

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

HANAÍ GIUDICI MINUZZI

**GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR:
APRESENTANDO NOÇÕES E COMPETÊNCIAS**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Ficha Catalográfica

T338g Minuzzi, Hanaí Giudici
Gerência do cuidado em enfermagem hospitalar: apresentando noções e
competências / Hanaí Giudici Minuzzi — Florianópolis (SC):
UFSC/PEN, 2006.
93 p. il.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Administração. 2. Enfermagem Hospitalar – Equipe. 3.
Cuidado. 4. Enfermeiro - Profissional. I. Autor.

CDU – 610-083:617

HANAÍ GIUDICI MINUZZI

**GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR:
APRESENTANDO NOÇÕES E COMPETÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora: Dra. Alcoque Lorenzini Erdmann

**FLORIANÓPOLIS
2006**

HANAÍ GIUDICI MINUZZI

**GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR:
APRESENTANDO NOÇÕES E COMPETÊNCIAS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 31 de outubro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente

Dra. Lúcia Nazareth Amante
Membro

Dra. Betina H. S. Meirelles
Membro

Dra. Ana Lúcia S. Mello
Membro Suplente

Dra. Vânia M. Schubert Backes
Membro Suplente

Deus me deu a felicidade de ter comigo duas mães. **Vera**, a que me deu à Luz, me orientou e me deu formação, a quem eu amo demais; e, a minha irmã **Lelena**, que sempre esteve ao meu lado, me cuidando e compartilhando comigo minhas tristezas e alegrias.

Ao **Serginho e João Pedro** meus filhos amados, incentivadores desta caminhada, a vocês em especial ofereço esta conquista.

A meu **pai** *in memoriam*, ser de luz que me inspirou ser enfermeira, você estará sempre em meu coração.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que me permitiu chegar até aqui!

Aos meus **irmãos**, cada um com seu jeitinho próprio compartilharam na minha formação e crescimento, meu reconhecimento.

A **Uta** minha irmã que muito auxiliou, dedicando suas prendas domésticas a mim e a meus filhotes, muito obrigada.

Aos meus **sobrinhos**, que sempre se orgulharam de mim, hoje agradeço este estímulo. Adoro vocês.

A **Lala**, minha sobrinha e afilhada **Rafaella**, pessoa maravilhosa que apesar de sua pouca idade, sempre esteve perto, me estimulando com suas doces palavras a ir em frente, muito obrigado.

As minhas colegas da **Feevale** e de caminhada no Mestrado, que se mostraram grandes amigas, **Martinha** com seu jeito cativante, **Helena**, minha amiga “gêmula”, sua risada é contagiante e inesquecível, **Ilse**, com seu jeito meigo de ser, mas uma forte guerreira e **Fabi**, grande mulher. Obrigado à vocês por terem estado comigo.

A **Rosane** amiga em todas as horas, obrigado pelo teu carinho e apoio.

Grande **Juliana!** Incansável **JU, Deus** te colocou no meu caminho para que eu pudesse entender o verdadeiro significado da palavra amizade, meu sincero reconhecimento, obrigado!

A **todos** que longe ou perto mandaram suas energias positivas para que esta caminhada se concretizasse.

Alguém muito **especial** que compartilhou parte da minha vida, que me incentivou a crescer e me fez ver que minhas vitórias são méritos meus.

Meu profundo agradecimento.

À **Coordenação** e **professores** do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que compartilharam suas experiências na construção desta jornada.

À **Coordenação**, **profesores** e **colegas** da **Universidade de Caxias do Sul**, que nos acolheu nesta caminhada.

As colegas da **Univates** que juntas trilhamos esta jornada, obrigado.

A **Feevale** que possibilitou a realização deste sonho, meu respeito e profundo agradecimento.

A Coordenadora de Enfermagem **Márcia** e a coordenadora do Instituto de Ciências da Saúde **Gládis**, meus mais sinceros agradecimentos.

As **Senhoras da OASE**, que confiaram no meu trabalho, em especial a **Clarice** muito obrigado.

As colegas **enfermeiras** e aos **alunos** que compartilharam desta caminhada e que souberam compreender minha ausência, meus respeito e agradecimentos.

A **Rosecler** e **Lucia**, pessoas maravilhosas que estiveram ao meu lado parte desta jornada, mas que foram muito importantes na concretização da mesma.

A **Irmã Dirce Stein Backes**, pelo seu apoio e auxílio na apresentação deste Trabalho, muito obrigado.

A **Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, meu profundo agradecimento por seu apoio, carinho, suas contribuições, dedicação, orientação e conforto nas horas difíceis.

MINUZZI, Hanaí Giudici. **Gerência do cuidado em enfermagem hospitalar: apresentando noções e competências.** 2006. 93 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade
Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

RESUMO

A gerência do cuidado é uma importante ação do enfermeiro e cujos conhecimentos e competências ou aptidões vem sendo objeto de melhor definição frente à complexidade das organizações em saúde e das interações mobilizadas nos sistemas de cuidado. O presente estudo bibliográfico de caráter exploratório e de abordagem qualitativa teve por objetivo apresentar noções e competências da gerência do cuidado de enfermagem hospitalar pelo olhar da complexidade. O estudo foi realizado mediante a busca de informações em artigos sobre a temática em questão, tendo como fonte de pesquisa por seleção intencional os dois volumes temáticos de periódicos nacionais da área da Enfermagem classificados no Qualis Capes e de circulação internacional, e, referentes ao último triênio, cuja temática versa mais especificamente sobre - Administração ou Gestão em Saúde e Enfermagem. Nestes volumes, foi encontrado um total de 43 artigos, os quais foram submetidos a uma leitura atenta e seletiva das informações referentes às noções de gerência do cuidado de enfermagem e respectivas competências. Estas informações foram analisadas segundo Bardin (1979) emergindo idéias nucleadoras ou categorias sobre a temática em estudo, sendo elas: Gerência do cuidado, Gerência do cuidado versus gerência de enfermagem, e Competências gerenciais do enfermeiro. Estas categorias mostram que a gerência do cuidado centra-se nas pessoas como seres humanos complexos, na complexidade do sistema de cuidado, nas equipes de enfermagem e saúde potencializadas e integradas e nas competências gerenciais como inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros. Ainda, destaca-se a complexidade da prática gerencial hospitalar do enfermeiro envolvendo múltiplas ações de gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços hospitalares em prol da qualidade do cuidado como direito do cidadão. A gerência do cuidado e a gerência da enfermagem são processos e contra processos em um mesmo cenário de ações múltiplas do enfermeiro e equipe de enfermagem. Sugere-se, nessa perspectiva, ampliar o olhar dos enfermeiros gestores pelo paradigma da complexidade para o melhor cuidar do ser humano complexo.

Palavras-Chave: enfermagem, enfermeiro, gerência, cuidado, competência gerencial, complexidade.

MINUZZI, Hanaí Giudici. **Care management in hospital nursing**: presenting notions and competences. 2006, 93 p.. Thesis (Master's Degree in Nursing). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Tutor: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

ABSTRACT

The care management is an important action of the nurse and whose knowledge and competence or skills have been being the object of best definition in face of the complexity of the health organizations and the mobilized interactions in the care systems. The present bibliographic study, which is exploratory and of qualitative approach, aimed at presenting notions and competences of the hospital nursing care management under the complexity view. The study was made by means of the search for information in articles about the referred theme, being the search source, chosen intentionally, the two thematic volumes of the national periodic papers about Nursing classified in Qualis Capes and of international circulation. These papers refer to the last three years, and their theme is more specifically about Health and Nursing Administration or Management. In these volumes a total of 43 articles was found, which were submitted to an attentive and selective reading of the pieces of information regarding the notions of nursing care management and their respective competences. These pieces of information were analyzed according to Bardin (1979), therefore emerging nucleus ideas or categories about the theme in study, which are: Care management, Care management versus Nursing management and Nurse's managerial competences. These categories show that the care management centers in people as complex human beings, in the complexity of the care system, in the enhanced and integrated nursing and health teams, and in the managerial competences as being inherent to the nurses' professional activities. The complexity of the nurse's hospital managerial practice is also pointed out, which involves multiple actions of managing taking care and educating, of taking care managing and educating, and of educating taking care and managing, constructing knowledge and articulating the various hospital services in the benefit of the care quality as a right of the citizen. The care management and the nursing management are processes and counter-processes in the same scene of the nurse's and nursing team multiple actions. It is also suggested, in this perspective, to extend the view of the nurses who manage under the complexity paradigm to reach a better quality of taking care of the complex human being.

Keywords: nursing, nurse, management, care, managerial competence. complexity.

MINUZZI, Hanaí Giudici. **Gerencia del cuidado en enfermería hospitalar:** presentando nociones y competencias. 2006, 93 p .Disertación (Maestría en Enfermería).Universidad Federal de Santa Catarina; Florianópolis. Brasil.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMÉN

La gerencia del cuidado es una importante acción del enfermero y cuyos conocimientos y competencias o aptitudes están siendo considerados objetos de mejor definición frente a la complejidad de las organizaciones en salud y de las interacciones movilizadas en los sistemas de cuidado. El presente estudio bibliográfico de carácter exploratorio y de abordaje cualitativo tuvo por objetivo presentar nociones y competencia de gerencia del cuidado de enfermería hospitalar por la mirada de complejidad. El estudio fue realizado mediante la busca de informaciones en artículos sobre el tema en cuestión, teniendo como fuente de investigación por selección intensional los dos volúmenes temáticos de periódicos nacionales del área de Enfermería clasificados en el Qualis Capes y de circulación internacional, y, referentes al último trienio, cuya temática trata más específicamente sobre – Administración o Gestión en Salud y Enfermería. En éstos volúmenes, fue encontrado un total de 43 artículos, los cuales fueron sometidos a una lectura atenta y selectiva de las informaciones referentes a las nociones de gerencia del cuidado de enfermería y respectivas competencias. Estas informaciones fueron analizadas según Bardin (1979) emergiendo ideas nucleadoras o categorías de la temática en estudio, son ellas: Gerencia del Cuidado, Gerencia del cuidado versus gerencia de la enfermería, y competencias gerenciales del enfermero. Estas categorías muestran que la gerencia del cuidado se centra en las personas como seres humanos complejos, en la complejidad del sistema de cuidado, en los equipos de enfermería y salud potencializadas e integradas y en las competencias gerenciales como inherentes a las actividades profesionales de los enfermeros. Aún, se destaca la complejidad de la práctica gerencial hospitalar del enfermero involucrando múltiples acciones de gerenciar cuidando y educando, de cuidar gerenciando y educando, de educar cuidando y gerenciando, construyendo conocimientos y articulando los diversos servicios hospitalares en prol de la cualidad del cuidado como derecho del ciudadano. La gerencia del cuidado y la gerencia de la enfermería son procesos y contra procesos en un mismo escenario de acciones múltiples del enfermero y equipo de enfermería. Se sugiere, en esa perspectiva, ampliar la mirada de los enfermeros gestores por el paradigma de la complejidad para mejor cuidar del ser humano complejo.

Palabras-Clave: enfermería, enfermero, gerencia, cuidado, competencia gerencial, complejidad.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 BREVE REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1 A evolução do trabalho em enfermagem	13
2.2 A Enfermagem e organização do trabalho de enfermagem	19
2.3 Gerência hospitalar	22
2.4 Gerência do Serviço de Enfermagem	28
2.5 Gerência do cuidado: sistema de cuidado	29
2.6 Regulamentação, exercício e controle da enfermagem como profissão.....	31
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO DESTE ESTUDO: OS FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA COMPLEXIDADE, ALGUNS PRESSUPOSTOS PESSOAIS E CONCEITOS NORTEADORES	40
3.1 Os fundamentos da teoria da Complexidade	40
3.2 Pressupostos pessoais	45
3.3 Conceitos relevantes ao estudo	46
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	50
5 RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	53
5.1 Gerência do cuidado.....	53
5.2 Gerência do cuidado versus gerência de enfermagem	61
5.3 Competências gerenciais do enfermeiro.	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXOS.....	90

1 INTRODUÇÃO

A minha trajetória como enfermeira iniciou há 12 anos, sendo que destes, nove anos foram trabalhados na mesma instituição, onde comecei como enfermeira assistencial na área materno infantil. Hoje exerço a função de diretora da escola técnica, a qual está localizada dentro do hospital e que pertence à mesma ordem mantenedora do hospital.

Nesta instituição, tive a oportunidade de trabalhar e conhecer o andamento de todos os setores do hospital, inclusive a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e o setor de Emergência, primeiro como enfermeira assistencial e depois como coordenadora noturna, quando desenvolvi tanto funções gerenciais como assistenciais. Por último, assumi o Serviço de Controle de Infecção e o Comitê da Qualidade Total, o que me trouxe novamente para o trabalho diurno, desempenhando funções totalmente administrativas.

Atualmente, além da direção e docência no nível técnico, também sou docente no Curso de Graduação em Enfermagem em um Centro Universitário, o que demanda um mínimo de domínio dos conhecimentos quanto à formação dos profissionais da equipe de enfermagem no que diz respeito à organização dos serviços e às competências gerenciais.

Assim, como formadora de profissionais, nesta área, uma de minhas inquietações diz respeito ao entendimento da gerência do cuidado e das competências gerenciais hoje. Pois, para mim, a dinâmica de trabalho da Equipe de Enfermagem está totalmente ligada ao modo de ser gerente ou sua forma de administrar a equipe. Este fato passou a despertar meu interesse no hospital onde trabalho, uma vez que a troca constante de gerentes gerou mais instabilidade do que crescimento do grupo.

No que diz respeito ao trabalho da Equipe de Enfermagem, noto uma falta de harmonia na forma de gerenciar o seu trabalho, o que torna o grupo inseguro, com perda de identidade devido a estas várias trocas na gerência.

Dado a importância do domínio dos conhecimentos e práticas no campo da gerência de enfermagem, questiono: **quais são as noções e as competências de gerência do cuidado da enfermagem hospitalar na atual literatura de enfermagem?**

Assim, este estudo teve por **objetivo apresentar noções e competências da gerência do cuidado de enfermagem hospitalar encontradas em periódicos da área do último triênio e com volumes temáticos, estas comentadas sob o olhar da complexidade.**

Justifica-se este olhar da complexidade por entender como Erdmann, que o cuidado é concebido como uma rede ou teia de processos e produtos que envolvem relações, interações e associações entre os seres, sendo parte organizadora do sistema de saúde e parte organizadora do sistema de cuidado, co-organizando-se com aos demais sistemas sociais (ERDMANN, 1996).

Esta noção de organização do cuidado, de múltiplos processos e produtos, como movimentos que estruturam redes de ações e atitudes que envolvem seres para promover a vida, o sobreviver e o melhor viver, se constitui em sistema de cuidado. Nesse, há trocas, coexistem seres humanos e sistemas de idéias que se alimentam e se auto-organizam a partir dos mecanismos de sobrevivência dos sistemas sociais e sistemas de natureza, para o qual, o enfermeiro se configura como a pessoa central nesta teia de ações interdependentes.

Ainda em Erdmann (1996), reafirma-se a noção de que o sistema de cuidados em saúde se configura por movimentos/ondulações de relações, interações e associações em estruturas e propriedades de processos auto-eco-organizadores de dimensões variadas de cuidado. Estas vão desde o cuidar de si, de si junto com o outro, de sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, de ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado até a dimensão de cuidado com a natureza. Integra-se ao sistema de cuidados em saúde e com os demais sistemas sociais/naturais, fortalecendo o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência/vida/civilidade humana. As relações, interações e associações dos movimentos nos sistemas de cuidados, nas suas estruturas e propriedades, permeiam múltiplos elementos. Destacam-se dentre eles, os conhecimentos e habilidades técnico-

científicas, informações ou idéias ou intuições, sentimentos e sensações, escolhas de insumos materiais e tecnológicos, dimensões espaço-temporais, e outros elementos que ultrapassam as possibilidades de apreensão e descrição quando olhados pela compreensão da organização da natureza, da vida e das formas de viver mais saudável.

A organização do cuidado em redes sociais, com ações intersetoriais, rompendo fronteiras, atendendo a demanda por trocas e intercâmbios nas práticas de cuidado em saúde, possibilita reconhecer a unidade na diversidade pelo olhar da complexidade ou pelo pensar complexo e assim, visualizar um sistema de cuidados com suas redes e interconexões, com estruturas complexas e retroações dos sistemas organizacionais (MEIRELLES, 2003).

Esta organização do cuidado possui estruturas e propriedades mobilizadas por seres humanos complexos, por múltiplas equipes: as equipes de enfermagem, as equipes de saúde, os clientes e familiares, os gestores internos e externos, os colaboradores ou fornecedores, os grupos sociais, e tantos outros, os que se constituem num cenário de interações humanas e sociais tendo no enfermeiro, gerente do cuidado, o elo de comunicação e viabilização das políticas de saúde e atenção aos interesses pessoais e coletivos.

2 BREVE REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A evolução do trabalho em enfermagem

A enfermagem atual surge na Inglaterra, com Florence Nightingale na segunda metade do Séc.XIX, quando se institucionaliza como área específica de trabalho. Para organizar os hospitais militares no cuidado com os soldados, no transcorrer da Guerra da Criméia, resposta a um projeto burguês expansionista do qual faz parte a necessidade social de recuperação da força de trabalho, imprescindível para a produção capitalista, a enfermagem corresponde ao projeto político-social da época, garantindo sua inserção no processo de trabalho em saúde, visto que o hospital estava sendo organizado como local de cura (GOMES et al. 1997).

Segundo Gomes et al. (1997), o trabalho de enfermagem organizou-se em três direções: no sentido de organizar o cuidado dos pacientes pela sistematização das técnicas de enfermagem; de organizar o ambiente terapêutico, com mecanismos de purificação de ar, limpeza, higiene e outros e através da organização dos agentes de enfermagem, por meio de treinamento, utilizando as técnicas e os mecanismos disciplinares.

Em relação aos cuidados prestados aos pacientes, estes se deram com base em duas categorias diferentes, lady Nurses, encarregadas da organização do cuidado, com atividades de supervisão e ensino, enquanto as Nurses realizam o cuidado propriamente dito (GOMES et al.1997). Com isto, percebe-se que a enfermagem moderna já se inicia pautada tanto na dimensão técnica quanto na do saber administrativo, deixando clara a existência de categorias distintas, com uma separação entre a concepção e a execução das atividades do cuidado. A enfermagem moderna surge, a partir de então, exercendo o papel gerencial, por assumir tanto a organização do ambiente quanto a organização e treinamento dos agentes de enfermagem (GOMES et al.1997).

Durante o século XIX, o trabalho de enfermagem passa a sofrer as influências de Taylor, incorporando princípios de controle, hierarquia e disciplina, a chamada gerência científica; nesse contexto, a gerência foi muito difundida como instrumento para manutenção deste modelo de produção, na qual imperava o capitalismo industrial (BRAVERMANN, 1987).

As transformações ocorridas durante o século XX, apoiadas na flexibilização do mercado de trabalho, configuram um modelo produtivo flexível, também no setor da saúde (ANTUNES, 1995).

A enfermagem passa, dessa forma, a estabelecer vínculos com as leis sociais e atualmente também sofre com o impacto da globalização excludente e das políticas de recorte neoliberal (FELLI, 2002).

A saúde, dentro desta concepção, é um bem privado, apropriado de forma individual pelas pessoas, considerando desta forma o serviço público ineficiente devido a sua carência de recursos (SOARES, 1997).

As novas políticas de recorte neoliberal levaram a transformação no mundo do trabalho em saúde e na enfermagem, implicando em novos tipos de relações neste mercado e num novo perfil de profissional do tipo polivalente e multifuncional, baseado nos novos mecanismos de gestão e na ampliação das dimensões intelectuais do trabalho. Dentro desse cenário, encontramos as diversas estratégias para enfrentamento da competição mundial. Aparecem as reformas organizacionais realizadas com baixos custos, mas visando manter os mesmos resultados, levando com isso ao aparecimento de contratos de trabalho precários, onde existe a exposição do profissional a riscos e responsabilidades com salários insuficientes e diminuição na demanda de empregos (GOMES, THEDIM-COSTA, 1999)

Como não poderia ser diferente, também na enfermagem o mercado sofreu estas influências, levando à ocorrência de baixos salários e jornadas de trabalho sem definição e motivadas pelos critérios do empregador. Um exemplo disto, está no aparecimento, gradativo, de cooperativas de trabalhadores da enfermagem.

Cooperativas, portanto, ligadas à idéia de revolução industrial, a idéia de cooperativismo. O mesmo pode ser conceituado como sendo uma sociedade civil constituída por profissionais autônomos, com o objetivo de explorar uma atividade

para prestar serviços a terceiros. Alguns autores dizem ser esta a forma principal de terceirização de trabalho em saúde, para prestação de serviços (CHERCHIGLIA, 1999).

