

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MIRELLE INÁCIO SOARES

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO
PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GERÊNCIA DA
ASSISTÊNCIA**

ALFENAS/MG
2014

MIRELLE INÁCIO SOARES

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO
PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GERÊNCIA DA
ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

ALFENAS/MG
2014

Soares, Mirelle Inácio.

Sistematização da assistência de enfermagem: instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência / Mirelle Inácio Soares. - 2014.

173 f. -

Orientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.
Bibliografia.

1. Processos de Enfermagem. 2. Gerência. 3. Assistência ao Paciente. 4. Competência Profissional. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues. II. Título.

CDD: 610.73306



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



MIRELLE INÁCIO SOARES

“SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO PARA O
PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 34/03/2014

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: ZMP Resck

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Fábio de Souza Terra

Profa. Dra. Sílvia Helena Henriques Camelo
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto - EERP-USP

Assinatura: Sílvia Helena Henriques Camelo

Dedico esta Dissertação ao meu esposo Lucas e a minha mãe Margarida, pelo apoio e compreensão, pela força e perseverança, pelo vínculo e escuta nos momentos mais árduos desta trajetória. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu Senhor e meu Pastor, sabendo que, com Sua presença constante em minha vida, nada há de me faltar: “Tudo posso Naquele que me fortalece”.

Ao meu amado esposo Lucas, grande companheiro nesta incansável caminhada, pelo entendimento de que em cada momento de ausência era para um bem maior, tanto para o crescimento profissional como pessoal.

Ao meu exemplo de vida, que sempre me apoiou em todos os momentos, me transmitindo força, fé e coragem para enfrentar os desafios da vida, minha mãe.

Ao meu pai Célio e a toda a minha família que se fizeram presentes com palavras de incentivo e de firmeza.

À Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), pela oportunidade oferecida e por concretizar este processo de mestrado.

À Prof^a. Dr^a. Clícia Valim Côrtes Gradim, ex-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), por ter buscado a concepção desta Educação Permanente.

À Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Mendes, pelo apoio ao ingresso no PPGENF.

Aos Coordenadores do PPGENF, Prof^a. Dr^a. Silvana Maria Coelho Leite Fava e Prof. Dr. Dênis da Silva Moreira, pelo incentivo profissional, pelo esforço e pela dedicação em coordenar este Programa de Excelência.

À querida Prof^a. Dr^a. Sílvia Helena Henriques Camelo da EEUSP-RP, pela confiança e pelo aceite em participar de meu Exame de Qualificação, mostrando excelência em seus conhecimentos para a coerência deste estudo. Sei que ainda temos muitos caminhos juntas a trilhar.

Ao querido Prof. Dr. Fábio de Souza Terra, pelo aceite em participar de meu Exame de Qualificação, dando contribuições valiosas, sempre presente na minha trajetória acadêmica, apoiando e colaborando com seus conhecimentos.

Ao Corpo Docente do PPGENF, pela soma dos conhecimentos.

À Secretária do PPGENF, Martha Priscila Azevedo, pela atenção dedicada em todos os momentos de procura.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), que viabilizou financeiramente este estudo.

Às Instituições Hospitalares, pelas autorizações para a realização da coleta empírica dos dados e aos queridos enfermeiros, pela atenção e pela disponibilidade em compartilhar comigo suas experiências profissionais nos grupos focais.

Às companheiras da 2ª Turma do PPGENF, Sara Rosado, Natália Chantal e Mônica Silva, pela amizade e pelo carinho.

Aos discentes da Escola de Enfermagem da Unifal-MG, pela confiança e pelo respeito no desenvolvimento desta conquista, em especial as acadêmicas Caroline Castro Moura, Maiara Neves, Milara Barp e Gabriella Santos Lima.

E a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram para a concretização de minha conquista.

Muito obrigada !

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora, conselheira e amiga, Prof.^ª. Zélia Marilda Rodrigues Resck, pois, sem seu auxílio, eu não teria concretizado esta inquietação.

Agradeço a Deus por ter me dado o privilégio de a ter como minha mestra e guiadora, pois com a Senhora aprendi o que é ser uma enfermeira, um aprendizado que vai muito além do conhecimento científico.

Agradeço pela confiança depositada em mim em todo momento, sempre elevando minha autoestima enquanto educadora e professora.

Agradeço imensamente pela sapiência, pela competência, pela paciência, pela compreensão e pelo carinho que me transmitiu com toda serenidade e honestidade.

Agradeço pela bagagem de conhecimentos, pelos conselhos, pelas alegrias e tristezas que compartilhamos juntas, pelo vínculo e pela escuta.

Agradeço pelo Estágio Docente, o qual a Senhora me enriqueceu com seus saberes ímpares, me proporcionando autonomia diante dos discentes.

Enfim, muito obrigada por tudo o que a Senhora fez e faz para o meu crescimento profissional e pessoal.

