente, com preparo técnico, visando à qualidade do atendimento. Além disso, inclui o apoio no planejamento e no desenvolvimento das atividades de enfermagem na prestação do cuidado".

O poder de decisão e autoridade são conferidos pela organização, logo, a autonomia na tomada de decisões do enfermeiro gerencial na organização do trabalho de enfermagem, depende das normas estabelecidas pela instituição, o que se torna um entrave para que as transformações necessárias aconteçam (WILLIG e LENARDT, 2002).

A educação do paciente e a capacitação da equipe de enfermagem são competências da enfermeira, sendo estas atividades integrantes da organização do processo de cuidar e não podem ficar apenas no plano do idealizado.

Kurcgant apud Boller (2003, p.344), afirmam que:

A prática educativa é de fundamental importância na enfermagem, tanto para o paciente como para o próprio profissional, de modo que a instituição tem a responsabilidade em propor programas apropriados às necessidades de qualificação em cada situação nova ou para reciclar seus trabalhadores qualificando-os para novas exigências assistenciais ou para mudanças comportamentais necessárias à oferta de assistência e qualidade.

O DSC relata que as enfermeiras, apesar de serem responsáveis pela administração das clínicas de hemodiálise e da administração do tratamento hemodialítico ao paciente, apresentam cotidianamente uma postura de submissão ao poder médico.

Segundo Lunardi Filho (2000, p.199), a interdependência da medicina e da enfermagem "se dá no nível do saber-fazer específico de cada uma, no âmbito de sua competência técnica e legal, numa relação de complementaridade e mão necessariamente de subordinação de uma à outra, em todas as situações".

Merhy (2002, p.125), ao analisar o modelo assistencial que se faz presente atualmente nos serviços de saúde, assevera que este é centralmente organizado segundo problemas específicos, a saber:

Dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso afirma que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

O DSC apresenta como último tópico de discussão a presença de um fazer automático, e a necessidade de se estabelecer um processo de cuidado humanizado, não-fragmentando, pois o ser humano não é somente parte do corpo (rim) que precisa de cuidado, porque o ser humano adoece por inteiro.

Nascimento e Mishima (2004, p.13) entendem que para o cuidado não se reduzir a um ato mecânico e linearmente estruturado, é necessário: "a) envolvimento, cuidadoso, zeloso e responsável, b) estabelecer confiança mútua por quem cuida e é cuidado; c) uma tomada de atitude de quem cuida, expressadas na atenção, respeito e solidariedade e, d) considerar as diferenças sempre presentes na relação entre pessoas".

Questão 3 - O que podemos fazer para fomentar a convergência do cuidar/gerenciar no gerenciamento do processo de cuidar?

### **TEMA 3 - O diagnóstico do possível, segundo as enfermeiras**

Idéia Central: As possibilidades segundo a visão das enfermeiras

Expressões-chave:

**Enf<sub>1</sub>** - *"Eu acho que a aproximação das clínicas é importante, nós temos realidades parecidas, sendo muito importante a troca de idéias para realizar um trabalho melhor que estará facilitando o fazer de todos", (...) "penso também que o poder da enfermeira não está na instituição, o paciente é que confere poder e visibilidade à enfermeira. O gerenciamento deve ser executado para melhor atender o paciente, seja cuidando, administrando ou educando, o fim é sempre o paciente".*

**Enf<sub>2</sub>** - "...é importante a criação de um grupo para trocar experiências, com fundamentação teórica e com a ajuda dos companheiros a gente vai se estruturando melhor, para transformar a realidade".

**Enf<sub>3</sub>** - "...é importante retomar o conhecimento teórico e disponibilizar um tempo para pensar no que se faz, (...)" gostei de reunir os discursos dos colegas, reflete assim que temos os mesmos problemas, talvez se pensarmos soluções juntos, possamos definir metas para estarmos cumprindo juntos, (...) "tirar uma hora, duas horas, um dia por mês para estarmos nos reunindo e repensando toda essa prática", (...) "eu aproveito o tempo que estou presente na sala de hemodiálise para desenvolver a educação do paciente, vejo paciente por paciente, apesar de ser uma sala coletiva, você consegue individualizar aproveitando muitas vezes a bagagem cultural que aparece nas falas do paciente, é um momento importante de tornar-se visível para o paciente, o conhecimento que você demonstra, confere afirmação frente ao paciente e a equipe".

**Enf<sub>4</sub>** - "...o pessoal que está há mais tempo comigo sabe da dificuldade que é marcar uma reunião com o grupo, e isto é que está faltando. Acho que a gente poderia estabelecer uma meta de a cada mês, reunir o grupo de enfermeiros para trocar experiências, isto seria ótimo para o nosso crescimento", (...) são realidades diferentes, mas é preciso trabalhar o mais próximo possível entendendo as diferenças que cada serviço tem", (...) "retomando a idéia da formação de um grupo de reflexão e discussão, é uma questão de visibilidade, mostrar a nossa presença, é ter o mesmo discurso frente a administração superior, refletir e por em prática, sermos visíveis para o paciente e principalmente para a instituição, isso é que está nos faltando e como grupo podemos conseguir".

**Enf<sub>5</sub>** - "...desenvolver o gerenciamento voltado para o cuidado do paciente, gerenciar a equipe e a unidade, administrar o todo convergindo para a melhoria do cuidado".

**Enf<sub>6</sub>** - "...penso que a questão da reunião do grupo é super importante, juntos podemos construir instrumentos de forma a planejar melhor o cuidado do paciente".