As cooperativas não garantem vínculo empregatício nem direitos trabalhistas, e na sua maioria delas, com remuneração insatisfatória e sem receber os lucros pela participação. Esta prática, portanto, tem contribuído para a precarização do trabalho em enfermagem (FELLI, 2002).

O trabalho de enfermagem configura-se como instrumento de trabalho em saúde, cuja finalidade seria controlar as doenças em escala social e recuperar a força de trabalho incapacitada e acaba individualizando o cuidado, estando o indivíduo internado ou não, dentro ou fora de instituições tanto públicas quanto privadas (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Segundo Silva (1996), o processo e trabalho da enfermagem subdividiram-se em uma série de subprocessos, os quais são denominados de cuidar ou assistir; administrar ou gerenciar; pesquisar ou ensinar, apesar de cada um destes possuir seus próprios instrumentos e poder ou não de estarem interligados num determinado momento. Para desempenhá-los, o trabalhador de enfermagem age de forma heterogênea e hierarquizada, deixando clara a divisão técnica e social do trabalho.

Fica clara, nessa perspectiva, a divisão de trabalho da equipe de enfermagem, principalmente quando observamos as tarefas do pessoal de nível médio a quem delegamos as atividades assistenciais e ao enfermeiro as atividades gerenciais, embora que sobre as atividades do enfermeiro possam ser citados dois diferentes processos: o cuidar e o administrar, com enfoque maior neste último.

Este dado, talvez, possa ser explicado pelo número reduzido de enfermeiros. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem-COFEN (2004) apenas 13,64% do total de profissionais de enfermagem são enfermeiros, ficando o restante distribuído entre técnicos e auxiliares de enfermagem. Embora pareça ser um número grande, estes ainda são insuficientes para atender as demandas de saúde da população.

Na realização do processo de trabalho gerencial, tivemos como objetivo compreender a organização do trabalho e os recursos humanos para a sua realização. Verificamos que para a realização desta atividade são utilizadas técnicas gerenciais

tais como: o planejamento, o dimensionamento de pessoal, a educação continuada, o recrutamento e seleção, a supervisão e a avaliação de desempenho entre outras, sem deixar de lado os instrumentos como força de trabalho, os materiais, os equipamentos as instalações e outras.

Para compreender o processo gerencial é importante que conheçamos os dois grandes modelos em que este está baseado. O primeiro chamado de modelo racional, tem como foco o indivíduo e as organizações e o segundo, o modelo histórico-social com foco nas práticas sociais (CAMPOS, 1994).

O modelo racional fundamenta-se, portanto, na Teoria Geral Administrativa (TGA). Neste, a tarefa da administração é interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional, através do planejamento, organização, direção e controle de todas as áreas da instituição (CHIAVENATO, 1985). Nesse sentido, os pressupostos que norteiam este enfoque gerencial são os taylorianos, devido a suas abordagens prescritivas e normativas assim como explicativas e descritivas (FELLI, 2002).

Este modelo racionalista, segundo Campos (1994), deixa de evidenciar as constantes disputas em torno de objetivos corporativos, limitando a capacidade de intervenção na realidade, por estar centrado na organização e na produção em massa. Neste, o trabalho é fragmentado, verticalizado além de alienado por estar baseado em teorias de Taylor, Fayol e Ford.

As organizações, hoje, se caracterizam por processos dinâmicos que buscam atingir os seus objetivos, não mais a partir de um único modelo, visto que este não supre as necessidades institucionais, embora alguns autores tenham tentado ir além da TGA. Motta (1998) se refere ao gerenciamento como sendo a arte de pensar, de decidir e agir; é a arte de fazer acontecer, e, de obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, alcançados através das pessoas e numa interação humana constante.

Ainda segundo Motta (1998), o modelo passa a ser visto de forma unicamente racional e intuitiva. O racional entendido como aquele modelo que confere, prevê e antecipa as ações de forma mais eficiente e agindo sobre as causas e os efeitos. E a

forma intuitiva, como aquela que confere à gerência um caráter emocional, interativo com capacidade para pensar e julgar e, desse modo, melhor decidir e agir.

Para Felli (2002), da mesma forma, o gerenciamento avança da racionalidade para a flexibilidade quando for capaz de responder aos modelos e às finalidades do capitalismo avançado, inaugurados pela globalização e dirigidos pelas políticas neoliberais.

Para este tipo de gerenciamento, a produção é conduzida pela demanda. Logo, é variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. Nesse modelo, o estoque é mínimo e o tempo de produção deve ser bem aproveitado a partir de um processo flexível no qual o trabalhador é polivalente. O trabalho, ainda, deve ser realizado em equipe, com ênfase na horizontalização e na capacidade de responder rapidamente ao imprevisto.

Deste modo, crescem os programas de qualidade nas instituições, baseados na flexibilização e na redução da estrutura hierárquica, dos postos de trabalho e da intensificação do ritmo de trabalho da enfermagem, denotando a real intencionalidade que é a geração de lucratividade (FELLI, 2002).

Uma segunda abordagem gerencial das práticas sociais são os chamados “Modelos Histórico-Sociais”. Estes se baseiam na perspectiva das práticas de saúde, as quais foram, historicamente, estruturadas e socialmente articuladas. Buscam, de outro modo, responder as contradições e tensões presentes no cotidiano dos serviços e voltam-se, particularmente, para a satisfação das necessidades de saúde da população, com base na autonomia dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado (CAMPOS, 1994).

Para Campos (1994), em outras palavras, o processo de gestão por si só não é suficiente para elaborar políticas a partir de vários interesses, muitas vezes, até contraditórios as forças sociais ou de produção de serviços ou insumos no setor de saúde. Ao mesmo tempo em que ele é condicionante do modo de produção, ele é também condicionado pelo modo como se organiza a produção dos serviços de saúde, ou seja, é um processo de gestão que sofre influências sociais e políticas por ser ao mesmo tempo criador e produto.

Para Castanheira et. al (1996), a gerência tem um papel mediador, por buscar

traduzir reciprocamente as políticas institucionais, tanto públicas quanto privadas, como também garantir que o produto de trabalho corresponda às finalidades definidas.

Nessa mesma direção, Marx (1982) salienta que o trabalho executado em grande escala, necessita de uma direção para harmonizar as atividades individuais dentro do movimento de todo o organismo produtivo, diferentemente de seus órgãos isoladamente.

Sob essa abordagem, a gerência em saúde pode ser vista como uma atividade meio, cuja ação central está na articulação e na integração, que possibilita tanto a integração quanto à articulação do processo de trabalho mediante as determinações necessárias no cotidiano das organizações (MISHIMA et al,1997).

Para Castellanos et al (1989) o processo de trabalho da gerência de enfermagem é orientado por uma finalidade imediata que é a organização do trabalho e mediata que é fornecer condições para a realização do processo de cuidar, tanto individuais quanto coletivo. Dentro deste contexto, poderíamos citar como objetos de trabalho a organização da assistência e a educação continuada, sendo estes os meios para atingir os objetivos, a força de trabalho, os materiais, os modelos e métodos administrativos.

Com a finalidade de organizar o processo de cuidar, o trabalho do gerente incide sobre os trabalhadores, enquanto seu objeto de trabalho. Desse modo, os meios pelos quais ele vai realizar a assistência nas instituições de saúde são: os agentes de trabalho, os saberes administrativos e suas ferramentas, que são o planejamento, a coordenação, o controle e a direção. Já as atividades gerenciais são organizadas em forma de rotinas, com normas definidas e com controle e autoridade para a divisão de trabalho por categoria de trabalhadores, por turno e atividades (SILVA, 1996).

O processo de trabalho gerencial está pautado, sob esse enfoque, nas necessidades de saúde, ou seja, nas quatro dimensões inerentes à atividade do gerente: a técnica, a política, a comunicativa e no desenvolvimento da cidadania (ALMEIDA et al.1994). Os aspectos gerais e instrumentais do próprio trabalho, de outro modo, relacionados ao planejamento, a supervisão, ao controle e avaliação, dizem respeito à *dimensão técnica* (MISHIMA, 1997).

Na *dimensão política*, diferentemente, ocorre a articulação do trabalho gerencial relacionado ao projeto que deve ser colocado em prática. Para isto deve ser levado em

conta o caráter político da situação, o econômico, assim como as questões relacionadas ao usuário e as instituições de saúde. Nessa dimensão, estão inseridos os diferentes tipos de poderes tais como o técnico, o político e o administrativo concebidos, no setor saúde, a partir de uma relação dialética entre objetivos e meios (MISHIMA, 1995).

À dimensão que diz respeito ao caráter de negociação, presente na comunicação entre as partes e nas relações de trabalho em equipe e com a comunidade chama de dimensão comunicativa, segundo Ingran apud Mishima (1997), a ação comunicativa envolve um esforço concentrado para se atingir um acordo.

Em relação à *dimensão de desenvolvimento da cidadania*, existem diferentes formas de organização de trabalho em virtude das necessidades de saúde, determinadas pela assistência prestada à população, bem como de sua qualidade, sendo esta escolha baseada em condicionantes históricos, institucionais e suas mediações políticas, sociais e de saúde, entre outros.

2.2 A Enfermagem e organização do trabalho de enfermagem

A enfermagem é uma profissão que cuida do ser humano. Para tanto, utiliza uma metodologia própria e compartilha de um processo dinâmico de interação entre o paciente, sua família, a comunidade e junto com outros profissionais. Nesse sentido, o cuidado pode ser caracterizado como uma troca de experiências, conhecimentos, sentimentos, a partir do respeito às crenças e valores de cada membro envolvido, de modo a permitir melhorar a maneira de viver ou proporcionar condições para um morrer com dignidade.

A organização do trabalho, de modo geral, sofreu fortes influências das teorias administrativas e vem evoluindo na construção de conhecimentos específicos frente às especificidades deste setor em relação ao setor de produção de bens.

Ainda existe uma forte tendência por essa forma de organização na enfermagem, podendo ser observada pela ênfase que o profissional enfermeiro dá ao fazer, à divisão de trabalho em tarefas e pela excessiva preocupação com os manuais de procedimentos, rotinas e normas (COLLET et al, 1994). A autora ainda salienta

que as escalas de serviço e de tarefas são planejadas, pela enfermeira, com antecipação, normalmente sem conhecer a realidade dos pacientes, uma vez que é feita habitualmente no dia anterior ou em muitos casos, no início de cada semana. Para a autora, a preocupação está centrada em manter a produtividade, sem prejuízo do paciente, fazendo a equipe cumprir as tarefas. Logo, o desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados. A assistência direta fica aos cuidados do pessoal técnico e auxiliar, sendo que a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho, reforçando a divisão entre trabalho intelectual e manual, tornando a assistência fragmentada em várias atividades.

As estruturas altamente hierarquizadas que fazem parte das instituições de saúde e são reproduzidas pela profissão, lembram a escola clássica. Segundo Collet et al (1994), assim como existe a subordinação dos indivíduos e/ou de um serviço a outro; o organograma é verticalizado, não são consideradas as relações interpessoais; a preocupação com a quantidade de trabalho realizado e não com a qualidade.

Para Kurcgant (1991), a burocratização dos serviços de saúde é validada pela enfermagem que assume características de profissionais técnicos especializados, com papéis definidos na instituição, assim como a valorização das normas e regras preconizadas pela Teoria da Burocratização.

Segundo Matos (2003), surge na Teoria das Relações Humanas, a liderança como estratégia de condução do grupo; através da comunicação adequada entre enfermeiro e equipe, permitindo de maneira positiva dar continuidade e otimização à assistência de enfermagem (KURCGANT, 1991).

Na teorização das diversas correntes da administração, observa-se que a discussão sobre a organização do trabalho está centrada no aumento da produtividade, na eficiência da organização, permanecendo, talvez, o trabalhador em segundo plano, ainda que na maioria das vezes de forma não explícita. Os modelos participativos trazem uma contribuição diferenciada no sentido de aliar produtividade e participação, mas é preciso que esta participação seja real e efetiva. Mesmo que a enfermagem venha sofrendo influências de outras correntes, estas ainda são insignificantes para transformar o modelo existente na organização dos serviços de enfermagem, assim como na instituição hospitalar como um todo (KURCGANT, 1991).

Campos ao falar da organização do trabalho em saúde, afirma que “não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde, assim estruturados, costuma transformar-se em suplício insuportável”. CAMPOS (1997, p. 234-235)

Galvão et al (1998), ao fazerem algumas considerações sobre a necessidade de liderança para os (as) enfermeiros (as) no milênio que se inicia, frisam que ainda hoje a enfermeira desenvolve uma gerência com muitas características da Administração científica, ou seja, com abordagens clássicas da administração. Em outras palavras, desenvolve uma gerência orientada para as necessidades do serviço, para o cumprimento de normas, rotinas e tarefas, reproduzindo aquilo que a instituição espera. Para as autoras em questão, a gerência além de não atender, muitas vezes, à necessidade do paciente, esta gera nos trabalhadores de enfermagem uma série de descontentamentos e desmotivação.

Nesse sentido, Campos considera que,

[...] para mudar a realidade do trabalho em saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. É recomendável voltar a valorizar o profissional. As instituições precisam buscar mecanismos que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores na gestão e realização do trabalho, para então efetuar as mudanças necessárias. Tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos, são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes “[..] (CAMPOS, 1997, p. 235).

O trabalhador da área da saúde lida com a vida e a morte, existindo neste processo assistencial a possibilidade do profissional perder seu objeto de trabalho pela morte. Logo, é um trabalho que demanda uma relação humana intensa, configurando-se como ação produtiva e interação social (SCHRAIBER et al, 1999).

Já, como trabalho coletivo, a enfermagem tem suas ações executadas em conjunto com outros membros da equipe multiprofissional, representando uma forma peculiar de trabalho coletivo. Mesmo que desempenhado individualmente, este é coletivo à medida que ocorrem as divisões de trabalho (especializados), o que proporciona uma fragmentação da assistência. Nesse sentido, ganha ênfase o trabalho em equipe que, também, é trabalho coletivo, mas que não é independente nem isolado.

Sob esse enfoque, percebe-se a complexidade do trabalho em saúde. Ao falar da complexidade, Morin (1982) faz referência que pensar de maneira complexa significa pensar nas disciplinas e nas relações existentes entre elas, assim como suas contribuições, o que caracteriza a interdisciplinaridade. Pensar de forma complexa, de outro modo, é aceitar que exista uma contradição que necessita ser confrontada e superada, sem necessariamente reduzi-la.

Segundo Morin (2000), o conceito de Transdisciplinaridade vai além, pois, é uma fase superior à interdisciplinaridade que busca o ponto comum entre um conjunto de disciplinas, interações ou reciprocidades, visando à harmonia entre mente e saberes, transformando multiplicidade em unidade e vice-versa.

2.3 Gerência hospitalar

Tanto o conceito como as formas de praticar a função de gerente vêm mudando em virtude dos avanços tecnológicos e da própria exigência do mercado.

Segundo Mattos (1979), a gerência era considerada pela capacidade de obter resultados através das pessoas, podendo influenciar tanto de maneira positiva para o alcance de metas quanto para o seu insucesso.

Hatakeyama (1995) citado por Pereira (2003), considera o gerente como aquele que administra um grupo de pessoas, que toma as decisões que lhe convém para resolução de problemas, não ficando apenas com as tarefas delegadas por seus superiores. É necessário que o gerente possa ter autonomia na tomada de decisões, para agilizar o andamento do processo. Assim, “os gerentes devem ser mestres do paradoxo transformando os pontos cruciais dos vários dilemas inevitáveis em círculos virtuosos e não viciosos” (CARVALHO, 1995, p.27).

Dentro de um hospital, existe um grupo variado de profissionais e diferentes especialidades, que possuem autonomia para o desempenho de suas atividades. O grande desafio apresentado à gerência hospitalar, desse modo, está em manter uma integração entre a estrutura profissional e administrativa (TORRES, 2002).

No que tange aos médicos, nota-se uma dificuldade muito grande em seguir as

decisões apresentadas pela gerência. Segundo Azevedo (1995), isto se deve ao fato de que os médicos têm dificuldades em reconhecer o seu poder no poder da gerência, quando o primeiro origina-se de perícia em suas ações, enquanto o poder gerencial provém da hierarquia adquirida com a própria função. Este paradoxo acarreta sérios problemas no que diz respeito à execução das normas definidas pela gerência, tornando ausente a autoridade em relação a este grupo de profissionais.

Em relação à gestão propriamente dita, o que se observa é uma forma improvisada de atuar, baseada em ações voltadas a situações emergenciais, justificando este fato pela complexidade das organizações que obrigam a estas atitudes.

Esta complexidade, segundo Barbosa (1996), possui duas dimensões: uma relacionada ao trabalho, ou seja, ao processo de trabalho e a outra diz respeito à forma de conduzir as partes na execução destes processos para atingir o tipo de produto que se pretende obter.

Um outro fato relevante a ser destacado está relacionado à complexidade do sistema de trabalho em saúde, visto que cada processo assistencial é específico, necessitando de um julgamento profissional subjetivo (TORRES, 2002).

A gerência em um hospital é de fundamental importância segundo Torres (2002), por permitir um melhor desempenho organizacional para o alcance e otimização dos resultados.

Conforme Barbosa (1996) para que se consiga reverter este quadro, ou seja, uma gerência com baixa autonomia, falta de compromisso com os resultados e desperdícios de recursos, é necessário que ocorra uma transformação cultural, com práticas voltadas para a razão de ser das instituições, para que se possa atingir a satisfação de seus usuários e a otimização de seus recursos.

Já no setor público, a tendência é a descentralização e a profissionalização do gerente, como proposta para a solução dos problemas, pois para Azevedo (1995) apud Torres (2002) apud a descentralização fornece melhores condições para que as organizações funcionem com eficácia e eficiência, permitindo a transferência de poder e agilidade das unidades. A profissionalização é vista como uma estratégia de criar funções, cargos, no sentido de enfatizar tanto o desenvolvimento como a capacitação

gerencial (AZEVEDO, 1995 apud TORRES, 2002).

Segundo Barbosa e Lima (1996), a profissionalização pode ser vista sob dois aspectos. O primeiro refere-se à formação e ao grau de competência enquanto gerente, determinado por fatores pessoais ou adquiridos pela experiência e formação específica, enquanto o segundo tem a ver com novos modelos e sistemas de gestão.

Se no passado, o gerente era visto como um chefe, responsável pelas atividades dos seus funcionários, bem como pelo desempenho das pessoas, atualmente, ele é o responsável pela aplicação e pelo desempenho do conhecimento (Ibid, p. 27).

Algumas falhas podem ser destacadas em relação à gerência hospitalar, como a indicação do gerente que normalmente é política ou por competência na área da saúde, insuficiente dotação orçamentária, a falta de um plano de carreira o que leva a uma falta de compromisso por parte do funcionário com sua instituição e, conseqüentemente, a queda na qualidade de seu serviço.

Assim, a gerência não pode ser vista como uma receita de bolo a ser seguida, visto que o gerenciamento é muito peculiar a cada situação. Acredita-se que o gerente gerencia em conformidade com a situação e os recursos disponíveis a ele e à sua equipe (ERDMANN e PINHEIRO, 1998).

Cape (2000), considera como capacidade gerencial, ter constante atualização, capacidade de liderar e de participar na vida social das pessoas e da organização. Mais recentemente, ainda, Maturana (2005) afirma que administrar é a arte de coordenar as emoções, salientando que gerenciar também é administrar e saber lidar com as emoções do grupo.

Talvez por este motivo, a gestão deve ser muito mais consensual do que autoritária, tipo colegiado. Deve envolver os funcionários em todos os níveis do planejamento e avaliação dos objetivos e das orientações gerais. Dessa maneira, os profissionais trabalham por responsabilidade e não só para obedecerem a ordens.

Neste prisma observa-se que o gerente chefe vem sendo substituído pelo líder, Rodrigues (2000, p.29) refere “que o líder é o condutor, motivador, agregador e realizador” e continua dizendo que a “liderança funciona por meio das pessoas e da cultura. É flexível e calorosa. O gerenciamento funciona pela hierarquia e sistemas. É rígido e frio”. Surge então, a figura do “gerente-líder”, aquele com capacidade de

gerenciar de forma dinâmica, flexível, com velocidade de ação e constante atualização em seus conhecimentos e com domínio de sua área. Porém, para formular os objetivos que devem ser seguidos por sua equipe, conforme a visão institucional, é exigido do gerente competência para que possa entendê-los, colocá-los em prática e concentrar recursos para tal, além de capacidade de liderança e decisão para conduzir a organização de forma harmônica em meio a um ambiente de crises sucessivas (AZEVEDO, 1995).

As mudanças que vêm ocorrendo na sociedade também afetam o controle do hospital, quanto a seu destino. É necessário, pois, que os serviços tenham cada vez mais qualidade para tornarem-se competitivos e satisfazer os diversos interesses das comunidades. Por isso, o planejamento como subsídio para um melhor aproveitamento de todas as oportunidades deve ser primordial. Segundo Johnson e Schultz (1979), o planejamento é umas das mais importantes funções da administração hospitalar, pois, por meio destes, os hospitais podem adquirir posições de liderança e tornarem-se mais ativos.

Outra mudança observada está relacionada ao exercício da gerência, visto que nos primórdios era exercida por representantes eclesiásticos, de maneira empírica e intuitiva, passando, posteriormente, para o poderio médico, legitimado por seu conhecimento clínico. Porém a complexidade da organização hospitalar exige uma maior dedicação e conhecimento gerencial específico, desta forma esbarra na atividade médica que o impede de fazer as duas coisas de forma satisfatória.

Para Normann (1993) apud Torres (2002), o hospital tem o dilema de tornar seus clientes satisfeitos, mas para que isto ocorra não há necessidade de aceitar simplesmente tudo o que eles dizem e pensam, embora, isso não queira dizer que não há necessidade de ouvir e lidar com tais opiniões.

Segundo Sierra (2000), os profissionais de saúde e os pacientes estabelecem relações que envolvem um conjunto de atitudes, valores e experiências, necessidades e normas que levam a momentos de verdade, ou seja, a todo instante o paciente está em contato com o profissional, permitindo a este formar uma impressão sobre a qualidade do serviço, podendo tanto ser positiva como negativa para cada uma das partes. Isto exige uma integração entre as partes, que não se restringe somente à relação médico-

paciente, ou à saúde do paciente, mas a toda a equipe para que se propiciem mais momentos positivos do que negativos.

Para Torres (2002), quando se utiliza a filosofia de administração de serviços, na qual a organização como um todo atua como um único departamento de atendimento ao cliente, se percebe a necessidade de tal integração das unidades organizativas do hospital, ou seja, unidades de serviço a fim de garantir que tudo corra bem para o cliente, procurando desenvolver uma cultura de serviço de excelência prestado ao cliente, sendo esta a missão de seus membros. Torres (2002) entende “serviço” como um processo social que consiste em ações e interações, no qual o cliente não atua somente como consumidor, mas ele faz parte da produção, interagindo diretamente com seu prestador de serviços.

Dessa forma, a organização do serviço é entendida como um sistema complexo e sensível, possuidor de uma variedade de funções e elementos que se inter-relacionam (NORMANN, 1993).

Dentro deste contexto de gerência e organização, Shinyashiki (2000) afirma que cada vez que a pessoa evolui, esta tem a capacidade para realizar atividades simultâneas e mais velozes. Nesse sentido, os gerentes devem estar envolvidos em pelo menos três tarefas que consistem na utilização do tempo, no cumprimento de compromissos e no diálogo. Racionalizar tempo e usá-lo de forma correta significa cumprir com os compromissos sem perder de vista os funcionários, mantendo o diálogo para criar uma relação de confiança e de troca entre ambos, possibilitando um aumento na produtividade e na qualidade dos produtos.

O bom relacionamento entre o gerente e a equipe favorece um clima de crescimento mútuo, este deve estar preparado para ouvir seu grupo. Carvalho (1995, p. 30) afirma que “para tomar decisões o gerente necessita: ter visão prospectiva; ter capacidade de identificar e interpretar cenários; ter uma compreensão ampla das forças positivas que afetam sua decisão e ação”.

As habilidades do gerente estão distribuídas em três níveis: humanas, conceituais e técnicas. Como habilidade humana entende-se a capacidade de lidar com o grupo através de um clima saudável para que mantenha um bom relacionamento e através deste, uma maior facilidade para o alcance do sucesso. Esta habilidade, no

entanto, deve estar relacionada intrinsecamente com as demais.

Habilidades conceituais são necessárias para entender o todo da organização, sem perder de vista as várias partes que compõem este todo, para que se consiga atingir os objetivos gerais da organização e não apenas as metas estabelecidas pelo próprio grupo.

As habilidades conceituais devem estar presentes, cada vez mais, no nível gerencial, quanto maior for o cargo, as habilidades técnicas que têm a ver com a capacidade de desempenhar técnicas, ou seja, executar tarefas, estão diretamente relacionadas à habilidade de exercer a função de supervisor. Em nível hospitalar a gerência pode ser vista como um conjunto de técnicas e métodos de planejamento, direção e controle, visando um envolvimento e mobilização dos atores hospitalares na concretização dos objetivos da organização (GRABOIS, 1995, p.82).

Para Jonhson e Schultz (1979) apud Pereira (2003, p. 81) gerenciar um hospital “é planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar os recursos e procedimentos para a prestação de serviços específicos a pacientes, organizações e comunidades”.

Em virtude das exigências diárias de mudanças, a gerência hospitalar está em constante transformação, que deve ocorrer de forma natural no processo de relações e necessidades surgidas diante da administração institucional. Por isso a gerência hospitalar precisa estar preparada para lidar com as contingências, através das habilidades no tratamento do conflito, na integração e no controle geral da situação (PEREIRA, 2003, p.82).

A gerência hospitalar é vista, atualmente, como uma ponte entre os objetivos propostos pelas instituições de saúde e a prestação de serviços na área da saúde.

Para Erdmann e Pinheiro (1998) as funções de gerente na área da saúde, são de um administrador líder, ou seja, de uma pessoa criativa e que sabe valorizar a participação da sua equipe como membros ativos no processo de cuidar, assim como no gerenciamento.

2.4 Gerência do Serviço de Enfermagem

Com o avanço tecnológico em todas as áreas, estas também ocorrem na enfermagem, porém, estas vêm inovando formas de pensar e agir também diferentes, ocasionando certa insegurança para atender a esta nova demanda do mercado. Desse modo, não apenas os conceitos, mas a prática gerencial está em constantes mudanças.

Conforme Mintzber (1986) os principais papéis gerenciais estão agrupados em três categorias, que se subdividem em: a) Papéis Interpessoais: obrigações de caráter cerimonial e simbólico, originados da autoridade formal e dos relacionamentos interpessoais básicos. Imagem do chefe: natureza cerimonial refere-se às funções interpessoais. Papel de líder: responsável pelo trabalho executado pelos funcionários. E, papel de ligação: relacionado às informações que giram em torno das posições hierárquicas; b) Papéis Informacionais: em relação à análise e ao processamento das informações. Papel de monitor: captação de informações formais (contatos estabelecidos) e informais (por sua rede de contatos pessoais). Disseminação das informações obtidas, ou compartilhamento destas. Papel de porta-voz: envio de informações para indivíduos que não fazem parte da unidade do executivo; c) Papéis Decisórios: através de informações exatas, para a tomada de decisão: Papel de empreendedor: diz respeito à procura de novas idéias e soluções. Papel controlador de distúrbios: relacionado às inúmeras mudanças que ocorrem muitas vezes sem controle. Papel de locador de recursos: refere-se à determinação de como o trabalho deve ser dividido e coordenado. Papel de navegador: envolve as negociações efetuadas pelo executivo, pois é este que tem autoridade para comprometer recursos da empresa e as informações que as negociações exigem.

Berndt (2003) refere que a gerência de enfermagem é uma forma de liderança e o profissional enfermeiro é capaz de detectar possíveis problemas na sua equipe, tanto às ligadas à área assistencial, quanto às ligadas à área administrativa.

O papel gerencial do enfermeiro, portanto, está ligado as ações que envolvem a assistência do paciente e tudo o que dela faz parte, como os materiais, os equipamentos e o dimensionamento de pessoal para este fim, mas, estas também têm caráter educativo e administrativo. A capacidade de tomar decisões aparece como

característica básica para a liderança. Um enfermeiro para ser líder deve ter uma conduta que o torne líder e não apenas por manter um cargo de chefia da equipe. É necessário que este profissional receba orientações que o preparem para tal, já em nível acadêmico, para que ele possa reunir conhecimentos teórico-práticos específicos da área que fundamenta a administração.

Berndt (2003) conclui que a atividade gerencial permeia a maioria das funções exercidas pelo enfermeiro. Observa-se também que existe uma deficiência na formação deste profissional, no que se refere às competências gerenciais requeridas para o exercício de suas funções. Destaca-se, no entanto, que para o exercício de suas funções o enfermeiro necessita adquirir conhecimentos específicos da Ciência da Administração em sua formação acadêmica.

2.5 Gerência do cuidado: sistema de cuidado

Com o avanço tecnológico nos sistemas de produção, em todas as áreas e com as exigências cada vez maiores do mercado consumidor, as áreas de prestação de serviços, onde se situa o setor saúde, necessitam passar por um processo de mudança e adaptação. O hospital passou a ser considerado uma empresa e, como tal, deve ser auto-sustentável. Para poder se manter, obviamente foi necessário uma reorganização em todos os seus processos, não podendo ser diferente na enfermagem. Dessa forma, a enfermagem teve que rever seus processos produtivos, e com isto pensar em uma nova forma de apresentar seu produto, ou seja, o cuidado.

O avanço no processo produtivo da enfermagem ou na organização e métodos/técnicas poderiam possibilitar uma nova descrição do sistema de cuidados de enfermagem enquanto um sistema aberto do processo de produção e enquanto sistema administrativo organizativo da enfermagem. Contudo, elas ainda não deixam de ser “receitas”, “modismos de estratégias” ou “ondas de verdades” fazendo emergir novas necessidades ou necessidade de novidades, que encaminham para a competição e a busca do lucro/sobrevivência do sistema o que seguramente contribui para novas culturas organizacionais (ERDMANN, 1996 .p.37)

O sistema de cuidado de enfermagem tanto pode avançar em direção a uma nova forma de pensar e fazer o cuidado como poderá ficar restrito a um cuidado apenas técnico e fragmentado, dependerá, portanto, da visão administrativa da instituição.

Segundo Erdmann (1996, p.126) “o cuidado na saúde é um processo de interações e associações entre os seres, sendo parte organizador do sistema de saúde, parte organizador dos sistemas de cuidados, co-organizando-se juntos aos demais sistemas sociais” o que amplia a visão e o espaço de atuação do enfermeiro, pelas múltiplas possibilidades de demanda de cuidados de enfermagem. A organização do trabalho da enfermagem se apresenta em múltiplas dimensões e facetas, limitadas pelo exercício profissional regulamentado.

Na mesma direção, Erdmann (1996) enfatiza que o cuidado é um processo dinâmico e multifacetado, é conteúdo e essência de vida, assim como atividade básica da profissão de enfermagem, é um encadeamento de medidas assistenciais, administrativas e legais, que tanto pode estar restrito a uma estrutura organizacional, como pode extrapolar as políticas sociais e as vontades individuais.

É necessário pensar no processo de cuidado como um exercício de cidadania, não atrelado as atividades profissionais dos trabalhadores da saúde. O próprio significado de trabalho pode avançar no sentido de se viver a vida e não apenas ficar restrito aos sistemas de produção no geral.

Dessa forma, é possível pensar os sistemas de saúde de uma maneira complexa, que se organizam, se estruturam e se mantêm, conforme as influências do meio e das relações, muitas vezes imprevisíveis e de difícil administração.

Pensar a complexidade dentro de um sistema organizacional é ver e pensar no processo como um organismo vivo, com peculiaridades e movimentos, mesmo que antagônicos, é pensar o cuidado de enfermagem além do espaço institucional. Para Erdmann (1996), a complexidade pode dar início ao desenvolvimento de uma nova concepção teórico e filosófico do conhecimento acerca da organização de um sistema de cuidados de enfermagem hospitalar.

As noções de pensamento complexo, fundamentadas em Morin (2000) servem como desafio para um novo modelo de cuidar em enfermagem:

As necessidades do cuidado e do fazê-lo oscilam entre a consciência sobre elas, as vontades, os desejos, os interesses, as conveniências, as oportunidades e as possibilidades. Entre o acontecer e o acontecido se somam noções de toda a ordem. As pessoas se movem por interesse e também por valores. Entendendo o cuidado como um valor da vida e uma forma de respeito à natureza. (ERDMANN, 1996, p.42).

2.6 Regulamentação, exercício e controle da enfermagem como profissão

Para Berndt (2003), os profissionais da área da enfermagem, têm feito esforços no sentido de mudar a visão da sociedade sobre o que significa ser enfermeiro, uma vez que esta profissão é vista como meramente técnica, dificultando o gerenciamento da assistência. É necessário, portanto, que os profissionais ampliem seus conhecimentos e que os consolidem, necessitando de uma mudança no ponto inicial e fundamental deste processo por meio do ensino.

Fica clara, ainda, a hierarquização existente nos serviços de enfermagem, com profissionais designados à execução de técnicas na assistência direta ao paciente, enquanto outros são encarregados da supervisão desta assistência, sendo esta uma atividade esta que requer maior conhecimento, ou seja, um título acadêmico.

Os cursos de graduação em enfermagem, com duração média de quatro ou cinco anos, formam profissionais habilitados para gerenciar os serviços de enfermagem, a partir de conhecimentos técnicos, administrativos, éticos, filosóficos e antropológicos. Estes profissionais, gradativamente, vêm tentando buscar o reconhecimento junto à sociedade, como sendo uma profissão científica e não meramente técnica.

Na enfermagem, existe certa dependência e troca com o gerenciamento, pois o enfermeiro é concebido como um administrador por exercer cargos de liderança.

Um líder, no entanto, nem sempre necessita de um papel formal ou preparo de educação para tal, isto lhe garante flexibilização nas ações, mantendo os indivíduos comprometidos a desempenharem seu trabalho em equipe, ficando assim mais fácil atingir os objetivos predeterminados pelo grupo.

Já no caso de um administrador, ele exerce sua função pelo poder de seu cargo de chefe, seu papel é definido pela organização e possui poder formal para direcionar gastos, pessoas, até atingir os objetivos organizacionais.

Segundo Berndt (2003), para que o enfermeiro seja líder, ele precisa exercer suas competências e repensar a própria formação, acrescentando novos conhecimentos aos já adquiridos para o aprimoramento de sua prática por meio do ensino por competências.

Para Le Boterf (2003) o ensino por competência traz ao profissional a capacidade não apenas de executar tarefas, mas de administrá-las, sabendo ir além do prescrito e/ou do tradicionalmente instituído.

O conceito de enfermagem citado na filosofia do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) é descrito como uma "profissão a serviço do ser humano (indivíduo, família e grupos sociais) que exige um corpo de conhecimentos próprios e sistematizados cientificamente a ser utilizado na promoção, proteção e recuperação da saúde".

Segundo Berndt (2003) a realidade brasileira se faz presente, tanto no setor financeiro como no setor social, onde as desigualdades são tantas e tão gritantes, que nos remetem à própria questão da formação do enfermeiro, para que este seja capaz de contribuir com a implantação de um sistema de saúde mais justo à sociedade humana. Em outras palavras, precisa estar baseado nos princípios de qualidade e igualdade social, afim de que tenham maior capacidade crítica e que sejam mais atuantes no contexto das políticas públicas, de saúde e educação.

Para que isto ocorra, é necessário repensar as práticas de enfermagem, não só os conceitos, mas que o enfermeiro se aproprie das informações que lhe permitam ter atitudes, a fim de transformar as situações do cotidiano, desenvolvendo suas competências e utilizando-as.

Situações adversas, não comuns e na sua maioria inesperadas, levando o ser humano a ter que desenvolver suas competências. É neste momento, principalmente, que o enfermeiro pode manifestar, além de seus conhecimentos formais, suas competências (LE BOTERF, 2003).

Perrenoud (1999), ao comentar sobre a formação por competências ele

diferencia os seres humanos das abelhas. Ou seja, entende que em situações de estresse, como por exemplo, quando atacadas por um objeto estranho em sua colméia, não são capazes de reagir de forma inovadora e repetem sempre o desespero de serem atacadas e atacam, enquanto que os seres humanos competentes têm possibilidades de criar uma nova reação.

Todas estas questões vêm sendo amplamente discutidas e possibilita uma nova visão dos currículos de enfermagem, baseada na formação por competências. O profissional é capaz de agir e administrar situações complexas, através de seus conhecimentos. O currículo que antes era visto como um documento formal que continha questões técnicas relacionadas ao ensino para a pedagogia tecnicista, hoje é visto como foco central para discussão nas escolas.

Segundo Moreira e Silva (1994) apud Bernadt (2003) os currículos não são estáticos, neutros e inocentes na transmissão do poder, visto que estão implicados nas relações de poder, podendo transmitir visões sociais particulares e levando à produção de identidades individuais e sociais particulares.

Para Bernadt (2003), os currículos devem atender às necessidades do mercado do profissional que está sendo formado, sendo instrumentos flexíveis, ativos e passíveis de discussões culturais, políticas e sociais.

Conforme Peduzzi (2001), a profissão do enfermeiro está inserida no âmbito gerencial, considerando as dimensões técnicas, políticas e comunicativas. O papel do enfermeiro, nesse contexto, extrapola as funções técnicas no momento em que ele não só executa, mas gerencia esta execução. Cabe ao enfermeiro organizar o trabalho da enfermagem em suas múltiplas atuações, desde a administração de recursos materiais, como do tempo, do ambiente e principalmente dos recursos humanos.

Enfermeiros recém-formados encontram dificuldade em definir o seu papel como gerente, assim como de conseguir um emprego que lhes permita exercer ação gerencial, exercendo, desse modo, apenas o papel de executor da assistência.

As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação de enfermagem, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, através da resolução CNE/CES nº3, de 07 de novembro de 2001, art.4º, explicitam as competências e habilidades gerais do enfermeiro. Dentre estas, é possível notar que cinco delas são de âmbito gerencial, ou

seja, que consistem na função gerencial do enfermeiro. Ainda, assim, esta competência não se refere de forma explícita à função gerencial. Nessa perspectiva, também são consideradas funções gerenciais do enfermeiro:

1º Atenção à Saúde: os profissionais da saúde, dentro de seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Apesar das funções gerenciais do enfermeiro não estarem claramente descritas, estas estão subentendidas a partir do momento em que é da responsabilidade do enfermeiro a programação de sua equipe para a execução da assistência, ficando claro a atividade gerencial ou administrativa do mesmo, ou seja, o enfermeiro não apenas executa a técnica, mas a planeja antes.

2º Tomada de decisões: Função essencialmente gerencial e que faz parte do dia-a-dia do enfermeiro para que a instituição onde trabalhe funcione. É o enfermeiro que gerencia a assistência ao paciente, mas para tal é necessário que tenha as competências necessárias, ou seja, precisa ser rápido nas suas decisões e saber qual atitude tomar a partir das várias situações que lhe são apresentadas rotineiramente em uma instituição de saúde. Esta competência encontra-se descrita da seguinte forma: o trabalho dos profissionais da saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

Fica clara a função administrativa do enfermeiro na tomada de decisões, para tal, deve ser estimulado e ensinado a realizar esta prática, pois decisões incertas ou

inseguras podem acarretar danos, tanto para a instituição quanto para o próprio paciente. Ele precisa estar preparado para decidir, tanto no que diz respeito à preparação da assistência a ser prestada ao paciente, quanto na execução da mesma.

3º Comunicação: Competência que não só tem a ver com o ato de comunicar-se internamente, mas também, externamente, para que o andamento do serviço se faça de forma clara e bem entendida por todos, significa não só passar a informação, mas ser capaz de gerenciar a mesma. Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles informadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público no geral. A comunicação envolve a comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita, o domínio, de pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

4º Liderança: fundamental na prática gerencial. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores, com liderança na equipe de saúde.

Segundo Berndt (2003), esta competência tem a ver com a prática diária do enfermeiro, visto ser ele o administrador da equipe de enfermagem, quem coordena as atividades a serem realizadas e quem define a melhor maneira de realizar a assistência.

5º Educação Permanente: Diz respeito à capacidade do profissional de aprender continuamente, tanto de maneira formal quanto na sua prática. O profissional enfermeiro deve ter o compromisso e a responsabilidade pessoal de buscar o contínuo crescimento profissional e proporcionar a troca de benefícios entre os profissionais que já atuam e os futuros profissionais, através da formação de redes nacionais e internacionais de cooperação.

Para Bernadt (2003), o enfermeiro é um permanente educador, pois, tanto como administrador da assistência, como gerente da equipe de enfermagem, ele está em um contínuo processo de aprendizagem, centrando-se tanto no cliente e sua família quanto na sua equipe.

Várias questões foram levantadas e discutidas por estudiosos e docentes de Administração, a partir do exposto pela resolução, sobre a necessidade de se fazer mudanças nos currículos de enfermagem, com base nas competências gerenciais.

Estas discussões foram feitas durante o 4º Encontro Nacional dos Docentes de Administração em Enfermagem, que aconteceu em Gramado-RS, no 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 16/10/2004, do qual resultou um relatório que apresenta o “Termo de referência sobre o perfil da (o) enfermeira (o) no âmbito da gerência e as competências gerenciais na formação da enfermeira (o) em nível de graduação” (ABEn, 2004). O enfermeiro com este perfil pode atuar como gerentes e líderes da equipe de enfermagem e dos serviços de saúde na gestão de recursos e processos, por meio do planejamento, organização, direção e avaliação, objetivando atender as reais necessidades de saúde da população.