**Enf<sub>7</sub>** - "...é possível desenvolver educação continuada e atualização para os funcionários, promover estratégias para a educação do paciente, gerenciar o cuidado envolvendo os funcionários, pois estes tem idéias e visões diferentes", (...) "temos que aprender a administrar o nosso tempo para poder gerenciar e planejar um cuidado melhor, não mecanizado e com uma visão do todo".

DSC:

*O gerenciamento deve ser executado para melhor atender o paciente, seja cuidando, administrando ou educando, o fim é sempre o paciente. Eu aproveito o tempo que estou presente na sala de hemodiálise para desenvolver a educação do paciente, vejo paciente por paciente, apesar de ser uma sala coletiva, você consegue individualizar aproveitando muitas vezes a bagagem cultural que aparece nas falas do paciente, é um momento importante de tornar-se visível para o paciente, o conhecimento que você demonstra, confere afirmação frente ao*

*paciente e a equipe. Penso também que o poder da enfermeira não está na instituição, o paciente é que confere poder e visibilidade à enfermeira. É possível desenvolver educação continuada e atualização para os funcionários, promover estratégias para a educação do paciente, gerenciar o cuidado envolvendo os funcionários, pois estes têm idéias e visões diferentes, o gerenciamento voltado para o cuidado do paciente, gerenciar a equipe e a unidade, administrar o todo convergindo para o cuidado do paciente. Temos que aprender a administrar o nosso tempo para poder gerenciar e planejar um cuidado melhor, não mecanizado e com uma visão do todo. Gostei de reunir os discursos dos colegas, reflete assim que temos os mesmos problemas, mesmo com realidades diferentes, mas é preciso trabalhar o mais próximo possível entendendo as diferenças que cada serviço tem. Eu acho que a aproximação das clínicas é importante, sendo que a troca de idéias para realizar um trabalho melhor estará facilitando o fazer de todos. Talvez se pensarmos soluções juntos, possamos definir metas para estarmos cumprindo juntos. O pessoal que está há mais tempo comigo sabe da dificuldade que é marcar uma reunião com o grupo, e isto é que está faltando. Tirar uma hora, duas horas, um dia por mês para estarmos nos reunindo e repensando toda essa prática. Acho que a gente poderia estabelecer uma meta de, a cada mês, reunir o grupo de enfermeiros, isto seria ótimo para o nosso crescimento. É importante a criação de um grupo para trocar experiências, disponibilizar um tempo para pensar no que se faz, com fundamentação teórica e com a ajuda dos companheiros a gente vai se estruturando melhor, juntos podemos construir instrumentos de forma a planejar melhor o cuidado do paciente para transformar a realidade, Penso que a idéia da formação de um grupo de reflexão e discussão, é uma questão de visibilidade, mostrar a nossa presença, é ter o mesmo discurso frente a administração superior, refletir e pôr em prática, sermos visíveis para o paciente e principalmente para a instituição, isso é que está nos faltando e como grupo podemos conseguir.*

O DSC que se refere ao que é **possível** realizar para fomentar a convergência do cuidar/gerenciar, revela a conscientização das enfermeiras de que o gerenciamento é um meio facilitador do processo de cuidar. E que estas devem aprender a administrar o tempo disponível para a realização de suas funções.

Reforçando a colocação acima, cito Mishima et al. (1997, p.267), que afirmam que quando se pensa mais concretamente na gerência em saúde, pode-se afirmar que ela é "uma atividade meio (...) que possibilita a transformação do processo de trabalho (...) diante da finalidade que se apresenta".

O DSC descortina também a possibilidade da educação do paciente aproveitando os momentos individuais, quando a enfermeira está presente na sala de hemodiálise.

Na educação do paciente, deve-se levar em conta principalmente seu passado cultural, segundo Dilly e Jesus (1995, p.113), "a experiência de vida do cliente, o que pensa, o que sente a respeito do que se passa com seu corpo, da relação da equipe que o assiste, da sua influência no dia-a-dia, tem que ser considerada no planejamento das atividades de ensino".

O DSC faz referência à possibilidade do desenvolvimento de educação continuada junto aos funcionários. Uma prática que precisa ser retomada pelas enfermeiras, uma vez que atualmente, existe apenas a preocupação com o treinamento dos funcionários novos, pois em virtude das especificidades do tratamento hemodialítico, faz-se necessário o treinamento específico direcionado para a função que o recém-admitido irá desempenhar.

Sallum e Prado (2000, p.308) asseveram que: "o processo educativo dentro do trabalho tem a finalidade de manter o profissional atualizado e preparado para o exercício de suas atividades, sendo um conjunto de práticas educacionais planejadas para promover oportunidades de desenvolvimento do ser humano de forma contínua e sistemática".

O DSC aborda ainda, a importância de envolver a equipe de enfermagem, valorizando as idéias que seus membros possam ter para auxiliar no planejamento dos cuidados, uma vez, que são os auxiliares e técnicos de enfermagem que realizam o cuidado direto ao paciente na sala de hemodiálise.

Waldow (1999, p.176) recomenda que ao se implementar o gerenciamento com base no cuidado "o poder seja compartilhado, as responsabilidades sejam assumidas em conjunto, mas não sob a perspectiva de co-dependência".

Os momentos de reflexão que ocorreram no transcorrer da oficina de prática educativa mostraram-se, no DSC, como uma oportunidade de reunir os discursos das

enfermeiras, sendo que, cada uma delas pôde perceber que os problemas se repetem nas clínicas de hemodiálise.

No entendimento de Bork, Hokama e Vátimo (2003, p.137), "a formação de um grupo constituído por profissionais que demonstrem pensamento crítico e capacidade de resolução de problemas combinados com habilidades técnico-científicas é vital para o processo de cuidar que, inegavelmente, contribui para o fortalecimento da posição da instituição no mercado de assistência à saúde".

A reunião do grupo favoreceu a troca de idéias e experiências e a possibilidade de traçarem um plano de ação conjunto, que viabilize o planejamento do processo de cuidar, repensando e transformando assim, a prática gerencial.

Kosik apud Machado e Car (2003, p.33), defende a idéia de que:

Quando um indivíduo é despertado de sua cotidianidade e consegue enxergar a própria realidade, apesar da brutal realidade descoberta, este indivíduo pode ser despertado para as suas potencialidades e modificar sua existência. Com certeza, não existe a possibilidade de se mudar ao mundo, mas é possível que o homem transforme sua posição diante do mundo ao vivenciar o drama individual de cada um no mundo.

A parte final do DSC sugere que a criação de um grupo de reflexão e discussão trará valorização e visibilidade ao trabalho realizado pelas enfermeiras, frente à instituição.

## 6.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS

As temáticas discutidas a seguir emergiram com a mesma intensidade nos Discursos do Sujeito Coletivo coletados nas entrevistas individuais realizadas com as enfermeiras, como também, na oficina de prática educativa, merecendo portanto uma discussão mais ampla e aprofundada de seus conteúdos.

O tema significativamente presente nos Discursos do Sujeito Coletivo é a da dicotomia existente entre **teoria e prática**, o idealizado pela enfermeira não se concretiza na prática. A realidade projeta sentimentos de frustração e descontentamento. Os discursos

mostram ainda o processo gerencial como fator de desestruturação do cuidado, processos que se contrapõem segundo a visão das enfermeiras.

Os instrumentos gerenciais disponíveis, ou que a teoria aponta para um cuidar mais efetivo, muitas vezes, ficam velados na prática ou inexistem pela condição do contexto e das carências políticas, financeiras, e outras mais, presentes nas instituições de saúde, sendo que o contexto não oferece a aplicabilidade do ideal teórico.

Os discursos se repetem, tanto no diagnóstico da realidade como no idealizado pelas enfermeiras. O pretendido é estar ao lado do paciente prestando cuidado direto. Por outro lado, a enfermeira tem-se limitado a gerenciar de forma a atender o que é ditado pela instituição, intervindo muitas vezes em problemas e funções de outros profissionais, desviando-se do foco do trabalho.

As enfermeiras precisam refletir a respeito das atividades administrativas burocráticas que realizam, e que demandam grande parte do seu tempo, e se estas ações não se constituem em trilhas de fuga, ou até porque conferem um certo *status*, pelo poder disciplinador e de controle que a instituição estabelece. Haverá, por parte destas enfermeiras, resistência à adoção de novos modelos de gerir o cuidado.

No discurso teórico, ficou evidente que as enfermeiras entendem a necessidade de estabelecer um gerenciamento planejado e voltado para o cuidado, contudo a prática é realizada de forma a não permitir o pensar e o planejar antecedendo o fazer, impossibilitando, desta maneira, a transformação da prática em práxis.

Para Soweck (2000), o termo **práxis**, de origem grega, é entendido como sendo uma unidade indissolúvel entre ação e reflexão, sobrepondo-se à singularidade das ações, que seriam a simples prática, mas diferenciando-se desta, por ter um projeto futuro, um fim, que é o que lhe dá sentido, que faz com que a prática se transforme em práxis.

A **falta de tempo** e o **quantitativo inadequado de recursos humanos** ficaram evidentes em diversos DSC, como sendo fatores responsáveis pelo distanciamento que ocorre entre a enfermeira e o paciente e também pelo desgaste provocado por um trabalho desenvolvido no **imediatismo**. A inexistência de um plano

gerencial a médio e longo prazo, reflete a desorganização do contexto gerencial, prejudicando a efetivação do processo de cuidar. As enfermeiras precisam apropriar-se criticamente e ativamente das **funções gerenciais**, dentre estas o **planejamento**, e entendê-lo como meio facilitador de suas ações.

Patrício (1996) entende o gerenciamento como processo de cuidar indireto, processo este, que incorpora ações de educação, de planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação, sendo que todas estas funções, são desenvolvidas segundo interações humanas, contemplando a diversidade de culturas, saberes e sentimentos.

Por outro lado, as enfermeiras não podem viver na dependência de que se aumentem os quantitativos da enfermagem para só então discutir alternativas para a solução dos problemas que interferem num gerenciar com qualidade. A falta de tempo repercute como desculpa, que não deve ser utilizada, antes de se analisar e planejar detalhadamente cada ação, priorizando o que é essencial, no sentido de estabelecer o que se pode fazer para economizar tempo.

Kron e Gray (1994, p.131) reforçam a idéia acima exposta ao asseverarem que:

Quando são aceitas as razões precedentes para a simplificação do trabalho e as sugestões são implantadas, o resultado será o aprimoramento na eficiência e eficácia da administração da assistência ao paciente. Quando encontramos formas mais eficientes de administrar a assistência e de gerir a unidade, disporemos de mais tempo e oportunidade de administrar ao paciente o tipo de assistência que desejamos.