O relatório, em questão, mostra a relação entre enfermagem e gerência, pois as competências requeridas para o desempenho desta função permeiam suas atividades exigindo do enfermeiro habilidades e embasamento teórico para tal. As competências e habilidades do egresso de curso de graduação em enfermagem, na área de conhecimento: Administração em enfermagem definidas no relatório (ABEn, 2004), são as seguintes:

- 1) Analisar as políticas públicas (nacional, estadual e local) e sua influência na organização da atenção à saúde;
- 2) Distinguir as características dos modelos de atenção à saúde no Brasil e suas implicações políticas nas diversas áreas de assistência;
- 3) Analisar as políticas e os programas de atenção à saúde e a participação da enfermagem;
- 4) Discutir e utilizar os princípios éticos e legais na tomada de decisão e nas relações interpessoais nos Serviços de Saúde;
- 5) Analisar e mobilizar mecanismos para o controle social em saúde;
- 6) Analisar os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na Enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde;
- 7) Planejar, implementar e avaliar ações e estratégias resolutivas dos problemas de saúde, nos diversos níveis de atenção, junto aos indivíduos, família e comunidade;
- 8) Correlacionar as influências da evolução do pensamento administrativo na prática gerencial dos serviços de saúde e de enfermagem;
- 9) Identificar os elementos técnico-políticos e ideológicos, compreendidos no processo administrativo;
- 10) Reconhecer as políticas de recursos humanos e seus determinantes, definidos a partir da Reforma Sanitária;
- 11) Reconhecer a Gestão de Pessoas como estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde;
- 12) Reconhecer a política de saúde do trabalhador, e suas implicações para

enfermagem, assegurando infra-estrutura de modo a promover a qualidade de vida no trabalho;

13) Entender a Política Recursos Humanos na perspectiva de remuneração dos profissionais de saúde e do processo de desregulamentação do trabalho e seu reflexo no serviço de enfermagem;

14) Compreender e aplicar a Política de RH no processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem;

15) Compreender a Política de RH, analisando e aplicando os instrumentos de avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem;

16) Compreender e aplicar a Política de RH, no Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de Educação Permanente dos trabalhadores de enfermagem;

17) Trabalhar em equipe, promovendo a integração entre a enfermagem e gestores como co-participantes do processo de trabalho gerencial;

18) Estabelecer relações de trabalho de caráter interdisciplinar e multiprofissional como estratégia de atenção à saúde, sob o enfoque da integralidade;

19) Desenvolver e aplicar os princípios de liderança nos processos de trabalho da equipe de saúde e de enfermagem;

20) Analisar e utilizar a comunicação dialógica no processo de trabalho;

21) Planejar implementar e avaliar ações e estratégias resolutivas dos problemas gerenciais nos serviços de saúde e de enfermagem;

22) Analisar e propor intervenções na estrutura físico-funcional e organizacional dos estabelecimentos assistenciais de saúde;

23) Compreender, estabelecer e participar de negociações nos serviços de saúde para garantir o suprimento de recursos viabilizadores da assistência de enfermagem;

24) Elaborar, executar e avaliar o plano de supervisão da equipe de enfermagem;

25) Utilizar a informática e os sistemas de informação nos serviços de saúde e de enfermagem;

26) Aplicar as funções administrativas no gerenciamento de recursos materiais nos serviços de saúde;

27) Implementar os sistemas de avaliação, elaborando indicadores de qualidade nos serviços de enfermagem;

28) Conhecer o processo de Consultoria em Enfermagem;

29) Aplicar as funções administrativas no gerenciamento de recursos financeiros e de custos da assistência de enfermagem;

30) Conhecer os modelos de acreditação hospitalar;

31) Gerenciar a assistência de enfermagem;

32) Reconhecer a cultura e o clima organizacional e as possibilidades de mudanças dos serviços de saúde e de enfermagem;

33) Conhecer o processo de gerenciamento de conflitos e preparar a equipe para as mudanças.

A partir do exposto, questiona-se a formação acadêmica do ensino de enfermagem no que diz respeito ao preparo deste futuro profissional quanto às suas funções gerenciais, visto que sua formação deve estar embasada nestas funções, porém

sem perder de vista, sua formação técnica, sócio-humanista e política para o cuidado.

O enfermeiro deve estar engajado nas questões políticas, sociais e administrativas de seu país para prestar uma assistência adequada, permitindo à sua equipe o desempenho de um cuidado digno e de qualidade.

Merece, igualmente, um destaque especial a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, isto é, a Lei Nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 (Brasil, 1986). Esta Lei dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Destacam-se a seguir alguns dos seus artigos:

Art.2º - A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoal legalmente habilitada e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único – A enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art.3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art.6º - São Enfermeiros:

I – O titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino nos termos da lei;

Art.11º - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe.

I – privativamente: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e da unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição; participação em projetos de construção ou reforma de unidade de internação; prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e doenças transmissíveis em geral; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência da enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia; educação visando à melhoria de saúde da população.

Art. 15 – As atividade referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei quando exercidas em instituições de saúde, públicas ou privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

A enfermagem como profissão possui, em suma, regulamentação, exercício e controle. Estes, de certo modo, contribuem para o reconhecimento da profissão, bem como, para apontar a necessidade das competências gerenciais para o exercício seguro e qualificado da prática do profissional enfermeiro.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO DESTE ESTUDO: OS FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA COMPLEXIDADE, ALGUNS PRESSUPOSTOS PESSOAIS E CONCEITOS NORTEADORES

3.1 Os fundamentos da teoria da Complexidade

Para o exercício do olhar complexo sobre a temática em questão, buscou-se como referência o paradigma da complexidade, na visão de Edgar Morin (2000, p.29), que compreende teoria como a função de “ajudar e orientar estratégias cognitivas que são dirigidas por sujeitos humanos”.

Conforme Morin (1982), citado por Pradebon (2002), é somente através da lente da complexidade que se pode compreender o mundo, pois, o mesmo encontra-se em constante evolução, regressão, revolução, crise, tudo ao mesmo tempo, o que é possível fazer por meio do paradigma da complexidade.

Entender a complexidade é ir além do complicar, pois é algo muito mais profundo surgido a partir da filosofia. Para Morin, citado por Erdmann, a complexidade “é um pensamento em combate com e contra a lógica, com e contra as palavras, com e contra o conceito, e com a palavra que tenta agarrar o inconcebível e o silêncio” (1993, p.156-157).

Na ótica de Morin (2000), complexus significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. Os desenvolvimentos próprios à nossa era planetária nos confrontam cada vez mais e de maneira cada vez mais inelutável com os desafios da complexidade.

Nessa perspectiva, um sistema quanto mais complexo for, maior será sua

capacidade de operar com a desordem. Na procura da simplicidade elementar, chega-se a complexidade fundamental. O que significa que simplificar e complexificar são processos e contraprocessos. A complexificação procura levar em conta o máximo de informações reais; assim como conhecer e reconhecer o variado, o incerto e o aleatório.

A **ordem** segundo Morin (1982, p.154-5), dá a idéia de estabilidade, constância, regularidade, repetição, estrutura, ou seja, a ordem é produzida pelas leis, probabilidades, determinações, e a ordem nos incitam a pensar em organização. Já a **desordem**, são as agitações, dispersões, colisões, irregularidades, instabilidades; são os desvios que aparecem num processo, que perturbam e o transformam; são as desorganizações; são as desintegrações, os erros ou ruídos, as incertezas e os imprevistos. Desordem também se relaciona à organização. E, a **organização**, está relacionada à idéia de sistema e de ordem, pode ser produtora de um sistema ou de uma unidade complexa, pois se afirma como disposição relacional que liga, transforma, mantém ou produz componentes, indivíduos ou acontecimentos. Ela pode garantir solidariedade e solidez relativa às ligações, criando possibilidades de duração ao sistema em face das perturbações aleatórias. Assim, inter-relação, organização e sistema são concebidos numa reciprocidade circular. Enquanto disposição relacional, a organização remete ao plano dinâmico da interação, não podendo ser reduzida à ordem, embora comporte e produza ordem.

Reportando-se à ordem, desordem, organização, Klement (2000, p. 7) pontua que o “antagonismo se verifica pela contraposição da ordem e da desordem”. Isto significa que a ordem é constantemente abalada pela desordem no sentido de adequar-se aos sinais do ambiente, conferindo-lhe as mudanças na direção do seu crescimento, desenvolvimento. Enquanto isso, a desordem é dissipada pela ordem. A organização é resultado das interações dinâmicas da desordem com os acomodamentos estáticos da ordem. É um produto, dotado de um ordenamento capaz de avançar e crescer.

Morin (1982, p. 158-9) sugere a impossibilidade de conceber esses conceitos em separado, pois para ele, precisamos “associar o nosso universo a partir de uma dialógica entre termos, cada um deles chamando o outro, cada um precisando do outro para se constituir, cada um inseparável do outro, cada um complementar do outro,

sendo antagonista com o outro”. E, ainda nos alerta para o perigo de enquadrar o mundo visto por apenas um ângulo. Entende que um universo estritamente determinista, que seria apenas ordem, seria um universo sem devir, sem inovação, sem criação. Mas um universo que fosse apenas desordem não conseguiria constituir organização, portanto, seria incapaz de conservar a novidade e, por conseguinte, a evolução e o desenvolvimento. Um mundo absolutamente determinado, como um mundo absolutamente aleatório, são pobres e mutilados; o primeiro é incapaz de evoluir e o segundo é incapaz de nascer. Assim, temos que misturar estes dois mundos. O autor refere ainda que a ordem, a desordem e a organização são necessárias para conceber o mundo dos fenômenos, sejam eles sociais, físicos, biológicos, econômicos.

As idéias que Morin (1982, p. 204-5) defende em relação aos **sistemas** são as de que sistema é um conceito não totalitário e não hierárquico do todo, mas, pelo contrário, um conceito complexo de unidade e multiplicidade, aberto para politotalidades. Ainda para o autor, o conceito de sistemas é um macroconceito, ou “um conceito de três faces”, a saber: sistema (que exprime a unidade complexa e o caráter fenomenal do todo, assim como complexo das relações entre o todo e as partes); interações (que exprime o conjunto das relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem em um sistema); e, organização (que exprime o caráter constitutivo destas interações – aquilo que forma, mantém, protege, regula, rege, se regenera – e que dá a idéia de sistema a sua coluna vertebral). Esses três termos são inseparáveis, conforme o autor se remete uns para os outros.

Morin (1982, p. 218) afirma que a Teoria Geral dos Sistemas é definitivamente insuficiente, na atualidade, quando aplicada aos sistemas vivos ou sociais, baseada apenas na noção de sistema aberto. Para ele um sistema é aberto quando pode alimentar a sua autonomia, mas através de dependência em relação ao meio exterior e isso implica que o mesmo se alimente de matéria-energia e até de informação. Nessa concepção, autonomia e dependência são concorrentes, coexistem no mesmo plano, contrariando a posição simplificadora entre uma autonomia sem dependência e um determinismo de dependência sem autonomia.

Contudo, para Prigogine & Stengers (1979), citados por Schramm (1996, p. 197):

(...) a vinculação entre sistemas e ambiente, necessária à sobrevivência do conjunto, não deve ser considerada somente no sentido daquilo que limita o possível. Ela deve, ainda, ser considerada como aquilo que cria novas oportunidades, responsáveis da co-evolução de sistema e ambiente e que participam, a cada estágio evolutivo, da construção de uma estrutura provisoriamente integrada e dinamicamente estável. O vínculo determinaria, portanto, um leque de conseqüências inteligíveis e novas para o sistema, ao invés de se impor do exterior ao sistema (PRIGOGINE & STENGERS (1981), apud SCHRAMM, 1996, p. 197)

Ainda em relação ao sistema, Morin (1982, p. 200) pontua que embora esse paradigma seja tido como novo, Pascal na sua época, já dizia que é “impossível conhecer o todo. Como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes” diferindo frontalmente do holismo; porque, segundo o estudioso, o holismo simplifica, fazendo desaparecer as partes (subsistemas) em favor do todo (sistemas) e isto é unidimensional, é parcial.

Os sistemas mais complexos conhecidos, na visão deste autor, são “o cérebro e a sociedade dos homens (e) são os que funcionam com maior partes de áleas, de desordens, de ruído” (MORIN, 1982, p.229).

Complexidade é o que costumamos chamar de complexo, no cotidiano, é o complicado, imbricado, enrolado. Mas para Morin (1982), a complexidade não passa da combinação de vários elementos simples. Diferente, portanto, do conceito de complexidade defendido pelo pensador, ou seja, de que o universo dos fenômenos é tecido de ordem, de desordem e de organização são complementares, antagônicas e contraditórias. Para ele, a complexidade “não é só pensar o uno e o múltiplo conjuntamente; é também pensar conjuntamente o incerto e o certo, o lógico e o contraditório, e é a inclusão do observador na observação” (MORIN, 1982 p. 160).

Nesse sentido, Serva (1992, p 33) escreve que “a epistemologia da complexidade insere o sujeito no contexto da construção das realidades, como também na produção científica. Ela incorpora seriamente a subjetividade”. A complexidade, para Morin (1982.p.211), de outro modo, é insimplificável, “é complexo porque (...) estabelece (...) uma conjunção necessária entre noções que estão classicamente disjuntas”.

A complexidade no campo da saúde pode ser definida conforme a concepção de Winiwarter, adotada por Schramm (1996, p.80), como aquela que inter-relaciona quatro características dos sistemas auto-organizadores, quais sejam: a) grande variedade de componentes com funções especializadas; b) a organização desses componentes em níveis de valores diferentes; c) a alta conectividade entre tais níveis; e, d) as forças de interação entre (os) níveis. A complexidade pode, portanto, ser definida pelo grau da sua coerência interna, ou seja, pela sua capacidade de lidar com as perturbações internas e externas.

Os princípios da Complexidade delineados por Morin (1999, 2000) possibilitam olhar uma organização complexa.

Primeiro princípio - sistêmico ou organizacional, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, pois o todo é igualmente mais e menos que a soma das partes e que nada está isolado no universo: tudo está em relação. A organização é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes, sendo ao mesmo tempo uma unidade e uma multiplicidade.

Segundo princípio - o holográfico, de que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito nas partes. A parte não é um reflexo puro e simples do todo, pois cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas de algum modo contém o todo. Exemplo: os organismos biológicos, em que cada uma das células do corpo humano, contém a informação genética do ser global, mas não é em si o ser global.

Terceiro princípio - a retroatividade, que permite o conhecimento dos processos auto-reguladores, rompendo com o princípio da causalidade linear, onde a causa age sobre o efeito e o efeito sobre a causa.

Quarto princípio - a recursividade representa um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. Exemplo: a sociedade, a qual é produzida pelas interações entre seres humanos e estas interações produzem um todo organizador que retroage sobre eles, para co-produzi-los como seres humanos: o que eles poderiam ser não o seria, se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura.

Quinto princípio - a autonomia/dependência (auto-eco-organização) reconhece

que os seres vivos são autônomos, mas a sua autonomia depende do meio exterior. Assim como eles têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência, por isso são concebidos como seres auto-eco-organizadores. A autonomia se fundamenta na dependência do meio ambiente, passando o conceito de autonomia a ser um conceito complementar ao da dependência, embora lhe seja também antagônico.

Sexto princípio - o dialógico permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias (como ordem, desordem e organização) para conceber um mesmo fenômeno complexo, ou seja, ele une duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Dialógico quer dizer que duas lógicas, dois princípios estão unidos sem que a dualidade se perca nesta unidade. Ordem-desordem-organização são contraditórias e ao mesmo tempo indissociáveis.

Sétimo princípio - a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento opera a restauração do sujeito e torna presente a problemática cognitiva central: da percepção à teoria científica, ou seja, todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução por um espírito/cérebro numa cultura e num tempo determinado.

3.2 Pressupostos pessoais

Os pressupostos, formulados a partir da revisão da literatura e do referencial aqui descrito, são:

1 - O enfermeiro exerce a prática gerencial ao cuidar de si, dos membros de sua equipe, de seus pacientes e familiares, percebendo a complexidade que existe nas relações que permeiam o cuidado ao ser humano complexo.

2 - O enfermeiro gerencia a prática assistencial tanto no âmbito individual quanto no coletivo de modo a ser um facilitador dos processos que envolvem esta assistência, levando sua equipe a crescer e tornar-se dinâmica, interativa e integrativa, obtendo resultados significativos ou resolutivos.

3 - A prática profissional do enfermeiro é exercida mediante suas competências

ou aptidões de gerência, promovendo o trabalho da enfermagem tanto no âmbito restrito como em abrangência mais ampla na sociedade.

4 - O enfermeiro gerente proporciona oportunidades que levam ao crescimento da equipe e ao desenvolvimento pessoal de seus colaboradores.

5 - O enfermeiro gerente tem competência para entender as necessidades de sua equipe, assim como de seus clientes/pacientes, respeitando as diversidades ou aspectos culturais, crenças e valores dos mesmos.

6 - A organização do cuidado de enfermagem é gerenciada pelo enfermeiro, orientada pelos princípios da complexidade.

7 - O sistema de cuidados de enfermagem tem suas interações mobilizadas pelas ações gerenciais dos enfermeiros.

8 - A atividade de enfermagem se constitui num conjunto de ações próprias, com múltiplas finalidades, realizadas por várias pessoas, em um determinado contexto, cenário e/ou ambiente, ora de forma mais sistematizada e ora não, sustentada pelos conhecimentos e saberes próprios da enfermagem e subsidiados por conhecimentos de outras áreas do saber.

3.3 Conceitos relevantes ao estudo

O **ser humano** é um ser uno, complexo, transdimensional, histórico, em constante transformação, possuidor de limites e de cultura o qual reflete suas crenças, seus valores, sua identidade. É caracterizado por suas ações. Para Morin (1999, p.59) a espécie humana como um sistema (na condição de organismo vivo e inteligente) é capaz de realizar mais ou menos inconscientemente sua própria e incerta caminhada evolutiva dentro do sistema aberto do seu ecossistema maior.

Para Schramm (1996, p.192), citado por Pradebom (2002), o ser humano não é só um ser vivo, provido, portanto, da necessária inteligência que lhe permite “automatizar-se” com relação aos desafios vindos de um ambiente: ele é, ainda, um ser vivo que age; um ser construtor de mundos e construtor de si; um ser que pensa sobre o viver, o pensar e o agir; um ser que aprende e aprende a aprender; que age conforme

- ou não – com aquilo que considera que deve ser feito, logo relativamente a valores e princípios, tendo que arcar com as conseqüências do seu agir.

A **Enfermagem** é uma profissão que cuida do ser humano como um ser complexo em um sistema de cuidado, mediante modos próprios, compartilhando num processo dinâmico de interação entre o cliente, sua família, a comunidade e junto com outros profissionais. Caracteriza-se como cuidado o movimento de troca de experiências, conhecimentos, sentimentos e, sobretudo, o respeito às crenças e valores de cada membro envolvido, de modo a permitir melhorar ou harmonizar o viver ou proporcionar condições para morrer com dignidade.

O **Enfermeiro** é um ser humano inserido no sistema “complexus” de cuidados, que partilha de relações profissionais mobilizadas por suas crenças e valores, atitudes éticas e aptidões ou competências no cuidar da saúde de seres humanos complexos com cidadania.

Segundo Pradebom (2002), o enfermeiro é um indivíduo que engloba todas as características complexas do ser humano e ao qual aderem às responsabilidades inerentes da profissão, capaz de realizar atividades concretas (tais como técnicas e procedimentos diversos, planejamento, controle, avaliação, direção, pensamento lógico, encaminhamentos, negociação, orientações...).

Gerenciar é a ação de gerir, dirigir ou administrar (Holanda, 1977), semelhante aos termos gestão ou management. Para Storner (1992) é o processo de planejar, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da organização para alcançar seus objetivos estabelecidos. Na enfermagem, o gerenciamento do cuidado se dá nos movimentos ou na dinâmica da prática assistencial, a qual é composta pelo processo de enfermagem, composto de observação, planejamento, execução e avaliação do cuidado prestado.

Enfermeiro gerente é aquele profissional responsável por fazer chegar ao cliente/paciente uma assistência de enfermagem planejada e de qualidade, dentro de um tempo determinado e de forma segura para atender as necessidades individuais do mesmo. Seguindo uma seqüência lógica, dentro da visão da totalidade com o olhar da complexidade das relações e interações, e, ao mesmo tempo, individualizada e humanizada, possuidora de conhecimento científico e tecnológico que lhe assegure

autonomia para a realização destes cuidados num sistema organizacional de cuidados.

Já o **gerente líder** mobiliza e sincroniza as ações de sua equipe, busca o alcance de metas, crescimento individual e como equipe. Optem reconhecimento e credibilidade por sua capacidade de liderança, representatividade, flexibilidade, pelo saber ouvir e ser atento, pelo compartilhar atividades, por estar preparado para adaptações rápidas às constantes mudanças e à instabilidade dos tempos atuais.