Os DSC enfatizam também a preocupação das enfermeiras em relação à **mecanização** e **fragmentação** dos cuidados realizados pela enfermagem no transcorrer do processo de tratamento hemodialítico.

Nascimento e Mishima (2004, p.13) asseveram que: "concomitante ao estilo médico-centrado (de assistência) e o crescimento tecnológico, a técnica assume uma importância na saúde, considerando o ser humano como objeto de tecnologia, drogas, equipamentos, aparatos no mundo do cuidar, não sujeito do processo. Essa tecnologia muitas vezes impede a interação entre os trabalhadores da saúde e o usuário".



O tratamento hemodialítico, por si só, já denota mecanicidade. O profissional de enfermagem, ao prestar cuidado ao paciente submetido a este tratamento, deve atentar para que suas ações não se transformem num fazer automático, sendo necessário valorizar os aspectos humanos na relação cuidador/cuidado.

Segundo Ferraz (2000, p.93), quando "o cuidar do outro torna-se uma produção tecnocientífica próxima do intervencionismo e da automatização, dizemos que a natureza humana do ser-doente está sendo considerada apenas infraliminarmente e, nesta condição, o processo de cuidar deixa de se realizar enquanto arte".

Entendo o cuidado como objeto fundante e eixo norteador das ações de enfermagem, e o gerenciamento como instrumento facilitador que se evidencia na organização do processo de cuidar, na educação continuada e na educação do paciente e familiares; de uma forma ou de outra, o gerenciando se faz presente. O desenvolvimento de um processo educativo contínuo colabora para que não fiquemos parados no tempo e no espaço, alienados às transformações tecnológicas e ao avanço dos conhecimentos técnico-científicos pertinentes à prática profissional.

As inovações constantes de tecnologias que acontecem também na área do tratamento hemodialítico, requerem da enfermeira acesso às informações e conhecimentos técnico-científicos específicos que a auxiliem no processo de gerenciar o cuidar.

A **visibilidade e autonomia**, fatores presentes nos DSC, ambas tão almeçadas pelas enfermeiras, serão conquistadas com o **domínio do conhecimento** refletido no pensar, no planejar e no fazer profissional.

Ao discorrer sobre a importância do conhecimento na vida das pessoas, especialmente das enfermeiras, Alves (1998, p.94) sugere que ao:

Assumir o conhecimento como uma forma de estar no mundo, implica em considerar que a capacidade do homem pode levá-lo a usar o conhecimento, fazer conhecimento e posicionar-se diante do conhecimento, o que o faz estar simplesmente, criativamente e criticamente no mundo. As enfermeiras ao se manterem ocupadas na tarefa de apenas usar o conhecimento deixarão de estar no mundo transformando o conhecimento existente e se transformando como sujeito do conhecimento.

O desafio das organizações contemporâneas é investir em seus recursos humanos, haja vista, que somente pelo crescimento pessoal e profissional pode-se assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência nesse cenário de mudanças. Portanto, se faz necessário a utilização de um modelo de gestão projetada segundo a realidade que enfatize a participação das pessoas e invista na educação permanente das mesmas contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos voltados aos resultados e ao desenvolvimento pessoal (BEZERRA, 2003).

Como temas finais de discussão, emergiram dos DSC das enfermeiras sugestões para a fomentação da convergência do cuidar/gerenciar: a formação de um **grupo de estudo** e a participação da equipe **no processo de planejamento**.

Dilly e Jesus (1995) salientam a importância do trabalho educativo em grupo, afirmando ser esta uma excelente estratégia de desenvolvimento de um grupo específico, com objetivos predeterminados. Os autores observam ainda que ao se constituírem os grupos já se estabeleceram relações de troca e se buscam soluções para as situações-problema comuns, ao constatarem que muitos pontos abordados pelo grupo refletem a realidade da maioria dos participantes, ocorre melhor aceitação pelo trabalho.

Nos DSC, coletados no **primeiro momento** da oficina de prática educativa, a respeito da **realidade** do gerenciamento nas clínicas de hemodiálise, ficou evidente, não existir indícios de convergência entre o gerenciar e o cuidar na prática cotidiana, ocorrendo a predominância de atividades entendidas pelas enfermeiras como sendo de cunho burocrático, e não a visão de que os instrumentos gerenciais (comunicação, participação; avaliação, supervisão, dentre outros mais) podem ser colocados a serviço do gerenciamento do cuidar.

No **segundo momento**, quando se apresenta o discurso do **idealizado**, começam a surgir expectativas quanto à mudança da realidade estabelecida, com possibilidades de um vir a ser diferentes. A conscientização e o reconhecimento de que é necessário se instrumentalizar por meio do conhecimento, na visão das enfermeiras, traria autonomia, visibilidade e um fim à subalternidade médica e ao poder instituído.

É necessário que as enfermeiras aliem o seu conhecimento à competência política, e trabalhem coletivamente para mostrar que sua presença é indispensável à organização e à sociedade, desta forma adquirirão mais poder e autonomia nos serviços de saúde.

As discussões a respeito do que é **possível** realizar se desenrolam no **terceiro** e último momento da oficina de prática educativa. Uma das sugestões apresentadas pelas enfermeiras para fomentar a convergência do cuidar/gerenciar, e que considero de suma importância foi a determinação expressa pelas enfermeiras em formar um grupo permanente para discutir coletivamente as possibilidades de transformar a realidade, haja vista, que a prática cotidiana não contempla mais o anseio coletivo, sendo que as enfermeiras não querem e não podem continuar a desenvolver um trabalho gerencial desprovido de planejamento, direção; organização; coordenação; controle e desvinculado do processo de cuidar.