Frente a essas mudanças, alguns hospitais estão buscando novos modelos assistenciais e novas formas de gestão, a fim de alcançarem resultados capazes de melhorar o bem-estar dos indivíduos e da comunidade, humanizar a assistência, otimizar os recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados.

Para Siqueira (2001), os serviços de saúde se caracterizam como, intangíveis, inseparáveis, simultâneos e heterogêneos. Assim, o produto de uma instituição hospitalar não é tangível, mas unitário/individual e necessita da totalidade dos demais serviços por meio de processos simultâneos e heterogêneos. A autora destaca o enfermeiro como o elo integrador dos diferentes serviços hospitalares e aponta a premissa de que “os serviços funcionando na sua totalidade/unidade, de maneira interconectada/integrada, fazem com que o produto de cada um contribua de forma mais eficaz para a produtividade organizacional porque haveria maior congruência entre eles” (SIQUEIRA, 2001, p.242).

O envolvimento dos enfermeiros em ações administrativas já é reconhecido nas instituições de saúde, pois este profissional é capaz de organizar as atividades, tomar decisões e gerenciar custos, mantendo a assistência contínua ao paciente nas 24 horas, desde a internação até a alta, sempre provendo os recursos para prestação de cuidados de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

A impressão da enfermagem transmitida ao paciente é a imagem que ele terá da instituição, cabendo a quem administra estas instituições conscientizar-se de que é esta equipe que está direta ou indiretamente participando da assistência ao paciente que merece respeito, dignidade e condições físicas para sua operacionalização.

A enfermagem através de suas ações de cuidado aos pacientes, incluindo os familiares, dá clareza de sua prática e organização de sua gestão e funcionamento, com ações curativas, preventivas associadas à orientação constante, atualizada e segura

desde a internação até a alta. Ainda, zela pela qualidade de vida dos pacientes, garante resultados de satisfação dos clientes e familiares, de confiabilidade da equipe médica e aumento da saúde financeira da instituição.

É oportuno destacar ou reconhecer a premissa: “o fato é que o paciente é um cliente que, se tivesse escolha, não desejaria nunca utilizar os nossos serviços”. (NOGUEIRA, 1996, p.10).

A simpatia que uma pessoa normal sente por outra em situação difícil fica perdida em uma rede intrínseca de regulamentos, normas e rotinas, portanto cabe à enfermeira, responsável pela gerência do cuidado, buscar cada vez mais, inovações na esfera gerencial que permitam amenizar as conseqüências do modelo clássico, adotadas até hoje, na maioria das instituições de saúde.

Para o remodelamento da enfermagem, torna-se necessária, em suma, a integração de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados com uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição.

Acredita-se que a grande missão da enfermagem neste século, é tornar-se cada vez mais científica, porém, sem perder de vista a sua maior missão, ou seja, a de aproximar-se cada vez mais do paciente, de forma afetiva, humanizada e ética.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo bibliográfico de caráter exploratório e de abordagem qualitativa, objetiva apresentar noções e competências da gerência do cuidado de enfermagem hospitalar pelo olhar da complexidade.

Cabe neste momento fazer um registro de como ocorreu o processo de construção do trabalho de conclusão do Mestrado. O estudo inicialmente foi realizado como uma pesquisa de campo intitulada “Gerência do cuidado em enfermagem: significados para os enfermeiros de um hospital geral do RS” para o qual, foram entrevistados nove enfermeiros por meio de uma amostra intencional e mediante a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido e a autorização da instituição hospitalar de vínculo destes enfermeiros. Os enfermeiros entrevistados eram do convívio da mestranda e os dados investigados serviram de subsídios para o projeto e a elaboração do relato de experiência realizado na disciplina de Prática Assistencial. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin (1979), possibilitando a sustentação de um estudo investigativo de conclusão de curso para obtenção do título de Mestre.

Todavia, este estudo foi desconsiderado uma vez que as informações obtidas foram coletadas antes da obtenção da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, ficando a pesquisadora mestranda responsável pelo não aproveitamento dos dados e pela apresentação formal das escusas aos nove sujeitos entrevistados, bem como, aos membros da banca examinadora e coordenação do PEN/UFSC, conforme documentos assinados pela mesma (Anexos I e II). Uma vez não sendo possível a utilização destes dados, partiu-se para uma nova fonte de dados que pudesse permitir a concretização desta proposta e que fosse compatível com um trabalho de dissertação de mestrado mediante a aprovação da banca examinadora e direito a titulação pretendida.

Em suma, o processo de construção do trabalho de conclusão do Mestrado

passou então por três etapas de apresentação e submissão de avaliação pelas bancas examinadoras do Programa de PG em Enfermagem da UFSC, além do projeto e relato de experiência na disciplina de Prática Assistencial. Foram elas: a) qualificação do projeto de dissertação; b) defesa do relatório de dissertação cujo estudo estava pendente em relação à documentação devida, devendo a versão final retornar à avaliação da banca examinadora; c) apresentação do estudo reformulado à banca examinadora, subsidiado não mais pelos dados de campo, mas sim a partir de dados de fontes bibliográficas caracterizando-o como pesquisa bibliográfica.

Agora sim, como pesquisa bibliográfica, seguindo as suas especificidades como método de construção de conhecimentos, o mesmo foi efetuado por meio de uma busca em fontes bibliográficas, ou seja, em artigos relacionados à temática em questão, totalizando 43 artigos. As fontes de dados desta investigação foram selecionadas intencionalmente, elegendo os periódicos nacionais da área da Enfermagem classificados no Qualis Capes como de circulação internacional, os únicos dois volumes temáticos, referentes ao último triênio, cuja temática versa sobre Administração ou Gestão em Saúde e Enfermagem, quais sejam:

- **Revista Brasileira de Enfermagem** - 26 artigos (volume 57, número 4, julho a agosto de 2004 - **Administração**); periódico Qualis IC.

- **Revista Texto & Contexto Enfermagem** - 17 artigos (volume 15, número 3, de julho a setembro de 2006 – **Gestão em saúde e enfermagem**); periódico Qualis IB.

A escolha dos volumes do último triênio se deu por serem eles os que trazem as mudanças atuais da concepção de gerência em enfermagem centrada nas competências do profissional enfermeiro na sua formação e exercício profissional.

A leitura atenta destes artigos selecionados propiciou a busca seletiva de informações referentes às noções de gerência do cuidado de enfermagem e respectivas competências, as quais foram submetidas à análise de conteúdo segundo Bardin (1977) e respectiva descrição das idéias nucleadoras ou categorias encontradas. Dos 43 artigos lidos, todos foram analisados, porém, 25 foram aproveitados sendo que alguns abordam mais intensamente a temática de gerência sob o olhar da complexidade e por isso tiveram mais textos descritos nos resultados deste estudo.

Segundo Lüdke e André (1986, p.45), “analisar dados qualitativos significa

trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa [...] a tarefa de análise implica, num primeiro momento, na organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado”.

Para Bardin (1979), o propósito da análise documental está na organização de dados, que propiciem a máxima captação de informações e o mais pertinente possível. E, afirma que a finalidade da análise de conteúdo consiste em deduzir estas mensagens de forma lógica e com justificativa, complementando e validando os resultados da interpretação. Ainda, a análise temática é um dos critérios ou técnicas que surge a partir da subdivisão dos temas que foram pesquisados profundamente e após classificados. O número de subdivisões dependerá da dimensão da análise e do objetivo da pesquisa.

Neste estudo esta análise se constituiu em apontar ou apresentar as noções e competências da gerência do cuidado hospitalar sob o olhar da complexidade resultando nas temáticas ou idéias nucleadoras de: gerência do cuidado, gerência do cuidado versus gerência de enfermagem, e, competências gerenciais do enfermeiro, se constituindo assim nas categorias deste estudo.

Para Ferreira (2003, p.112),

...nesta análise é feita uma seleção detalhada de temas, que mais se evidenciam, ou dos que são mais ausentes, obedecendo a uma ordem percentual de forma racional e objetiva. Consiste na classificação dos elementos em diferentes pastas, estabelecendo uma ordem de assuntos, que vai depender da escolha de tais critérios de classificação.

Considera-se como aspecto ético significativo a fidedignidade na transcrição dos textos selecionados, quer pela autoria, quer pelas palavras que compõe a redação do texto transcrito.

5 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A seguir são apresentadas as categorias ou idéias nucleadoras que emergiram deste estudo bibliográfico, quais sejam: **Gerência do cuidado, Gerência do Cuidado versus Gerência de Enfermagem, Competências gerenciais do enfermeiro**, com respectiva descrição e comentários.

5.1 Gerência do cuidado

Esta categoria se conforma pela gerência do cuidado centrado no usuário e no trabalhador.

O cuidado ao ser humano vem sendo o objeto do fazer da enfermagem. Um cuidado, no entanto, centrado no usuário e no trabalhador, por isso, complexo, dialógico, relacional e multidimensional. No processo de cuidar é preciso levar em conta, a priori, que tanto o cuidador como a pessoa sob seu cuidado se reveste de uma complexidade singular motivada pelas múltiplas relações, interações e associações, como demonstram os dados ou textos a seguir.

[...] O ser humano é um ser do cuidado, complexo, singular e plural, ser de consciência, cognoscente, político, trabalhador do conhecimento, ator e construtor das relações, interações e associações no exercício do cuidado para o viver mais saudável, a promoção da saúde e a valorização da vida. É capaz de promover mudanças nos serviços e práticas de saúde através das suas potencialidades para relações, interações e associações. É um ser social, de relações sócio-afetivas-político-culturais, é produto e produtor das práticas de saúde [...] (ERDMANN et al, 2006)

[...] o cuidado ao “ser humano”, é a atividade central do enfermeiro, ou seja, todas as demais atividades são importantes, mas existem para garantir o cuidado ao sujeito-do-cuidado, sendo que o ato de cuidar constitui-se no processo de trabalho da enfermagem [...] (GONÇALVES et al, 2004)

[...] o cuidado complexo se reveste de diálogo, compreensão do ser humano, sensibilidade para ouvir atentamente, carinho, amor, respeito, conhecimento e

habilidade técnica avançada ou saberes específicos sobre a saúde, a doença, a organização do cuidado e dos serviços de saúde, as políticas sociais, dentre outros [...].) ERDMANN et al, 2006)

O ser humano, por ser considerado um ser complexo pela sua essência, requer da gerência do cuidado um conhecimento sobre os múltiplos fatores que envolvem o processo saúde-doença. Nesse sentido, é preciso explorar a complexidade e, por vezes, as contradições da gerência do cuidar em relação à complexidade do ser humano, como refletem os dados a seguir.

[...] é necessário explorar as contradições ante a complexidade do ser humano e do exercício da gerência do enfermeiro, questões relativas ao fazer, ao saber, ao desejo, ao grupo [...]. (PROCHNOW, LEITE e TREVIZAN, 2006)

[...] O ser humano é complexo e plural... na sua incompletude, busca o conhecimento como forma de superação de seus limites, reconhecendo sua interdependência e se fortalecendo pelas relações, interações e associações com seus pares e recursos da natureza. [...]. (ERDMANN et al, 2006)

Na relação de cuidado do ser humano um aspecto a ser observado é a ética, visto que o cuidado perpassa questões intersubjetivas num permanente processo de conhecer-se e reconhecer-se no e com o outro. Nesse sentido, o respeito, a ética entre outros elementos deve estar presente em todos os momentos.

[...] o princípio da ética deve ser respeitado, visto que cuidamos de seres humanos, pois no nosso entendimento, a ética deve ser aplicada, sempre que envolver um 'ser humano' cuidando de outro 'ser humano'. [...]. (GONÇALVES et al, 2004)

Porém, no cuidado, as relações complexas se voltam a promover o viver mais saudável em organizações capazes de operar a complexidade dos sistemas de cuidados. Há necessidade de uma visão geral, integral e holográfica do assistir ou cuidar, que vai além das ações centradas na terapêutica, numa amplitude ou dimensão maior ou de totalidade. Baseado no segundo princípio da complexidade, Morin (1982) refere que a

parte está no todo, como o todo está nas partes, mas cada parte permanece mantendo sua singularidade e individualidade, mesmo que juntando estas partes teremos novamente o todo. O sistema complexo das organizações de cuidado é assim pontuado:

[...] O cuidado está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes organizacional, institucional e natural. A meta viver mais, saudável e feliz, inerente à condição humana, parece ser uma função das práticas de cuidado que se estabelecem em vários campos, especialmente no campo da saúde, incluindo suas organizações. Ao almejar continuados ganhos, em relação ao processo de viver mais e ser feliz, a sociedade parece debruçar-se sobre a melhoria contínua do cuidado como estratégia para a promoção da saúde, buscando construir organizações capazes de operar a complexidade dos sistemas de cuidado [...]. (ERDMANN et al, 2004)

[...] A noção de sistema de cuidado passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado como conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza ou processo dinâmico produtor e protetor da vida. Configura-se por dimensões variadas de cuidado: o cuidar de si, o cuidar de si junto com o outro, o ser cuidado pelo outro, o sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, o ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado e o cuidado com a natureza integrando-se com os demais sistemas sociais/naturais, fortalecendo o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência, vitalidade, viver a vida com civilidade humana, promovendo o viver mais saudável.[...] (ERDMANN et al, 2006)

[...] A concepção de práticas de saúde inclui a perspectiva do cuidado complexo: auto-organizador, dialógico, plural, interconectivo e potencializador das ações de cuidado [...].(ERDMANN et al, 2006)

Desenvolver novas tecnologias e práticas de cuidado significa visualizar as instituições de saúde de modo diferente. O cuidado deve ser compreendido como um processo dinâmico em busca da promoção da vida a partir da compreensão dos fatores multicausais que envolvem o processo saúde-doença.

[...] Nas suas relações sócio-afetivas-político-culturais, inerentes ao seu desenvolvimento, e nas suas formas de ação/reação/interação no mundo em que vive, o ser humano é singular e ser do cuidado. O entendimento de tais movimentos passa a ser relevante à medida que demonstra capacidade de conformar práticas de promoção da saúde. [...](ERDMANN et al, 2006)

Para tanto, a rede do sistema de saúde e do sistema de cuidados operam as ações nos seus diferentes níveis de complexificação.

[...] ...os diferentes níveis de complexificação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, desenvolvidos nos serviços de saúde e prestados por meio das organizações de saúde - ambulatoriais, hospitalares, de apoio diagnóstico e terapêutico, de ensino e pesquisa, da vigilância em saúde, (incluídas a sanitária, epidemiológica e ambiental), sejam públicas ou privadas, governamentais ou não, incluem-se de modo particular na ampla rede do sistema de saúde e do sistema de cuidados [...].(ERDMANN et al, 2004)

O gerenciamento do cuidado, sob essa perspectiva, deve ser compreendido como um processo/sistema complexo. Segundo Morin (1982) um sistema quanto mais complexo for maior será sua capacidade de operar com a desordem, podemos então traduzir isto ao desarranjo da estrutura humana quando esta sofrendo o processo da doença, ou aos profissionais que exercem a função, mas que não conseguem aplicar o processo de forma integral e/ou como gostariam. Assim, o pensar sistêmico é importante no trabalho acerca da gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo.

[...] O raciocínio sistêmico é importante para podermos entender que os trabalhos realizados pelo homem são sistemas interligados por fios invisíveis de ações relacionadas entre si e que levam anos para se desenvolver plenamente, mas que, se vistas e desenvolvidas dessa forma, são duradouras [...]. (MAGALHÃES e DUARTE, 2004)

A organização do trabalho envolve vários aspectos. Segundo Gomes et.al (1997), o trabalho de enfermagem organizou-se em três direções: no sentido de organizar o cuidado do doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; no sentido de organizar o ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros; e no sentido de organizar os agentes de enfermagem, por meio de treinamentos, utilizando as técnicas e mecanismos

disciplinares. Nesse sentido, o cuidado deve estar centrado em bases tecnológicas, mas também em bases filosóficas, a fim de estimular um processo dialógico de ação-reflexão-ação permanentemente.

[...]...é preciso reconhecer as bases filosóficas e tecnológicas do ato de cuidar, pois se apresenta como um trabalho cooperativo, por ser executado por uma equipe [...] (THOFEHEN e LEOPARDI, 2006)

O enfermeiro como gerenciador do cuidado deve estar atento a sua equipe, conhecer suas dificuldades e lhes proporcionar medidas que diminuam sua ansiedade, atendam seus interesses e se sintam motivados e acolhidos. Em outras palavras, que sejam “cuidados” para poderem proporcionar um cuidado satisfatório.

[...] Devido à relevância da equipe de enfermagem nas instituições de saúde, faz-se necessário que estes profissionais sejam adequadamente “cuidados”[...].(MAGALHÃES e DUARTE, 2004)

O trabalhador que realiza suas atividades com prazer rende mais e tem riscos diminuídos para os acidentes de trabalho e até mesmo às faltas no trabalho. Assim corrobora-se com Leitão (2001 p. 109) que “... o gerenciamento das pessoas diz respeito à maneira pela qual elas são administradas dentro da empresa. Como responsabilidade linear cada enfermeira-gerente deve cuidar pessoalmente de sua equipe de trabalho...”. Em outras palavras, o gerente do cuidado precisa, ao mesmo tempo, estar próximo do cliente e da sua equipe, a fim de determinar as ações de modo cooperativo e participativo e, ao mesmo tempo, potencializar e orientar as ações a serem desenvolvidas.

[...] cabe ao enfermeiro determinar, juntamente com sua equipe, as ações a serem desenvolvidas pelos seus membros inclusive as suas próprias atividades. Mesmo não prestando todos os cuidados este profissional responde legalmente pelos atos da equipe de enfermagem e desta forma necessita estar próximo tanto da equipe quanto do cliente. [...] (THOFEHEN e LEOPARDI, 2006)

Apesar da ênfase dada à questão curativa, existe também todo um contexto vivido por este ser humano que vem sofrendo o processo da doença. Conhecer a sua estrutura e funcionamento ajuda a entender as necessidades apresentadas e a planejar a assistência com base em novos modelos gerenciais e de humanização.

[...] ...a construção da gestão em enfermagem precisa acompanhar as perspectivas hoje em curso em todo o mundo, quanto à modernização administrativa, de modo a incluir humanização nos modelos gerenciais” [...] (THOFEHRN e LEOPARDI, 2006)

Nas organizações de saúde as mudanças surgiram da necessidade de comprovação de resultados eficazes e efetivos, como forma de tornarem-se auto-sustentáveis e manterem-se num mercado cada vez mais competitivo.

Surge, portanto, a preocupação com o cuidado à equipe prestadora da assistência, isto é, necessário cuidar do cuidador, inclusive o enfermeiro por sua chefia. E, mais ainda, com a compreensão do trabalho em enfermagem como exercício de cidadania e do viver a vida. Nessa mesma direção Erdmann (1996, p.39), pontua que a qualidade de vida transita pelos sistemas organizacionais de cuidado, nas possibilidades do exercício de cidadania das pessoas destes sistemas e não apenas centrado nas atividades profissionais/trabalhadores. Desse modo, o trabalho pode ser visto na dinâmica do viver a vida e não ficar só atrelado ao sistema de produção, institucional ou empresarial, caracterizada por empresa pública ou privada e por padrões e empregados.

O texto, a seguir, indica a importância da valorização dos trabalhadores da saúde.

[...] A valorização das pessoas que fazem parte das organizações de Saúde é fundamental para os gerentes de enfermagem. Desenvolver a visão de que essas pessoas são o capital humano das instituições que prestam serviços de Saúde, sem as quais o atendimento, sua atividade fim, não se concretiza, pode gerar condições para a implantação de novas estratégias de gestão, baseadas no investimento em organizações de aprendizagem, inovações operacionais e estímulo à lideranças criativas. [...] (MAGALHÃES e DUARTE, 2004)

Observa-se, no texto acima, a preocupação com o trabalhador que presta assistência e como tal deve estar satisfeito com suas atividades para poder desempenhá-las de forma eficiente e responsável. A valorização do potencial humano, os investimentos nas suas competências se constituem hoje um modelo de gerência ou gestão em enfermagem inovador e condizente com as políticas vigentes.

[...] Destaca-se ainda que entre as funções de administração do enfermeiro está a de garantir que os membros de sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas [...]. (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

Silva e Massarollo (1998) afirmam que a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem é dependente do modo como o trabalho se organiza e se opera, e de como os profissionais se utilizam das estratégias de enfrentamento. Por outro lado, Leitão (2001) argumenta que para poder gerenciar a equipe e dela obter eficiência e eficácia, o gerente precisa, dentre outras coisas, selecionar, treinar, liderar, motivar e avaliar o pessoal em função dos objetivos do serviço ou instituição.

Assim, pensar na qualidade de vida dos trabalhadores como executores de cuidados em saúde, é pensar a prática de forma reflexiva e crítica a fim de possibilitar tanto a produtividade como a satisfação destes trabalhadores da enfermagem.