Cabe aqui o pensamento de Merhy (1997, p.135) quando fala da importância de ouvir e interpretar os problemas cotidianos de uma forma coletiva, compartilhada:

Cotidiano é uma ótima matéria-prima para se trabalhar a realidade e criar o novo. Existem perspectivas diferentes de se abordar o cotidiano. Se temos uma postura passiva, de um peixe dentro de um aquário, circunscrito em si mesmo, seguiremos sempre na mesmice. Mas se fizermos sobrevoos por cima de nosso aquário, teremos uma possibilidade nova de recriar e abstrair a realidade, problematizando-a.

Vislumbrei, ao término da oficina prática, o entusiasmo e a determinação das enfermeiras. Acredito que a mobilização do grupo para discutir e estabelecer um plano de trabalho conjunto possa resultar na transformação significativa da prática gerencial, e que mesmo não estando ao lado dos pacientes, atuando no cuidado direto, o fazer gerencial estará convergindo, para que o processo de cuidar seja desenvolvido com qualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou o fazemos diferente, ou não o será (FREIRE, 2002).*

No transcorrer deste estudo, procurei apresentar, de forma particular, a leitura do gerenciamento desenhada segundo a realidade cotidiana do processo de trabalho das enfermeiras atuantes nas clínicas de hemodiálise, e também provocar discussões e reflexões no sentido de encorajá-las na busca da convergência do cuidar/gerenciar.

Os resultados da pesquisa apontaram a existência de conflito entre o que as enfermeiras idealizam como trabalho e o que elas executam no seu dia-a-dia. Esta é uma questão que merece destaque nas considerações finais deste trabalho, pois envolve diretamente o processo de formação, que prepara a enfermeira para inseri-la no mundo trabalho. Ao fazê-lo a enfermeira, depara-se com uma situação diversa daquela idealizada como aluna de graduação. Penso que o ensino da enfermagem precisa ser reestruturado para atender as expectativas do mercado, e também se adequar à necessidade social do profissional de enfermagem.

Concordo com Magalhães et al. (1997, p.33) quando afirmam: "a formação do aluno para o gerenciamento de enfermagem deve prever um fortalecimento de sua competência administrativa para criar estrutura e condições mais adequadas para o desenvolvimento da assistência de enfermagem qualificada...".

Utilizar a metodologia de pesquisa-convergente assistencial (PCA) permitiu o contato com o campo de ação das enfermeiras atuantes nas clínicas de hemodiálise, e na participação destas, apresentou-se o olhar coletivo sobre a questão estabelecida como problema do estudo. A PCA aponta o rumo para a transformação da prática do gerenciamento do cuidado, indicando também, outros caminhos que dêem maior segurança na direção a qual se pretende chegar. É ideal para trabalhar em grupo, pois as soluções são buscadas coletivamente, com isto os participantes se sentem mais responsáveis, e se envolvem em todo o processo de pesquisa, almejando que as

mudanças propostas aconteçam realmente. A pesquisa convergente-assistencial dá abertura para a utilização de outros autores que auxiliam na sustentação teórica e metodológica do caminho a ser percorrido.

Espero que o desenvolvimento desta pesquisa tenha repercutido junto às enfermeiras da rede de hemodiálise, como incentivo, no sentido de que estas possam estar realizando uma prática gerencial menos burocrática e mais sensível às exigências do paciente em tratamento hemodialítico.

Como possibilidades percebidas para desenvolver a convergência do cuidar/gerenciar, as enfermeiras participantes do estudo sugeriram a formação de um grupo de convergência, reunindo, periodicamente, todas as enfermeiras das clínicas de hemodiálise, para discutir e refletir a respeito do **como** fazer, e para desenvolver as atividades gerenciais centradas no paciente.

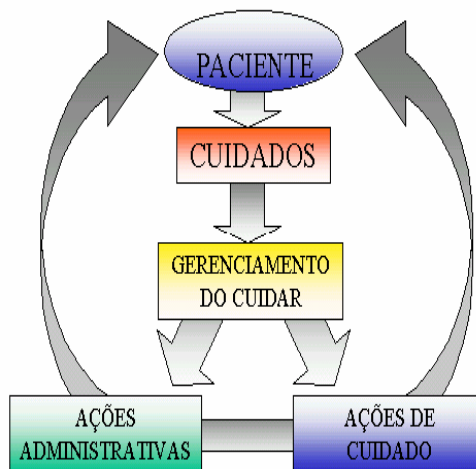
A oficina de prática educativa refletiu positivamente junto ao grupo de enfermeiras, e em função deste resultado, a enfermeira coordenadora convidou-me para estar junto com o grupo nas reuniões, auxiliando no delineamento de propostas práticas a serem implementadas pelas enfermeiras, para aproximar o cuidar e o gerenciar, pois na visão das enfermeiras esta prática resultará um cuidado mais efetivo e eficaz ao paciente renal.

Ferraz (1998, p.159), afirma que "historicamente os processos de cuidar e administrar quase não se tocam, configurando-se em eixos distintos que correm em paralelas nas instituições hospitalares. A aliança destes dois eixos constitui-se no cuidar gerenciando/gerenciar cuidando" e que este "novo paradigma terá que ser elaborado, conceitual e operacionalmente, no presente e no futuro...".