[...] Atualmente o enfermeiro continua construindo padrões culturais de significação interna na organização, mas o seu fazer nem sempre é reconhecido pelas instâncias do poder. [...] (COSTA et al, 2004)

[...] O gerenciamento, na maioria das vezes, não é priorizado pelas instituições e normalmente visualizado como uma ação burocrática e, desta forma, pesada e desinteressante[...]. (URBANETTO e CAPELLA, 2004)

[...] Deficiências de gestão no trato das múltiplas questões associadas com a saúde são encontradas com frequência nas organizações públicas e privadas e explicam boa parte dos problemas de saúde existentes [...]. (ERDMANN et al, 2006)

[...] A saúde do trabalhador assume dimensões significativas no processo gerencial, em princípio, na medida em que dificulta ou impossibilita o trabalhador de exercer suas funções. [...] (ROCHA e FELLI, 2004).

No processo de trabalho gerencial o enfoque administrativo se evidencia e, como tal, está presente nas relações interpessoais do enfermeiro alimentadas e retro alimentadas pelo discurso e a prática. As relações de trabalho se concretizam desse modo, por meio do processo de gestão de pessoas com base num conjunto de atitudes que visam manter a coerência entre o discurso e a prática.

[...] a gestão consiste num conjunto de atitudes do enfermeiro, visando manter a coerência entre o discurso e ação junto a equipe de enfermagem e cuja tarefa deste trabalho é o cuidado terapêutico as pessoas em sofrimento físico, psíquico e social que procuram e necessitam de atenção especializada [...](THOFEHRN e LEOPARDI, 2006)

[...] Para que as relações interpessoais e grupais estabelecidas no processo de trabalho da enfermagem assumam o caráter profissional, diminuindo os traumas e as inadequações, também é necessário que todos os envolvidos reconheçam a complexidade e o caráter processual, sistêmico e evolutivo dessas relações. [...] (URBANETTO e CAPELLA, 2004)

Os mesmos autores, ainda destacam a complexidade das relações interpessoais no trabalho, visto que neste aspecto se interligam vários aspectos sociais, culturais e de valores. Logo, não existem formulas que possam dar conta do complexo contexto relacional, como reflete o dado.

[...] Conduzida cada vez mais por objetivos globais, a enfermeira deve estar atenta aos aspectos importantes que se interligam no gerenciamento das relações interpessoais no trabalho e, de um modo amplo, da gestão das pessoas. Pensar neste gerenciamento é pensar que não existem fórmulas, já que o complexo contexto relacional exige o entendimento de que se trata de relações com pessoas, com todas as suas particularidades e generalidades. [...] (URBANETTO e CAPELLA, 2004)

Como conseqüência do envolvimento crescente nas questões que dizem respeito ao processo gerencial, o enfermeiro se restringiu e/ou se conformou com o desenvolvimento de atividades burocráticas, talvez, pela própria burocratização dos Hospitais. De outro modo, esta atitude levou-o a certo distanciamento das atividades assistenciais, como refletem nos dados a seguir.

[...] ...gerência do serviço de saúde como uma potente ferramenta para

imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, no sentido de produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividade burocrática como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde. [...] (FERRAZ, GOMES e MISHIMA, 2004)

[...] Gerenciar, coordenar, chefiar são termos que utilizamos para designar as pessoas que nos representam, dentro das organizações e, ao mesmo tempo, servem de exemplo para as decisões de nossa vida profissional e, muitas vezes, pessoal. Portanto é importante falar do desenvolvimento de características que criam possibilidade do desenvolvimento pessoal e de grupo.[...] (MAGALHÃES e DUARTE, 2004)

[...] Neste caso, o enfermeiro não deve se contentar em apenas assistir diretamente o cliente, mas também sua família de forma integrada com vistas à preservação principalmente de sua identidade profissional e a vigilância da qualidade de vida da comunidade em que trabalha.[...] (COSTA et al, 2004)

Reafirma-se que esta categoria se conforma pela gerência do cuidado centrado no usuário e no trabalhador. Acredita-se que a gerência do cuidado extrapola os limites dos usuários e trabalhadores. A partir de um olhar sobre a amplitude das ações e conexões necessárias para que as relações de cuidado aconteçam, seguramente, uma rede ou teia de interconexões precisam estar sendo mobilizadas ou ativas, em cenários ou espaços que não se restringe a unidade/leito em que o usuário e o trabalhador se encontram para concretizar os atos ou atitudes de cuidar.

5.2 Gerência do cuidado versus gerência de enfermagem

A gerência do cuidado e a gerência de enfermagem se constituem em práticas do enfermeiro cuja distinção parece não ser muito nítida. Vários autores versam sobre estas questões quando trazem a tona os aspectos relacionados às funções administrativas e as funções assistenciais, na maioria das vezes, intimamente relacionados. Reconhecem, igualmente, que estas questões são mutáveis pelo fato de estarem, continuamente, sofrendo as influências do meio social. Sob esse enfoque, o pensamento da complexidade possibilita apreender o mesmo objeto – gestão - sob

diferentes olhares, isto é, permite visualizar a sua unidade na totalidade e as suas várias dimensões e facetas por meio de um processo circular e dinâmico.

[...] A classificação das ações de Enfermagem relativas às funções administrativas são aquelas que envolvem a coordenação da assistência e concorrem para o adequado atendimento do paciente. Sabemos que para a realização dessas funções a administração do tempo é algo fundamental [...]. (ALENCAR, DINIZ e LIMA, 2004)

[...] As práticas de saúde na contemporaneidade vêm sendo foco de atenção diante das novas concepções de ser humano, vida, saúde, sociedade, cuidado de saúde, dentre outras, remetendo à construção de tecnologias de processos de gestão que integram o ser, o pensar, o fazer, o estar mobilizando ações de cuidado humano. [...] (ERDMANN, et al, 2006)

[...] A gerência do cuidado de enfermagem, por sua vez, pode ser vista por diferentes olhares o que permite visualizar a sua unidade na totalidade e as suas várias dimensões e facetas, orientadas pelos sistemas simbólicos representativos das composições organizacionais dos serviços de saúde, cuja noção de pluralismo possibilita a identificação das diferentes facetas desta arena social [...]. (PROCHNOW, LEITE e TREVIZAN, 2006)

[...] ...a forma de organização e divisão do trabalho da enfermagem evidencia um processo de trabalho parcelado e subordinado. [...] (ROCHA e FELLI, 2004)

O enfermeiro pelo próprio cargo que ocupa e pelo exercício destas atividades administrativas tem assegurado, de outro modo, também o exercício do poder, entendendo ser este um instrumento que lhe possibilita coordenar as ações com segurança e manter uma filosofia de cuidado institucional. Mas, de que poder se está falando? Sob que olhar? O poder na enfermagem pode ter várias conotações e até mesmo contradições. Este pode ser considerado, portanto, um fator mobilizador, quando canalizado efetivamente no sentido de transformar idéias em ações e/ou quando associado à tomada de decisões e a capacidade de intervir em um dado evento no sentido de alcançar as metas propostas pela equipe.

[...] A capacidade de influenciar pessoas pode estar diretamente relacionada ao poder de aprender a não caminhar sozinho, assumir os riscos e os desafios, transformar as idéias em ações.[...] (OLIVEIRA et al, 2004)

[...] A localização das pessoas em uma determinada intuição fornecem a esses indivíduos, diferentes graus de poder para tomar decisões. Poder, neste sentido, é a capacidade de agir na busca de seus próprios objetivos e interesses e está relacionado à capacidade de intervir em uma seqüência de

eventos e alterar seu curso, de tomar decisões perseguir seus fins, fazendo um bom uso do poder. (OLIVEIRA et al, 2004)

[...] ... é fundamental o papel desempenhado pelas enfermeiras, uma vez que é neste momento que estará em jogo a definição dos espaços de poder, bem como o estabelecimento dos limites e possibilidades de cada um no grupo, cabendo, então a quem o gerencia o exercício da autoridade, quando se fizer necessário. [...] (URBANETTO e CAPELLA, 2004)

[...] O objeto de trabalho gerencial se refere a organização da assistência e da força de trabalho em enfermagem, onde a preocupação da enfermeira está centrada no cuidado ao doente. [...] (ROCHA e FELLI, 2004)

[...] ...o novo modo de gestão em enfermagem propõe que o enfermeiro tenha como objeto de trabalho a equipe de enfermagem e que este esteja consciente da necessidade de atender para a divisão do trabalho, condição imposta pela sociedade moderna que fez desencadear o aparecimento das especialidades e com elas a fragmentação da prática, que tem levado ao reducionismo, favorecendo o individualismo [...] (THOFEHRN e LEOPARDI, 2006)

A evolução no modo de gestão parece ser significativa em relação a contemporaneidade que vivemos atualmente, pois:

[...] Em meados do Sec.XX. a enfermeira-chefe representava a enfermeira modelo e a figura-tipo dos hospitais, que, incumbida de ensinar pelo exemplo, provocar comportamentos imitativos e positivos, ser responsável pela assistência de enfermagem a pacientes da unidade onde os estudantes estagiavam, pelo ensino às alunas de enfermagem e pela administração e supervisão de todos os fatores que englobavam a enfermaria sob sua responsabilidade, representava a docente como modelo a ser imitado não apenas no que se relacionava à sua competência profissional, mas também em relação às suas atitudes e valores morais e sócio-profissionais. [...] (FRANÇA e BARREIRA, 2004)

Patrício (1996) já dizia que no processo de trabalho da enfermagem, administrar serviços de saúde é também um processo de cuidar, porém de forma indireta, que envolve atividades de educação e de planejamento, organização, coordenação, acompanhamento, avaliação e que todas estas atividades envolvem interações humanas de diferentes culturas, saberes, sentimentos, ou seja, aprender a trabalhar dentro de uma abordagem transdisciplinar.

[...] A gerência, pela forma como se insere no processo de trabalho de

enfermagem, incorpora, tanto obstáculos para a melhoria da saúde dos trabalhadores como detém possibilidades de transferência desta realidade” [...]. (ROCHA e FELLI, 2004)

Administrar serviços na área da saúde, principalmente na enfermagem, demanda um processo de cuidar por excelência, visto que seu produto principal é prestar uma assistência de qualidade. Assistência esta que visa desenvolver no ser humano um viver o mais saudável possível, mesmo que dentro de suas limitações pelo processo de saúde doença, mas também levando em conta a satisfação de quem presta o cuidado, ou seja, o próprio cuidador (PATRICIO, 1990; 1993).

Na enfermagem, assim como em outras profissões, o processo de construção/desconstrução do conhecimento, acompanhado pelas exigências crescentes no campo assistencial, tornou-se um grande paradigma do ponto de vista gerencial. Se a liderança sempre tem sido a força impulsionadora e vital para as mudanças, hoje, mais do que nunca, deverá ser reavivada e fortalecida continuamente, para atender às novas demandas legais e científicas, no sentido de desenvolver melhorias com base no conhecimento e nas competências que lhe são específicas.

[...] Ao enfermeiro cabem entre outras, tarefas diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, bem como a liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de enfermagem. [...] (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

[...] Do enfermeiro é exigido conhecimento que (conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos [...]. (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

[...] É exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipe tenham competência para lhe destinarem as tarefas que lhe são destinadas. (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

[...] Alguns autores referem que ainda existe uma tendência atual de negar os papéis administrativos e de liderança como parte do trabalho do enfermeiro, no seu processo de formação e uma busca do papel assistencial, o que tem suscitado várias reflexões sobre os papéis negados e os papéis reforçados. [...] (OLIVEIRA et al, 2004)

No processo gerencial é preciso levar em conta, também, as questões que dizem respeito à responsabilidade profissional que, nesse caso, não pode ser atribuído somente ao enfermeiro-chefe, como tal. Todos os profissionais, nesse caso, todos os trabalhadores da enfermagem têm o compromisso de operar mudanças no sentido de promover à vida e à saúde dos indivíduos, tanto no âmbito hospitalar quanto no âmbito social. Em outras palavras, todos os profissionais têm a responsabilidade profissional e social de promover ambientes mais saudáveis, independente do espaço onde se encontram. As falas, a seguir, chamam para esta responsabilidade ao enfatizarem que:

[...] Todos os profissionais de saúde, como trabalhadores do conhecimento, têm o compromisso de operar mudanças e transformações através da prática do cuidado à saúde e à vida. Uma prática voltada ao viver saudável permite que se reconheçam os princípios da participação, da defesa dos direitos de cidadão, da autonomia, da responsabilidade individual e coletiva para que as mudanças estruturais e sociais se potencializem. O exercício profissional voltado ao enfoque interdisciplinar, considerando os diversos olhares e facetas das situações, busca esta visão integral e dinâmica do processo saúde-doença-cuidado junto aos indivíduos, famílias e coletividade, para que possa contribuir com novos rumos e possibilidades na efetivação do processo de promoção da saúde [...]. (ERDMANN et al, 2006)

O gerenciamento na enfermagem diz respeito, também, à gestão das práticas centradas em políticas e estratégias articuladas que visam à promoção da saúde como mostram as falas.

[...] As equipes de saúde potencializadas pelo conhecimento capitalizado gerenciam a organização do seu trabalho com melhores práticas com vista à promoção da saúde, o viver mais saudável, a construção da civilidade humana por um convívio mais amoroso e solidário.[...] (ERDMANN et al, 2006)

[...] A gestão das práticas de saúde centra-se em políticas e estratégias articuladas com os movimentos das estruturas e propriedades do sistema de saúde nele inerente o sistema de cuidados, nos seus avanços e retrocessos, cujos resultados mostram ganhos e perdas na descentralização, regionalização, hierarquização, e de participação da comunidade nas decisões do setor. [...](ERDMANN et al, 2006)

[...] A gestão das práticas de saúde voltada para a promoção da saúde, para as políticas de atenção integral a saúde, para as necessidades de saúde da população construindo possibilidades do cidadão de ser protagonista do seu cuidado a partir de equipes competentes ou potencializadas, é um constante desafio.[...] (ERDMANN et al, 2006)

No atual mercado de trabalho existe uma exigência cada vez maior por profissionais que consigam associar conhecimentos com capacidade gerencial, ou seja, unir competência técnica com competência humana para desempenhar melhor as funções gerenciais.

A gerência do cuidado e a gerência da enfermagem são processos e contra processos circulares e contraditórios, ao mesmo tempo, conformados num cenário de ações múltiplas entre o enfermeiro, a equipe de enfermagem e os usuários. Em algumas instâncias a gerência do enfermeiro parece configurar um “faz de tudo”, visto que estes se envolvem com atividades que vão desde o administrar, o orientar, o controle, o conservar até as atividades identificadas como complementares ao ato médico. Nesse movimento, vigora uma multiplicidade de concepções, como refletem as falas a seguir.

[...] ...gerenciar uma unidade em enfermagem significa fazer a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e a gerência do cuidado que consistem no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe. [...] (GRECO, 2004)

[...] A gerência não é uma função isolada, é realizada pelo homem enquanto sujeito social...O ser enfermeiro gerente está vinculado a uma série de concepções e práticas inclusas em outros espaços...em que vigoram hábitos, prescrições, proibições, crenças que são seguidos no cotidiano.(PROCHNOW., LEITE e TREVIZAN, 2006)

[...] em relação à ocupação de cargos gerenciais pelo enfermeiro, destaca-se seu posicionamento no cumprimento e viabilização de ordens e no repasse de ideologias. (ALVES, PENNA e BRITO, 2004)

O enfermeiro gerencia os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e dispõe de autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre o cuidado. A integração e o reconhecimento da função do enfermeiro, portanto, somente poderá ser realizado pela complementaridade consciente das atividades e riquezas pessoais, ainda que cada profissional execute uma parte do trabalho total.

[...] As habilidades para a tomada de decisão compõem-se de pensamento crítico sobre as situações com base em análise e julgamento das perspectivas

de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam este processo. (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] A lógica do mercado prima por mão-de-obra capacitada para dar conta da dimensão tecnológica e não privilegia a formação crítico-reflexiva capaz de impactar o mercado e provocar melhorias sociais locais a médio e longo prazo. (PERES e CIAMPONE, 2006)

Para dar conta desse trabalho, o enfermeiro necessita inserir-se nos mais variados espaços relacionais e interacionais, quer seja junto ao paciente ou à equipe de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos para que sejam cuidados de forma humana e integral. De outro modo, precisa estimular práticas inovadoras, capazes de romper com os velhos modelos de assistência, baseados na fragmentação e disjunção dos saberes.

5.3 Competências gerenciais do enfermeiro

Como as adquirir e desenvolver competências gerenciais na formação e na prática profissional?

As competências ou aptidões para o ser e o fazer do enfermeiro são aprendidas e/ou construídas, mais especificamente, por meio de sua formação. O seu desempenho, no entanto, é notadamente reconhecido no exercício da sua prática profissional e no aprendizado contínuo. A formação, na compreensão dos autores a seguir, tem um papel preponderante no sentido de instrumentalizar os alunos para uma coerência entre as competências teóricas e as competências práticas.

[...]A formação dos profissionais da enfermagem implica na articulação de diferentes saberes para a construção do conhecimento capaz de instrumentalizar a atuação destes profissionais em áreas diversificadas da assistência e gerência como área hospitalar e extra-hospitalar. [...] (DIAS et al, 2004)

[...] Na graduação as DCNs apontam para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde: atenção a saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Dentre as seis competências

apontadas cinco podem ser caracterizadas como competências gerenciais. [...](PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] O ensino por competências pode ajudar a transformar o ensino de administração em enfermagem onde a dissociação teórico-prática é evidenciada quando o egresso da formação tradicional se depara com o mundo do trabalho. [...](PERES e CIAMPONE, 2006)

As competências ou aptidões gerenciais envolvem conhecimentos e habilidades e ou atitudes para liderar, educar, estabelecer relações políticas, articular, promover e outras tantas inerentes ao ser um gerente competente. Nesse processo, é importante que o enfermeiro, tenha competências gerenciais dentre outras: sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente, conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer criativamente os profissionais, a partir de metodologias participativas e reflexivas, capazes de problematizar a realidade concreta e, a partir de então, traçar/desenvolver ações inovadoras, no campo da assistência, comprometidas com o ser humano enquanto sujeito e agente de mudança.

[...] Para o desenvolvimento da competência em administração e gerenciamento são considerados indispensáveis o conjunto de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisões, interagir e gestão de pessoas.[...] (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] Entre os conhecimentos gerenciais que subsidiam o desenvolvimento da liderança são destacados: planejamento, estratégias gerenciais, estrutura organizacional, gerência de pessoas, processo decisório, administração do tempo, gerenciamento de conflito, negociação, poder e comunicação[...]. (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] ...além das competências de técnico-especialista, administrador-gerente e educador, atribuídas aos profissionais de saúde, que continuarão sendo exigidas na sociedade do conhecimento, surgem outras competências, como as de articulador e interlocutor, que este profissional passa a demonstrar... amplia suas funções no sentido de se tornar co-responsável pelo suprimento de suas necessidades e pelo estabelecimento de relações produtivas entre os membros da equipe [...]. (ERDMANN et al, 2006)

Dentre as competências gerenciais, a liderança se destaca como elemento preponderante e/ou como sendo uma das principais competências a ser adquirida e perseguida nas questões administrativas.

[...] A liderança é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde. (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] Alguns autores enfatizam a complexidade da liderança em relação à administração, outros sugerem que a preparação para a administração, antecede a preparação para a liderança, além daqueles que apostam em consensos possíveis, através da interação administração-líder [...]. (OLIVEIRA et al, 2004)

[...] A gênese da liderança na enfermagem sob essa perspectiva possibilita pensar a liderança como uma habilidade do enfermeiro para fazer o que precisa ser feito, para solucionar problemas, de levar ordem para onde quer que exista desordem, de influenciar pessoas para que as tarefas sejam realizadas da melhor forma possível”.[...] (OLIVEIRA et al, 2004)

As competências ou aptidões gerenciais estão fortemente centradas na gerência de pessoas, de equipes e/ou de processos direta e/ou indiretamente relacionadas ao cuidado, mas que demandam o exercício do relacionar-se e construir elos de integração com credibilidade, respeito e outros aspectos importantes no trabalho em equipe ou em grupo. Nesse sentido, uma equipe terá alto desempenho quando são potencializadas às suas capacidades de conectividade e interatividade fundamentadas na indagação, na persuasão, na positividade / negatividade, e a si mesmo, como mostram as falas a seguir.