Ao término deste estudo, acredito ser possível a aproximação do cuidar e do gerenciar, e vê-los como formas harmônicas de produzir o cuidado.

A concepção da convergência do cuidar/gerenciar, por mim idealizada, é representada na figura 3.

FIGURA 3 - A REPRESENTAÇÃO DA CONVERGÊNCIA DO CUIDAR/GERENCIAR



Entendo o gerenciamento do cuidado como um processo amplo, que compreende o gerenciamento das ações de cuidado representadas pelo processo de cuidar e das ações administrativas, quer sejam burocráticas ou não, mas todas convergindo para o cuidado do paciente. Em síntese, o gerenciamento centrado no e para o paciente resulta na convergência do cuidar/gerenciar.

Penso que o cotidiano da enfermagem se apresenta repleto de possibilidades, desde que a enfermeira demonstre um olhar mais atento, além de suas próprias experiências, apoderando-se criticamente, criativamente e ativamente de conhecimentos técnico-científicos, incorporando novos conceitos e tendências gerenciais, para que possa descortinar o objeto do seu trabalho e entendê-lo sem contradições, e assumir por inteiro que a função primeira da enfermeira é o gerenciamento do cuidar.

Saliento o exposto por Machado e Car (2003, p.33):

Urge uma reflexão crítica e coerente da realidade estabelecida no sentido de se tomar consciência e para que exista a possibilidade de transformação da prática profissional de enfermagem. Nem sempre administramos o cuidar sob a perspectiva do ser humano que adocece confundindo o adoecer do corpo com o da humanidade do ser humano. A essência de nossa prática profissional é cuidar do ser humano que também adocece. A possibilidade de transformação da realidade estabelecida dar-se-á por meio da conscientização da equipe de enfermagem e de saúde da importância de desempenhar o seu papel social.

É importante ressaltar que a realização deste trabalho possibilitou a minha inserção no campo da pesquisa. O desenvolvimento do estudo relacionado com o campo da prática assistencial viabilizou o encontro do saber adquirido no mestrado e na construção deste trabalho com o meu fazer cotidiano como enfermeira-gerente.

Acredito que, no decurso do estudo, este tenha proporcionado significativas alterações no meu modo de gerenciar o cotidiano do cuidar na unidade em que atuo. Venho utilizando há algum tempo uma abordagem participativa de gerenciamento, realizando o planejamento das ações, ouvindo sugestões da equipe de enfermagem. A adoção de uma prática gerencial participativa mostrou-se como uma estratégia de articulação na busca de um maior envolvimento da equipe de enfermagem no processo de cuidar.

Tenho procurado organizar as atividades gerenciais estabelecendo prioridades, com o devido controle do tempo e não realizando atividades que são pertinentes a outros profissionais, desse modo, posso coordenar o processo de cuidar de forma mais efetiva, estando junto da equipe de enfermagem e mais próxima do paciente.

Entendo que o cuidar/gerenciar centrado no paciente implica em redimensionar o foco do trabalho gerencial, pois como afirma Ferraz (2000), a dimensão organizacional do cuidado, no contexto contemporâneo, exige que para alcançar resultados efetivos, é preciso incorporar nos processos gerenciais conhecimentos, atitudes e ações tanto de cunho racional como do sensível.

Nascimento apud Nascimento e Mishima (2004, p.15), ao discorrem a respeito da necessidade de se adotar uma ação transformadora em relação ao cuidar baseada no respeito ao ser humano e sua inteireza, asseguram que: "nesse novo paradigma deve-se vislumbrar um horizonte onde o cuidar deve associar o sonho e a ciência, o racional e a intuição, o emocional e os sentimentos, o real e o virtual, a imaginação e a criação, o espírito e o conhecimento, o visível e o indivisível, o cotidiano e a subjetividade, o individual e o coletivo e, também, considerar particularidades e singularidades".

Como contribuição aos profissionais de enfermagem, atuantes na gerência, espero ter despertado um repensar da prática gerencial, entendendo que as enfermeiras

devem realizar suas atividades conciliando a teoria e a prática, subsidiando suas ações no e para o paciente.

Ao tecer as considerações finais deste estudo, penso que o caminho até aqui trilhado constituiu um privilégio ímpar de desenvolvimento pessoal e profissional, pois me permitiu ampliar os horizontes do conhecimento, compreender melhor o ser humano que cuida e é cuidado e estabelecer relações de afeto e companheirismo, sendo que os elos formados durante o desenvolvimento deste trabalho jamais serão quebrados.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.15-24.
- ALVES, D. B. Produção/reprodução do conhecimento no trabalho na enfermagem: conhecimento como forma de estar no mundo. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.). **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. p.93-114.
- ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998. Bahia. **Anais...** Bahia: Aben, 1998. p.153-158.
- ANTUNES, A. V. et al. A ação gerencial do enfermeiro situação ideal x realidade. **Rev. Téc. Enf. Nursing**, São Paulo, v.4, n.35, p.16-21, abr. 2001.
- BELTRAME, V. O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus: uma pesquisa convergente-assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). **Pesquisa e assistência**: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003. p.203-207.
- BENJUMEA, C. de la C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.13, n.1, p.137-146, jan./mar. 2004.
- BERGAMINI, C. W. **Motivação**. São Paulo: Atlas, 1986.
- BERNARDES, A. et al. O trabalho administrativo do enfermeiro sob a ótica dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Téc. Enf. Nursing**, São Paulo, v.60, n.6, p.31-36, maio 2003.
- BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe: instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. p.65.
- BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2003.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução: João Ferreira de Almeida. 2 ed. rev. e atual. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
- BITTES JUNIOR, A.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação como instrumento básico em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. p.61-73.
- BOLLER, E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.24, n.3, p.336-345, dez. 2003.
- BORDENAVE, J. D. **A enfermeira como agente mediador e suas ferramentas operativas**: comunicação, participação e planejamento. Rio de Janeiro, 1996. (mimeo).