[...] O trabalhador de saúde um ser cognoscente, co-responsável pelo suprimento de suas necessidades e pelo estabelecimento de relações entre os membros da equipe, fortalece a noção de que este sujeito lida com o conhecimento, aprende, troca, elabora, reelabora, transforma o conhecimento explícito em tácito e o tácito em explícito. Como membro de uma organização, é capaz de articular conhecimento e, nesse vai e vem das relações, melhorar as práticas de saúde e de cuidado.[...] (ERDMANN et al, 2006)

[...] As equipes de saúde podem se tornar fortemente interconectivas e potencializadas quando têm reconhecido o seu espaço social de atuação com mais autonomia, crescimento nos conhecimentos e diálogo mais autêntico entre disciplinas. Uma equipe possui alto desempenho quando potencializadas na sua capacidade de conectividade relacionada a três variáveis críticas bipolares: indagação/persuasão, positividade/negatividade, e a si mesmo/outro. Seus integrantes florescem quando possuem alta taxa de

positividade mediante um estado de transcendência, complexidade, crescimento, longevidade, resiliência, criatividade e inovação. E, languescem quando em estado de estresse, ação limitada, impedimento psicossocial, afastamento do trabalho, alheamento, desinteresse, apatia [...]. (EDMANN et al, 2006)

[...] A equipe de saúde pode estar capacitada para realizar um trabalho interdisciplinar, colaborativo, participativo, integrativo, com profissionalismo e sensibilidade frente às condições de vida e de saúde da realidade vivenciada. Tem potencial para aprender a ser, a fazer, a reaprender e a inovar na busca de melhores práticas de cuidado segundo condições, contextos, limites, possibilidades e oportunidades encontradas ou criadas. Pode atuar centrada em atitudes de respeito, criticidade, reflexividade e autenticidade, motivada pelo interesse de promover melhor qualidade de vida e de saúde a sociedade. Promove a autonomia do viver e do cuidar de si e do outro, disponibilizando atenção integral centrada nas melhores práticas [...].(EDMANN et al, 2006)

A complexidade da prática gerencial do enfermeiro envolve múltiplas ações que vão desde os micro espaços do cotidiano hospitalar aos processos sociais, relacionados ao gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e promovendo a interconexão entre os diferentes atores e setores sociais em prol da qualidade do cuidado como direito do cidadão. São particularmente importantes, sob esse enfoque, as iniciativas que contemplam as políticas públicas e sociais com objetivos bem delimitados e focados na qualidade de vida e de saúde dos cidadãos, bem como, na disponibilização de mais e melhores recursos para que o cuidado possa ser exercido com cidadania, ética e solidariedade, como sinalizam as falas a seguir.

[...] ...os novos conhecimentos e modos de pensamento, interações e interconexões entre atores e setores/organizações sociais são capazes de transformar políticas e práticas enraizadas [...].(EDMANN et al, 2006)

[...] ...a promoção da qualidade de vida e de saúde resulta em um processo educativo, político e organizativo com envolvimento de toda a sociedade organizada [...].(EDMANN et al, 2006)

[...] As políticas públicas e sociais de nosso país, podem congregam esforços na mobilização de todos os seguimentos sociais em prol de iniciativas organizativas que contribuam para a promoção do cuidado dos cidadãos. A priorização de iniciativas contempladas pelas políticas públicas e sociais pode propiciar melhor qualidade de vida e de saúde aos cidadãos, bem como, disponibilizar mais e melhores recursos para que o cuidado possa ser exercido com cidadania, ética e solidariedade [...].(EDMANN et al, 2006)

Às novas demandas gerenciais e assistenciais, com enfoque nos processos de melhoria contínua e, em consonância com as necessidades renovadas dos clientes, as rápidas evoluções tecnológicas e as transformações sociais, colocam os trabalhadores diante de uma nova realidade. O desafio de conviver com a flexibilidade, inovação e criatividade, maior produtividade e qualidade do produto dos serviços, humanização da assistência e busca de melhor qualidade, entre outros, a fim de garantir o espaço profissional com responsabilidade social.

Nesse contexto de evoluções e crescentes demandas gerenciais, o grande e novo paradigma que emerge na atualidade refere-se à identificação das tendências de mudanças no sistema de gestão de recursos humanos, na organização dos serviços com competência técnica e humana e nas condições e relações de trabalho para enfrentar o difícil desafio da competitividade (MORIN, 2004).

Diante disso, as ações conjuntas e de parceria são fortemente estimuladas, com o objetivo de fortalecer e potencializar as iniciativas já existentes. São estimulados, também, os processos de desenvolvimento de dimensões teórico-referencial capazes de explorar novas perspectivas de gestão e melhorar as práticas em saúde, como fica visível na fala dos autores a seguir.

[...] A interconexão das práticas mediante efetivação de ações conjuntas, interdisciplinares, e em intersetorialidade, integradas e dialogicamente construídas, nos diversos setores da sociedade, fortalecendo as iniciativas existentes, articulando atuais e potenciais parceiros, fomentando e desenvolvendo novas ações, inserindo-as em um contexto mais amplo, propicia a promoção e construção de uma nova visão de saúde [...].(EDMANN et al, 2006)

[...] Refletir sobre a gestão em saúde implica reconhecer uma nova visão das práticas de saúde, sistema de saúde, sistema de cuidado, cuidado complexo, melhores práticas, equipes competentes ou potencializadas, trabalhadores de saúde, interconectividade das ações em saúde, dentre outras [...].(EDMANN et al, 2006)

[...] É inadiável desenvolver uma dimensão teórico-referencial que explore novas perspectivas/tecnologias de gestão em saúde para melhorar as práticas atuais, torná-las ainda mais eficazes e efetivas, viabilizando a universalização real do acesso à saúde. As novas tecnologias de gestão em saúde que propiciem a adoção das melhores práticas, necessariamente se apóiam na interconectividade do sistema de saúde. A diversidade, pluralismo e complementaridade inauguram uma concepção ampliada dos espaços e contextos sociais da saúde [...].(EDMANN et al, 2006)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação oferece às escolas meios que possibilitam a construção de Projetos Políticos Pedagógico cada vez mais condizentes com as questões sociais emergentes. Sugere que os egressos sejam críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a aprender a aprender, assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país (BRASIL, 1996). Vale ressaltar, nesse sentido, que os cursos de enfermagem foram os primeiros a se mobiliar nesta direção, como menciona a fala a seguir.

[...]...instituições de ensino de enfermagem, foram as primeiras da área da saúde que se mobilizaram para traçar as diretrizes gerais para a educação em enfermagem no Brasil. [...] (PERES e CIAMPONE, 2006)

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) encontram-se as competências tanto de nível técnico como de nível acadêmico. Estas conceituam “competência” como sendo a “capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades, necessárias para o desenvolvimento eficiente e eficaz para o desempenho de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1996).

[...] Competências tem significados distintos, tanto ligados às tarefas e a seus resultados, como as características das pessoas. Desta forma, a troca de competências ocorre quando existe uma interação das pessoas com o ambiente organizacional...[...] (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

[...] Na busca de convergências para categorizar as competências, identificam-se como mais citadas na literatura às competências de comunicação, educacionais, de trabalho em equipe e gerenciais. [...] (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] A literatura tem alinhado a competência gerencial à empresarial, ao defenir que competência gerencial é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que os gerentes desenvolvem para assegurarem a competência empresarial. Assim, a competência pode ser classificada, portanto sob o ponto de vista pessoal - competências essenciais - relacionadas ao indivíduo, à equipe e seu desenvolvimento, e do ponto de vista empresarial- competências organizacionais – essas relacionadas as estratégias corporativas...[...] (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

A enfermagem centra-se na assistência à saúde dos usuários, e, como tal para organizar o trabalho de assistir ou cuidar necessita das ferramentas ou do processo administrativo, sendo constituído pelo planejamento, coordenação da equipe frente as atividades que precisam ser realizadas e a avaliação da assistência prestada. Estas ações ou atividades são de competência legal e técnico-científica do enfermeiro. O processo administrativo fundamenta-se na ciência da administração e sua aplicabilidade na organização do trabalho ou serviços de enfermagem é experienciada na formação do enfermeiro.

[...] ...o mercado profissional espera que enfermeiro tenha a capacidade para trabalhar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja, espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar.” ...[...] “ ...ao longo dos tempos, a palavra administração foi sendo substituída por gerência ou gestão passando, então, a ser discutido mundialmente como um recurso estratégico significando dentre outras coisas qualquer posição de direção ou chefia que tenha o objetivo de alcançar as metas previstas, através da aglutinação de esforços. [...] (GRECO, 2004)

Administrar e gerenciar em enfermagem são, portanto, atividades complementares que necessitam por parte de quem as realizam, não só competência para tal, mas que tenha flexibilidade, organização e compreensão do todo como único, portanto devem estar aberto as mudanças tecnológicas, científicas e sociais.

[...] As funções de administração e os papéis de liderança no paradigma atual são permeados pela emergência das mudanças tecnológicas e às forças sociais; o lado comercial dos serviços de saúde; os aspectos financeiros e mercadológicos, determinando mudanças no papel do enfermeiro-chefe, com novos conhecimentos e habilidades, tendo em vista os objetivos institucionais. [...] (OLIVEIRA et al, 2004)

[...] A enfermagem, entendida como uma prática social estabelece entre si e os demais envolvidos no desenvolvimento de seu processo de trabalho, uma teia de relações interpessoais e grupo de caráter complexo, o que exige da enfermeira, profissional de referência no meio e legalmente coordenadora da equipe de enfermagem, especial atenção no gerenciamento destas relações.[...] (URBANETTO e CAPELLA, 2004)

[...] Na organização do cuidado em redes sociais, com ações intersetoriais, rompendo fronteiras, atendendo a demanda por trocas e intercâmbios nas práticas de cuidado em saúde significa, também, chamar para o debate os diversos grupos sociais e com eles construir projetos coletivos que caminhem

em direção de uma sociedade mais justa. [...] (ERDMANN et al, 2004)

Além das competências já mencionadas, ainda outras são consideradas fundamentais no processo de gerenciamento.

[...] Autores tem abordado individualmente competências como a interpessoal, a liderança, a motivação da equipe, a comunicação, entre outras, também importantes num claro sinal que discuti-las tem sido uma necessidade percebida e manifestada. [...] (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

[...] Muitas são as competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro na sua prática profissional e desenvolvê-las é, pois um grande desafio tanto dos órgãos formadores, como dos serviços na perspectiva da educação permanente e tornam-se responsabilidade todos estes atores: docentes, enfermeiros dos serviços e do próprio aprendiz. [...] (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

[...] O social, então, torna-se condição humana fundamental, pois o ser humano não vive senão em relação com o outro, e é através do outro que se reconhece e expressa seus desejos, dirige suas ações e se torna pessoal disponível, ser do cuidado com o outro e consigo mesmo. [...] (ERDMANN et al, 2006)

Apesar de toda a busca de uma melhor definição das competências do enfermeiro na sua formação e exercício profissional, parece que esta continua sendo preocupação dos pesquisadores da área, como segue:

[...] ...apesar de existirem algumas certezas, ainda não há consenso sobre todas as competências que sejam indispensáveis ao enfermeiro gestores no contexto atual dos serviços de saúde em nosso país. [...] (CUNHA e XIMENEZ, 2006)

Assim, parece que pelos dados apresentados nesta categoria pode-se depreender que a gerência de enfermagem demanda competências do enfermeiro para mobilizar de modo significativo o processo de construção e reconstrução de saber, na busca de novos modos de fazer e ser ou novos modelos de competência. Gerenciar significa criar e implementar estratégias visionárias para o todo organizacional; significa

mobilizar, provocar, mudar, transformar, estimular, inquietar, e outros movimentos mais na cultura e organização do sistema social da enfermagem. Busca o crescimento das pessoas através do envolvimento, participação, tomada de decisão responsável e autônoma.

Os modelos ou modos de gerência são construídos e também orientados pelo mercado de trabalho, gestores de sistemas de maior abrangência e mesmo dos educadores diante das dimensões mais amplas da gerência.

[...] A instauração de modelos de competências advém de um movimento irreversível, cujas principais conseqüências serão sentidas nos âmbitos da educação e do mercado de trabalho[...]. (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] A atenção à saúde não se constitui diretamente como objeto de trabalho desenvolvido pela gerência, mas pode ser entendido como finalidade indireta do trabalho gerencial. [...](PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] A administração indica que o processo de tomada de decisões pode ser desenvolvido pelos gestores com maior qualidade, se estes seguirem um método.[...] (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] Nas últimas décadas, o Planejamento Estratégico como base para o processo decisório amplia a perspectiva do saber técnico e incorpora importantes dimensões, tais como a dimensão política e a dimensão social [...].(PERES e CIAMPONE, 2006)

As competências apreendidas na formação e exercitadas na prática vem sendo objeto de educação continuada ou permanente, a partir de um processo de retroalimentação, dinâmico e permanente, e de responsabilidade coletiva.

[...] ...educação permanente é citado nas Diretrizes Curriculares Nacionais como responsabilidade do profissional de saúde associada ao papel da universidade e das políticas institucionais. [...](PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] O envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem. [...](PERES e CIAMPONE, 2006)

As competências gerenciais também se centram no exercício da comunicação,

dos seus diversos modos de expressão, nos instrumentos e condições próprias de uma era contemporânea de sistemas múltiplos e de oportunidades e possibilidades também múltiplas.

[...] Os conhecimentos identificados como essenciais para o desenvolvimento da competência comunicacional incluem: conhecimento do próprio estilo de interação, administração de conflitos, negociação, escuta ativa, normas e padrões de comunicação organizacional, sistemas de informação, trabalho em equipe, metodologia da assistência, poder e cultura organizacional. [...] (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] Entre os fatores que impulsionam a necessidade de fortalecer os processos de comunicação na gerência em Enfermagem estão a maior demanda de troca de informações entre serviços, instituições e população [...]. (PERES e CIAMPONE, 2006)

[...] A importância da informação em saúde destaca-se pela visão epidemiológica que propicia ao enfermeiro identificar problemas individuais e coletivos na população, relacionados como elementos para a análise da situação encontrada, subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento e planejamento para a resolução dos problemas encontrados. [...] (PERES e CIAMPONE, 2006)

Os textos ou dados destacados dos artigos analisados e aqui transcritos mostram, em síntese, a importância do todo, de reconhecer a unidade e a especificidade e agir de maneira individualizada e coletiva, respeitando as diferenças e individualidades que são inerentes aos seres humanos. Desta forma, surge a necessidade de trabalhar a administração da assistência de forma complexa, com base na interdisciplinaridade, para isto é necessário que haja uma nova postura profissional, com base numa atitude de escuta compreensiva e de aceitação das diferentes opiniões em torno de um mesmo foco com a finalidade de promover ambiente mais saudáveis e geradores de conhecimento, vida e saúde.

[...] A promoção da saúde, como um recurso aplicável à vida cotidiana, num processo complexo, interconectado, contínuo e dinâmico, tem ressonância na organização de sistemas de saúde e de cuidado. Um sistema de saúde voltado à promoção da saúde demanda estratégias de gestão, cuja melhoria das ações deve constituir uma prática construtiva contínua [...]. (ERDMANN et al, 2006)

[...] A gestão das práticas de saúde passa pela concepção de sociedade do conhecimento que enaltece o trabalhador do conhecimento também nas organizações de saúde, com potencial para criar novos produtos e serviços em

interação com sua equipe num ambiente gerador de conhecimentos materializados em produtos, processos e serviços. [...] (ERDMANN et al, 2066)

Para Ferreira (2003) o mundo global não comporta mais a atuação de profissionais limitados apenas aos aspectos inerentes à profissão. É preciso que estejam preparados para a vida e sejam capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões diante de qualquer problema/situação. Os profissionais precisam ser competentes em uma prática mais abrangente, multifacetária, sem se abstrair dos conhecimentos essenciais para o desempenho de suas funções, entendendo as peculiaridades políticas do funcionamento do sistema de saúde.

[...] Na interface entre serviços de saúde, suas ações de cuidados e os usuários/clientes destes serviços, entram em cena os princípios de organização do sistema de saúde: descentralização, regionalização, hierarquização, participação da comunidade nas decisões do setor e as complexas relações que interconectam as ações de cuidado. A autonomia de seus elementos, as diferenças regionais, as dimensões e distribuição geográficas, o conceito de saúde adotado, e mais recentemente, o conceito de cuidado em saúde, afetam as políticas de gestão em saúde. [...]. (ERDMANN et al, 2006)

A enfermagem, cujo foco de atenção está centrado no cuidado, tem um caráter primordialmente prático, assistencialista, porém a medida que as exigências por uma enfermagem mais científica, com ações mais elaboradas de cuidado, até mesmo pela evolução do processo de cuidar, fez-se necessário repensar a atuação deste profissional e lhe atribuir atividades mais administrativas, como o próprio planejamento destas ações, bem como a tudo que a elas permeiam, pessoal, ambiente, etc.

Segundo a resolução CNE/CES nº3 de 07 de nov.2001 (BRASIL, 2001), responsável por estabelecer a carga horária do curso de enfermagem, esta carga horária do Curso de Graduação em Enfermagem foi dividida em quatro grandes áreas temáticas, sendo a esta destinada um percentual a ser cumprido para cada uma delas

num total de 3500 horas, que corresponde ao total do curso.

Para a área de administração, encontramos descritos no parágrafo quarto do artigo terceiro um mínimo de 15% da carga horária total do curso, ou seja, apenas 525 horas destinadas a esta área, segundo legislação em vigor.

Poderíamos inferir que os enfermeiros recebem um preparo acadêmico muito mais voltado para o desempenho técnico assistencial do que para desempenhar as funções gerenciais.

Parece haver uma dificuldade em visualizar as atividades gerenciais no contexto diário do enfermeiro, visto que ao prestar a assistência, este não realiza apenas atividades técnicas, mas, pratica o cuidado e para isto ele necessita do preparo científico que recebeu.

Para Leitão (2001), gerenciar e administrar são assuntos que fazem parte do cotidiano dos enfermeiros, é conteúdo obrigatório dos cursos de graduação em enfermagem, cuja finalidade é capacitar estes profissionais para esta atividade.

Outro fator a ser levado em consideração é o fato de que a educação é um processo contínuo, que se estabelece durante toda a vida, e os aspectos a serem seguidos pela educação em todos os níveis estão alicerçados no “aprender a ser”, “aprender a fazer”, aprender a conhecer e “aprender a viver juntos” (MORIN, 2000, p.11).

Torna-se premente, portanto, pensar a educação como parte integrante do trabalho da enfermagem para o desenvolvimento destes indivíduos. A educação continuada na enfermagem para ser efetiva, deve estar direcionada para o desenvolvimento humano global, dos seus integrantes e da profissão, tendo como perspectivas a qualidade da assistência de enfermagem.

A educação do (a) enfermeiro (a) requer o saber biológico e técnico, mas ele também precisa saber conviver, partilhar e cooperar para a construção de sociedades mais democráticas e solidárias. Para que isso aconteça, é necessário que o conhecimento do *self* e da ética tornem-se elementos fundamentais para o cuidado como ação humana e não somente como aplicação impessoal de técnicas (FERREIRA, 2003). [...] “Se somos seres simultaneamente físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade reside no fato de se tentar

conceber a articulação, a identidade, e a diferença entre todos estes aspectos”. MORIN (1990 p.138)

É preciso, em suma, desenvolver nos profissionais de enfermagem uma consciência crítica e a percepção de que estes são capazes de aprender sempre e de buscar, por si só, situações de ensino-aprendizagem objetivando cobrir as lacunas que a formação do enfermeiro traz quanto ao conhecimento sobre gerência ou gerenciamento e administração, considerando esta complexidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo apresentar noções e competências da gerência do cuidado de enfermagem hospitalar pelo olhar da complexidade, orientado por pressupostos pessoais e conceitos sobre o ser humano, a enfermagem, o enfermeiro, o processo de gerenciar, o enfermeiro-gerente e o gerente-líder.

As informações obtidas por meio da fonte de dados bibliográfica, isto é, em artigos sobre a temática do estudo em questão, tiveram como tônica os dois volumes temáticos de periódicos nacionais da área da Enfermagem classificados no Qualis Capes de circulação internacional, referentes ao último triênio, cuja temática versa sobre Administração ou Gestão de Enfermagem e Saúde. Nestes volumes foram encontrados um total de 43 artigos, os quais foram submetidos a uma leitura atenta e seletiva, a fim de captar as informações referentes às noções de gerência do cuidado de enfermagem e respectivas competências.

A partir da análise dos dados, de acordo com os referenciais de Bardin (1979), emergiram idéias nucleadoras ou categorias sobre a temática em estudo, quais sejam: Gerência do cuidado, Gerência do cuidado versus gerência de enfermagem, e Competências gerenciais do enfermeiro.

As categorias, em questão, mostram que a gerência do cuidado centra-se nas pessoas como seres humanos complexos, na complexidade do sistema de cuidado, nas equipes de enfermagem e saúde potencializadas e integradas e nas competências gerenciais como inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros. As mesmas destacam, ainda, a complexidade da prática gerencial hospitalar do enfermeiro envolvendo múltiplas ações no gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços hospitalares em prol da qualidade do cuidado como direito do cidadão.

A gerência do cuidado e a gerência da enfermagem são processos e contra processos em um mesmo cenário de ações múltiplas do enfermeiro e equipe de enfermagem.