BORK, A. M. T.; HOKAMA, C. W. M.; VÁTTIMO, M. de F. F. Mostrando o caminho para o desenvolvimento profissional: o plano de desenvolvimento das competências clínicas do enfermeiro. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem da excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2003. p.137-149.

BRITTO, E. da S.; CARVALHO, A. M. P. Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de assistência a portadores de AIDS e problemas hematológicos. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.24, n.3, p.365-372, dez. 2003.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CASTELLANOS, B. E. P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Aben, 1989. p.148-169.

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1994. p.73-88.

CECÍLIO, L. C. de O. O desafio de qualificar a atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2002. p.293-319.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003 (mimeo).

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campos, 1999.

\_\_\_\_\_. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Campus, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Administração, teoria, processo e prática**. São Paulo: Makron Books, 2000b.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.46, p.19-26, mar. 1995.

CIAMPONE, M. H. T. Administração em enfermagem. **Rev. Enf. Atual**, Rio de Janeiro, v.2, n.10, p.06-13, jul./ago. 2002.

CORRÊA, J. de A. A busca do prazer no trabalho de enfermagem: uma abordagem ética. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 13. 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1994, p.34-38.

CROSSETTI, M. da G. O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial da enfermagem**. Florianópolis, 1997. 177p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

CROSSETTI, M. da G. O.; BUÓGO, M.; KOHLRAUSCH, E. O cuidar de enfermagem como ação terapêutica na atenção à saúde individual: a especificidade das ações de natureza propedêutica e terapêutica de enfermagem e sua interface com as ações de enfermagem complementares aos atos de outros profissionais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998. Bahia. **Anais...** Bahia: Aben, 1998. p.94-109.

CUNHA, C. C. Supervisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.117-132.

D'AVILA, D. O. Métodos de depuração extra renal. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.314-318.

DALL BELLO, I. T. R. A pesquisa convergente-assistencial como norte para a prática de um processo de ensino-aprendizagem. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). **Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem**. Curitiba: Champagnat, 2003. p.209-214.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. de. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

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

ERDMANN, A. L.; PINHEIRO, I. G. Gerenciamento do cuidado em enfermagem: questionando estratégias. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.3, n.1, p.89-96, jan./jun. 1998.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível**. Ribeirão Preto, 1995. 248 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. Gerenciamento em enfermagem: do modelo burocrático à administração flexível. In: SOBRAGEM - Sociedade Brasileira de Gerenciamento de Enfermagem. **O domínio da transição no gerenciamento de enfermagem para o século XXI**. São Paulo: Frôntis Editorial, 1997. p.3-15.

\_\_\_\_\_. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998. Bahia. **Anais...** Bahia: Aben, 1998. p.159-165.

\_\_\_\_\_. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. São Paulo, **Acta Paul. Enf.**, v.13, n. esp., p.91-97, 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. Uma perspectiva do cuidar em enfermagem considerando a estética, ecosofia e autopoiese. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.179-189.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; MACHADO, W. C. A. Ecosofia e autopoiese no cuidado com o corpo. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.191-210.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, M. I. de F. A instituição como obstáculo ao prazer no trabalho em enfermagem. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 13. 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1994. p.21-33.

FUGITA, R. M. I.; FARAH, O. G. O planejamento como instrumento básico do cuidado. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. p.99-109.

GADOTTI, M. **A concepção dialética da educação**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1990.

GAIDZINSKI, R. R. Administração em enfermagem. **Rev. Enf. Atual**, Rio de Janeiro, v.2, n.10, p.6-13, jul./ago. 2002.

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

GREY, M. Métodos de coleta de dados. In: WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.179-181.

HAMPTON, D. C. Expertise: the true essence of nursing art. **Adv. Nurs. Sci.**, v.17, n.1, p.15-24, 1994.

IDE, C. A. C. A Coordenação do processo de cuidar. In: IDE, C. A. C.; DOMENICO, E. B. L. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.153-163.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados em enfermagem**: colocando em ação as habilidades de liderança. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.3-13.

KURCGANT, P. et al. O significado da administração aplicada a enfermagem segundo a opinião de graduandas. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.28, n.1, p.15-26, abr. 1994.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LENARDT, M. H. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. Florianópolis, 2001. 158p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: HUCITEC, 1998.

LIMA, J. de C.; BINSFELD, L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.98-103, jan./abr. 2003

LIMA, R. C. D. L. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Campinas, 1998. 245 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

LIRA, N. F. de.; BONFIM, M. E. **História da enfermagem e legislação**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

LUNARDI FILHO, D. W. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed. Universitária – UFPel, 2000.