Salienta-se, portanto, que é preciso pensar a gerência como centrada no cuidado e não pensar na gerência de forma a desarticulá-la da prática de cuidar do enfermeiro. O processo de cuidar necessita de observação e planejamento, assim como execução, acompanhamento e avaliação.

Pensar em gerência não significar, apenas, pensar em uma ação administrativa, mas, significa buscar um suporte no próprio conceito da palavra gerente, ou seja, gerenciar ou gerir estão implicados nas questões que dizem respeito à equipe e que não podem ser desvinculadas da prática.

A assistência é viabilizada pelo trabalho da equipe de enfermagem, portanto, requer planejamento, orientação, investigação e métodos participativos que satisfaçam as expectativas, tanto por parte de quem os realiza como de quem os recebe.

É preciso pensar nos profissionais que já estão no mercado e instrumentalizá-los para o desempenho desta prática, ampará-los em sua carência através de um programa de educação continuada, ou educação em serviço nas instituições.

Para aqueles que ainda se encontram em formação universitária, é necessário que se pense a administração como uma disciplina que deva ser ensinada dentro de uma perspectiva interdisciplinar, vinculada a todas as outras disciplinas, práticas assistenciais e gerenciais.

É necessário pensar no cuidado como uma prática realizada de forma científica, fundamentada no ser humano complexo e em suas particularidades.

Para tanto, sugere-se pensar em uma teoria que dê subsídios para esta nova forma de ver e pensar a enfermagem, talvez, pensar através de Morin e da teoria da complexidade e prestar um cuidado que vá além do saber fazer, mas que vá ao encontro do Ser. Que este novo profissional que se pretende, seja capaz de pensar e planejar as ações gerenciais e assistenciais, com base na moral e na ética, de forma humanizada e principalmente pensar na individualidade que existe em cada paciente por nós cuidado ou atendido. Em suma, sugere-se ampliar o olhar dos enfermeiros

gestores pelo paradigma da complexidade para o melhor cuidar do ser humano complexo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-ABEn.. “Termo de referência sobre o perfil da (o) enfermeira (o) no âmbito da gerência e as competências gerenciais na formação da enfermeira (o) em nível de graduação”. **Documento do 4º Encontro Nacional dos Docentes de Administração em Enfermagem**, realizado no 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 16.out. 2004, Gramado-RS.

ADIZES, J. **Gerenciando mudanças**:o poder da confiança e do respeito mútuos na vida pessoal, familiar, nos negócios e na sociedade. Tradução: Nivaldo Montingelli Jr: Supervisão Técnica: Carlos Valdesuso. 3ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

ALMEIDA, et.al. **Gerência na rede básica de serviços de saúde**: processo de trabalho.[Apresentado no X Encontro de Enfermagem do Nordeste..Salvador-BA; 1994.]

ALENCAR, K.S.; DINIZ, R.C.M.; LIMA, F.R.F. Administração do tempo nas atividades de enfermagem de uma UTI. **Rev Bras Enferm**, Brasília(DF), v. 57, n. 4, p. 417-20, jul/ago. 2004.

ALVES, M.; PENNA, L.M.M.; BRITO,M.J.M. Perfil dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) v. 57, n. 4, p. 441-6, jul/ago. 2004.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995.

AZEVEDO, C.S. Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.32-58, jul./set.1995.

BARBOSA,P.R..Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **RSP – Revista do Serviço Público**,[S.I], ano 47, v.120, n.2, p.67-96, maio/ago.1996.

BARBOSA,P.R.; LIMA,S.L. Gestão em Saúde: Bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. **Revista Espaço para a Saúde**, [S.I], v.5, p.5-12, set. 1996.

BARDIM, Laurence. **Análise de conteúdos**. Lisboa: 70.ed., 1979.

BELLATO, R. PEREIRA, W.R. O gerenciamento em enfermagem frente a pauperização das condições materiais de trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 479-83, jul/ago. 2004.

BERNDT, Fabíola P.G. Competências Gerenciais do enfermeiro. **Dissertação** (Mestrado em Administração) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.2003.

BRASIL. Portaria n.1721, p.1981- 16 dezembro 1994, seção 1. Dispõe sobre a formação do enfermeiro, em curso de graduação e revoga a Resolução n.4 de 25 de fevereiro de 1972. **Diário Oficial da União**.Brasília.n.23.

BRASIL,Ministério do Trabalho.**Conselho Federal de Enfermagem**. Lei nº 7.498, de

25.06.86 (DOU 26.06.86).Dispõe sobre Regulamentação do Exercício de Enfermagem e da Outras Providências. Brasília,1986.

BRASIL.Conselho Federal de Enfermagem.(COFEN).Dados estatísticos.Disponível em <http://www.portal.cofen.com.br> Acesso em 23 março 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. *Resolução CNE/ CES N° 3*, de 7 de novembro de 2001. [online]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm> [Acesso em 28 maio 2005].

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. [online]. Brasília, 2004b. Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=430&Itemid=420> [Acesso em 27 ago. 2004].

BRAVERMAN,H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1987.

CAMPOS,G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal:considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERTHY, E. E., ONOCKO, R.T(Org.) **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.p.229-66.

CAMPOS, V.F. **TQC**: Gerenciamento da rotina do trabalho no di-a-dia. Belo Horizonte: Fundação Christtiano Ottoni : Escola de Engenharia da UFMG. Rio de Janeiro; Bloch, 1994.

CAPE, A . **Gerência**: conceitos e funções. Texto Mimeografado. 2000.

CARVALHO.M.S.M.V. Desenvolvimento Gerencial no setor público: velhas questões e novos desafios. **RAP- Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p. 27-37, out/dez.1995.

CASTANHEIRA, E.R. A Gerência na prática programática.In SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES_GONÇALVES, R.B (org) **Saúde do Adulto**: Programas e ações na unidade básica. São Paulo:Fiucitec; 1996. p.222-233.

CASTELANO, B.E.P. et al. Os desafios de enfermagem para os anos 90. In. **Anais..** 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1989. Florianópolis. ABEn. P. 147-69.

CHERCHIGLIA, M.L.Terceirização do trabalho nos serviços de saúde:alguns aspectos conceituais,legais e pragmáticos.In: SANTANA,J.P.; SANTOS,E.; CASTRO,J.L.; SÓRIO,R.E.R.; VARELLA, R. C.**Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU**. Natal: EDUFRN,1999.p.367-385.

CHIAVENATO,I. **Administração**: teoria, processo e prática. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1985.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O Ensino de Administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Brasília (DF). **Rev Bras Enferm** V. 57, n.4, p.401-407. 2004.

COLLET,N. et al.Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.47, n.3, p.258-264, jul/set.1994.

COSTA et al. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional.

Rev Bras Enferm, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 497-9, jul/ago. 2004.

CUNHA, Isabel c.K.O, XIMENEZ, Francisco R.G. Competências Gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-82, jul-set. 2006.

DIAS, et al. Reflexões sobre o desafio da administração da educação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 490-2, jul/ago. 2004.

ERDMANN, A.L. Tendências dos sistemas organizacionais de enfermagem hospitalar – algumas contribuições. Florianópolis: UFSC, 1993. (Trabalho apresentado ao Concurso de Professor Titular/UFSC).

_____. **Sistema de Cuidados em enfermagem**. [Séries Teses] Pelotas: Universitária/UFPEL, 1996.

ERDMANN, A L., PINHEIRO, P.I.G. Gerenciamento do Cuidado em enfermagem – Questionando Estratégias. **Cogitare Enferm**. v.3, n.1, p.89-96, jan/jul.1998.

ERDMANN, A. L et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 467-71, jul/ago. 2004.

_____. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-91, jul-set. 2006.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. 7 ed. São Paulo. Atlas, 1968.

FARIAS, S.M. BECK, C.L.C. COLOMÉ, C.M. Enfermagem e planejamento em saúde: relatório de Gestão como Instrumento. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 500-3, jul/ago. 2006.

FELLI, V.E. A. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem. [Tese Livre Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

FERRAZ, C.A.; GOMES, E.L.R.; MISHIMA, S.M. O desafio teórico prático da Gestão dos serviços de saúde. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 395-400, jul/ago. 2006.

FERREIRA, H. M. A totalidade do conhecimento da enfermagem: uma abordagem curricular. **Acta Paul Enf**, v. 16, n. 1, p. 56-65. 2003.

FRANÇA, L.S.; BARREIRA, L.A. A enfermeira-chefe como figura-tipo em meados do séc.XX. **Revista Brasileira Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 508-11, jul/ago. 2006.

GAIDZINSKI, R.R., PERES, H.H.C., FERNANDES, M.F.P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF). 2004.

GALVÃO, A.M. **A crise da ética**: o neoliberalismo como causa da exclusão social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 100p.

GRABOIS, V., SANDOVAL. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: CASTELAR, R.M, MORDELET, P., GRABOIS, V (org). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. cooperação Brasil-França: Éditions é cole Nationale de La Santé Publique. ENSP, 1995. p.69-79

GOMES, C.M.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção

social:desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 411-21. 1999.

GOMES,E.R.L. 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.229-50.

GONÇALVES, L. et al. Abordagens Metodológicas Diferenciadas em Aulas Práticas de Administração de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 395-400, jul/ago. 2004.

GUIMARÃES, R.M.; MUZI, C.D.; MAURO, M.Y. Tendências moderna da gerência do trabalho da enfermagem: o caso das cooperativas. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 472-4, jul/ago. 2004.

GRECO, R. M. Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n.4, p.504-507. 2004.

HATAKEYAMA, Y. **A revolução dos gerentes**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni (Escola de Engenharia da UFMG), 1995.

HOLANDA, Aurélio Buarque. **Mini Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro, 1977.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1979.

JONHSON, A.C.; SCHULTZ, R. **Administração de Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.

KLEMENT, C..F. Complexidade no Sistema de Produção de Serviços: Um estudo de caso no setor hoteleiro. Florianópolis: UFSC,2000.**Dissertação** (Mestrado em Administração). Programa de Pós Graduação em Administração da UFSC.

KURCGANT, Idalberto. **Administração** – teoria, processo e prática. São Paulo: EPU,1991.

KURCGANT, P.;Tronchin D.M.R.et al.**Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEITÃO, Glória C.M. Reflexão sobre Gerenciamento. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.10, n.1, p.109, jan/abr. 2001.

LÜDK, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. A análise de dados e algumas questões relacionadas a objetividade e a validade nas abordagens qualitativas. In: _____. **Perspectivas em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p.45-53.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. Tendências Gerenciais que podem levar a Enfermagem a percorrer novos caminhos. Brasília (DF). **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n.4, p.408-411. 2004.

MATOS, Francisco Gomes. **Negociação modelo de estratégia estudo de caso**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

MATOS, F.G.de.; **Gerência participativa-gerência hoje: como obter a cooperação espontânea da equipe e desburocratizar a empresa**. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e

científicos, 1979.

MATURANA, H. **A árvore do conhecimento: as bases ideológicas de entendimento humano**. 5. ed. São Paulo. Parla Athena, 2005.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 8. ed. São Paulo (SP): Difusão Editorial, 1982.

MEIRELLES, Betina H. S. **Viver saudável em tempos de Aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV**. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994.

MEZOMO, J.C. **Hospital humanizado**. São Paulo: CESC – Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1979.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2000

MINTZBERG, Henry; SHAPIRO, Benson P.; MCMURRY, Robert N.; DEAN, Joel.; **Trabalho do executivo: o folclore e o fato**. São Paulo, SP: Nova Cultura, c1986. [1]p. (coleção Harvard de administração)

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1995.

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

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo. Cortez, Brasília: Unesco, 2000.

_____. **Ciência com consciência**. Portugal: Europa- América Ltda., 1982. (Coleção Biblioteca Universitária nº 32)

_____. **Ciência com consciência**. 3. Ed. Rio de Janeiro, Bertrand, Brasil, 1999. (Coleção Biblioteca Universitária nº 32). 344p.

_____. **Ética, cultura e educação**. São Paulo, SP: Cortez, 2001. 175p

_____. **Saberes globais e saberes locais: o olhar interdisciplinar**. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ. Garamond, 2004

MOREIRA, A.F.; SILVA, T.T. **Sociologia e teoria crítica do currículo: Uma introdução**. In: _____. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

MUNARI, D.B. BEZERRA, AL.Q. **Inclusão competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor**. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 484-6, jul/ago. 2004.

- NEVES, F.B.S.BENITO, G.A.V. Refletindo sobre a avaliação de desempenho do enfermeiro no contexto do sistema único de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 459-63, jul/ago. 2004.
- NOGUEIRA, Luiz C. Lima. **Gerenciamento pela qualidade total em saúde**. 3. ed. Minas Gerais: Desenvolvimento Gerencial, 2003.
- NORMANN, R. **Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.
- OLIVEIRA, A C.F et al Liderança e Enfermagem: elementos para reflexão. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 487-9, jul/ago. 2004.
- PATRICIO, Z.M. **A prática do cuidar-cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós Graduação em Enfermagem, 1990.
- _____. Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado-holístico-ecológico. Florianópolis: UFSC, 1995b. Trabalho apresentado no 47º Congr. Brasileiro de Enferm. Goiás, novembro de 1995.
- PATRICIO, Z.M. Administrar é trabalhar com gente... A inter/transdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação. **Revista Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.5, n.2, p.55-77, jul/dez. 1996.
- PRADEBON, V.M. **O cotidiano da chefia de enfermagem da unidade de tratamento intensivo pediátrica: que trabalho é este?** Dissertação (Mestrado em enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, fev. 2001.
- PEREIRA, F.dos S. **O gerenciamento do hospital universitário da UFSC nos níveis estratégico, tático e operacional, na percepção de seus dirigentes**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- PERES, Aida M. CIAMPONE, Maria H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul-set. 2006.
- PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1999.
- PROCHNOW, Adelina G. Et al. Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2006. jul-set; 15(3):p.451
- ROCHA, A.M.; FELLI, V.E.A. A Saúde do Trabalhador de Enfermagem sob a ótica da gerência. **Revista Brasileira Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 453-58, jul/ago. 2004.
- RODRIGUES, R.A.; A hora e a vez do líder. **Revista Melhor. Vida e Trabalho**, São Paulo, n. 153, p.28-29, fev. 2000.
- SANTANA, Fabiana. Et al. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica Enferm**. v. 7, n. 3, p. 295-302. 2005.
- SCHARAIBER, L. B.; et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando

- problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-242. 1999.
- SCHRAM, F.R. **A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário**. Brasília: UNB, 1996.
- SERVA, M. Paradigma da Complexidade e a Análise Organizacional. In: Análise Organizacional. In: **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo; v. 32, n. 2, p. 26-35, abr./jun.1992
- SHINYASHIKI, Roberto. Talento Humano: o diferencial do profissional de sucesso. In: **Anais... VIII Seminário de Recursos Humanos**. Florianópolis: CRA/SC, CAD,CPGA, UFSC, FEPESE e ABRH/SC, 2000.
- SIERRA, J.H.P.; Gerencia del Servicio. In: Toro Restrepo, J.E. **Hospital y Empresa**. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paül, 2000.p.211-234.
- SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. [Tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP, 1996.
- SILVA, C.C. **Competências na prática educativa para a constituição de força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores**. [Tese] Doutorado em Enfermagem. São Paulo (SP): USP/ Escola de Enfermagem; 2003.
- SIQUEIRA, Hedi C.H. de. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar – Um novo modo de pensar e agir**. [Tese] Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.
- SOARES,L.T.R.O impacto das políticas neoliberais sobre a situação de saúde, o Brasil no contexto da América Latina. In: **Anais... 48º.Congresso Brasileiro de Enfermagem;** 1996.São Paulo(SP).ABEn; 1997.p.178-89.
- STONER, James A. F. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice - Hall do Brasil, 1992.
- THOFEHRN,Maiara B,LEOPARDI, Maria T. Teoria dos vínculos Profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-17, jul-set. 2006.
- TORRES, Josilene F. **A participação nas Gerências do Hospital Universitário da UFSC**. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.2002
- URBANETTO, J.S.; CAPELLA, B.B. Processo de Trabalho em Enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Revista Brasileira Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 447-52, jul/ago. 2004.
- VALE, E.G.; GUEDES,M.V.C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 475-8, jul/ago. 2004.
- VASCONCELLOS, M A. J.E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de esclarecimento e pedido de desculpas a Banca Examinadora

Hanai Giudici Minuzzi, venho através desta esclarecer os fatos que geraram este constrangimento em relação a parte final desta dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem- UFSC .

Apesar da preocupação em fazer a coleta de dados após parecer final do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Feevale, acabei me precipitando e realizando as mesmas sem o parecer final.

A pesar deste agravante, tive o cuidado conforme disposto na Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, em prestar todas as informações necessárias sobre o estudo, a fim de que as participantes tivessem a opção de aceitar ou não do mesmo. Somente após leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que os participantes assinaram em duas vias, sendo uma destas entregue aos sujeitos e outra armazenada comigo e após aprovação da responsável legal pelo Hospital onde aconteceria a pesquisa; daí sim, é que se iniciou a coleta dos dados com entrevistas gravadas, as quais se encontram também em meu poder. Após a transcrição das mesmas, foram levados até os sujeitos para que estes pudessem ler e ver se concordava ou não com o exposto. Todas as transcrições se encontram em arquivo próprio, restrito ao pesquisador, com acesso através de senha por um período de cinco anos.

Após estes fatos, o tempo passou e o trabalho acabou sendo concluído sem o referido parecer do Comitê de Ética, fato que fez com que o estudo tivesse que tomar um novo rumo na sua estrutura e metodologia, agora não mais como pesquisa de campo e sim, de bibliografias específicas sobre a temática, inutilizando-se assim os dados anteriormente coletados.

Gostaria de salientar que vários fatos alheios a minha vontade fizeram com que estes fatos chegassem até aqui. Mas que em nenhum momento foi minha intenção trazer danos a minha orientadora, a meus sujeitos de pesquisa, a este programa ou a mim; penso que fui imatura em pensar da forma como pensei, mas não foi meu interesse prejudicar e nem expor nenhum dos envolvidos. Não fui mal intencionada.

Assim, peço desculpas a Banca pelo transtorno e solicito sua compreensão para a alteração no estudo.

Agradeço todas suas colocações e orientações e farei o impossível para que esta etapa seja concluída com mínimo possível de transtornos, pois espero que todos os que poderiam acontecer já os aconteceram.

Espero poder mais esta vez contar com a compreensão dos membros desta banca examinadora e deste conceituado e respeitado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 20 de junho de 2007.

Hanai Giudici Minuzzi Tessuto
CPF 513309890-15 RG 6026311446

ANEXO 2

Carta de esclarecimento e pedido de desculpas aos Sujeitos do estudo

Hanai Giudici Minuzzi, venho através desta esclarecer os fatos que geraram este constrangimento em relação a parte final desta dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pos Graduação em Enfermagem- UFSC .

Apesar da preocupação em fazer a coleta de dados após parecer final do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Feevale, acabei me precipitando e realizando as mesmas sem o parecer final.

A pesar deste agravante, tive o cuidado conforme disposto na Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, em prestar todas as informações necessárias sobre o estudo, a fim de que as participantes tivessem a opção de aceitar ou não do mesmo. Somente após leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que os participantes assinaram em duas vias, sendo uma destas entregue aos sujeitos e outra armazenada comigo e após aprovação da responsável legal pelo Hospital onde aconteceria a pesquisa; daí sim, é que se iniciou a coleta dos dados com entrevistas gravadas, as quais se encontram também em meu poder. Após a transcrição das mesmas, foram levados até os sujeitos para que estes pudessem ler e ver se concordava ou não com o exposto. Todas as transcrições se encontram em arquivo próprio, restrito ao pesquisador, com acesso através de senha por um período de cinco anos.

Após estes fatos, o tempo passou e o trabalho acabou sendo concluído sem o referido parecer do Comitê de Ética, fato que fez com que o estudo tivesse que tomar um novo rumo na sua estrutura e metodologia, agora não mais como pesquisa de campo e sim, de bibliografias específicas sobre a temática, inutilizando-se assim os dados anteriormente coletados.

Gostaria de salientar que vários fatos alheios a minha vontade fizeram com que estes fatos chegassem até aqui. Mas que em nenhum momento foi minha intenção trazer danos a minha orientadora, a meus sujeitos de pesquisa, a este programa ou a mim; penso que fui imatura em pensar da forma como pensei, mas não foi meu interesse prejudicar e nem expor nenhum dos envolvidos. Não fui mal intencionada.

Assim, peço desculpas a você que aceitou participar da entrevista.

Espero poder mais esta vez contar com a sua compreensão, ao mesmo tempo em que solicito sua assinatura de aceite deste pedido formal de desculpas.

Florianópolis, 20 de junho de 2007.

Hanai Giudici Minuzzi Tessuto
CPF 513309890-15 RG 6026311446

Assinatura de aceite do enfermeiro:.....