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

MACHADO, L. R. C. M.; CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: o inevitável e o casual. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.37, n.3, p.27-35, set. 2003.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Formando enfermeiros sob o enfoque de mudanças no gerenciamento em enfermagem. In: SOBRAGEM - Sociedade Brasileira de Gerenciamento de Enfermagem. **O domínio da transição no gerenciamento de enfermagem para o século XXI**. São Paulo: Frôntis. 1997. p.27-37.

MARINHO, A. de M. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem para unidades de internação. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.247-276.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MAYEROF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.117-160.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000a.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 12.ed. Petrópolis: Vozes, 2000b.

MISHIMA, M. S. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P. de.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.251-295.

MORETTO, E. F. S. A experiência de conduzir uma pesquisa convergente-assistencial com um grupo de enfermeiras. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). **Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem**. Curitiba: Champagnat, 2003. p.215-225.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

NASCIMENTO, M. A. A. do; MISHIMA, S. M. Enfermagem e o cuidar: construindo uma nova prática. In: **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n.2, p.12-15, abr./maio/jun. 2004.

NASCIMENTO, M. A. de L. O cuidado de enfermagem e as ciências que nele incidem. **Rev. Enf. Brasil**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.165 - 169, maio/jun. 2004.

PATRÍCIO, Z. M. Administrar é trabalhar com gente. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.5, n.2, p.55-77, jul./dez. 1996.

POLAK, Y. N. S. **Sistemas de enfermagem de Orem, proposta de referencial norteador da prática do enfermeiro no suporte nutricional parenteral**. Rio de Janeiro, 1990. 196p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Universidade do Rio de Janeiro.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N de F. Avaliação pelo assistente social. In: MACIEL, A. **Avaliação multiprofissional do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p.103-104.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. p.321-352.

ROSSO, D. T.; SILVA, M. J. P. da.; CIAMPONE, M. H. T. V. O que você negociou hoje? Considerações sobre o processo de negociação. **Rev. Téc. Enf. Nursing**, São Paulo, v.6, n.58, p.22-26, mar. 2003.

SÁ, A. C. A.; FUGITA, R. M. I. A criatividade como instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.47-60.

SÁ, L. D. E a enfermagem no século XXI? **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.52, n.3, p.375-384, jul./set. 1999.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. de. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.9, n.2, p.298-311, maio/ago. 2000.

SANTOS, V. (Org.). **Liderança: demarcando caminhos**. Salvador: D&A, 1998.

SIEMERS, W. **O gerente presente**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1997.

SILVA, E. P. **De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras**. Salvador: EDU FBA/EGBA, 1996.

SILVA, L. F. et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista Enf.**, São Paulo, v.15, n.1, p.40-47, jan./mar. 2002.

SILVA, R. O. da. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

SINNO, M. Comunicação enfermeiro-cliente. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 40, n. 2, p.123-125, abr./set. 1987.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SOUSA, A. L. L. Ensino e a prática na formação do enfermeiro. **Rev. Saúde em Debate**, n.42, p.23-29, mar. 1994.

SOWEK, L. R. **A percepção de enfermeiras e enfermeiros sobre sua profissão**: antigos problemas, outros olhares, possibilidades. Ponta Grossa, 2000. 239 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Ponta Grossa.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Wiston, 1980.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Enfermagem ciência ou profissão? **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.13, n.1, p.28-33, jan. 1992.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

\_\_\_\_\_. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.10, n.1, p.11-31, jan./abr. 2001.

\_\_\_\_\_. Compondo uma rede de intercomunicação. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). **Pesquisa e assistência**: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003. p.165-179.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.1, n.2, p.76-88, jul./dez. 1992.

TREVISAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.40, n.4, p.204-209, out./dez. 1987.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

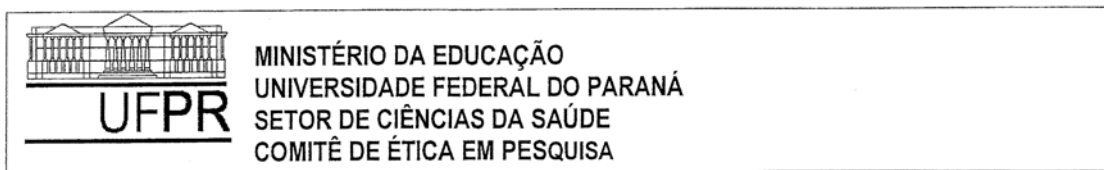
\_\_\_\_\_. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.284-297, set./dez. 2001.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enf.**, Curitiba, v.7, n.1, p.23-29, jan./jun. 2002.

ZANEI, S. S. V. et al. Avaliação: um instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. p.111-135.

**ANEXO**  
**AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR**





Curitiba, 28 de abril de 2.004.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**MARILUCI HAUTSCH WILLIG**  
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “A CONVERGÊNCIA DO CUIDAR / ADMINISTRAR NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em reunião do dia 28 de abril de 2.004.

Registro **CEP/SD**: 043.SE.007/04-03

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente



**Prof.º Dr. Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho**  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Endereço: Rua Padre Camargo,280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – C EP:80060-240  
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica@saude.ufpr.br

**APÊNDICE**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA

### Dados de Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Unidade de trabalho: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na assistência em enfermagem: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho em Hemodiálise: \_\_\_\_\_

Capacitação/Especialização: \_\_\_\_\_

1. O que você entende por gerenciamento do cuidado em enfermagem?
2. Quais as estratégias que você usa para gerenciar o cuidado segundo suas concepções?
3. O que impede você de gerenciar o cuidado segundo suas concepções e valores?