“Quando penso como a minha vida era vazia e sem sentido antes de conhecer você, sinto uma vontade imensa de celebrar todos os dias e não somente hoje, o privilégio de lhe ter junto a mim.”

Nessas humildes palavras, deixo-lhe a minha admiração e o meu agradecimento!

Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz!
Onde houver ódio, que eu leve o amor.
Onde houver discórdia, que eu leve a união.
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão.
Onde houver dúvida, que eu leve a fé.
Onde houver erro, que eu leve a verdade.
Onde houver desespero, que eu leve a esperança.
Onde houver tristeza, que eu leve a alegria.
Onde houver trevas, que eu leve a luz.
Mestre, fazei que eu procure mais: consolar que ser consolado.
Compreender, que ser compreendido.
Amar, que ser amado.
Pois é dando que se recebe.
E perdoando que se é perdoado.
E é morrendo que se vive para a vida eterna.

São Francisco de Assis

RESUMO

Este estudo contempla a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento assistencial para o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência. Tem como objetivo geral analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro face à implementação da SAE, e específicos, identificar mecanismos facilitadores e desafiadores para a implementação da SAE na prática de trabalho do enfermeiro, bem como analisar os modelos gerencial e assistencial que norteiam à práxis vivenciada pelos enfermeiros e caracterizar seus conhecimentos, analisando seus preparos e formação acadêmica. Trata-se de uma abordagem qualitativa, ancorada no referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-Dialética. Este estudo constituiu-se de 32 enfermeiros que atuam na profissão de três Instituições Hospitalares de naturezas jurídicas pública, pública de ensino e privada do município de Alfenas-MG. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG com o Parecer sob o n. 139.518. Utilizou-se na coleta de dados a técnica por grupo focal com os enfermeiros participantes. A análise de conteúdo, de acordo com Minayo, aplicada sobre os discursos identificou três grandes categorias empíricas. Na categoria facilidades e desafios para a SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro, englobaram-se as subcategorias: - trabalho em equipe; operacionalização da SAE e gestão de pessoas. Na categoria modelos conservadores vivenciados, identificaram-se duas subcategorias: - centralização de poder e impasse na assistência: doença X integralidade do cuidado. E, por último, na categoria conformação de saberes do enfermeiro para a SAE na práxis, identificaram-se duas subcategorias: - dicotomia entre teoria e prática e saberes gerenciais do enfermeiro. As categorias analíticas foram fundamentadas nos três eixos teóricos, sendo que, na dimensão estrutural, considera-se a proximidade dos dados empíricos ao contexto das transformações determinadas pelo processo de trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro em relação ao planejamento e à organização de suas ações e aos modelos gerenciais e assistenciais existentes. Na dimensão particular, a práxis formadora que delineia a formação do enfermeiro para sua prática profissional, procurando ajustar os saberes gerenciais à práxis, numa perspectiva transformadora, atendendo às demandas dos profissionais e da vida. Na dimensão singular, como espaço intercessor entre o ensino e a realidade das instituições de saúde, entre a teoria e a prática, entre os sujeitos desta investigação, os enfermeiros, para a conformação da Lei do Exercício Profissional e de suas competências gerenciais e para a solidificação das já existentes. Os resultados apontaram que o sucesso da operacionalização da SAE se dá por meio de um desenvolvimento mútuo, em que as pessoas são valorizadas pela organização na medida em que contribuem efetivamente para o seu desenvolvimento, assim como as organizações são valorizadas pelas pessoas na medida em que lhes oferecem condições concretas para o seu crescimento. Por conseguinte, é necessário adequar a SAE de acordo com a realidade de cada instituição hospitalar, contemplando a resistência por parte de alguns enfermeiros que recusam a mesma como respaldo legal da profissão, quebrando o tabu de que esse instrumento veio para somar e avigorar a autonomia do profissional.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem. Gerência. Assistência ao Paciente. Competência Profissional.

ABSTRACT

This study contemplates Care System Nursing (NCS) as a clinical tool for the working process of the nurse in the management of assistance. Has the general objective to analyze the process of managerial work of nurses face the implementation of the NCS and specific, identifying facilitators and challenging mechanisms for implementation of NCS in the practice of nursing work, as well as analyze the managerial models and care that guide the praxis experienced by nurses and characterize their knowledge, analyzing their academic preparations and training. This is a qualitative approach, grounded in the theoretical and methodological framework of Hermeneutics-Dialectics. This study consisted of 32 nurses working in the profession Hospital three institutions, public education and public private legal natures of Alfenas-MG. Was approved by the Research Ethics Unifal-MG with Opinion under n. 139.518. Was used for data collection technique by focus group participants nurses. Content analysis, according to Minayo, applied to the discourses identified three major empirical categories. In class facilities and challenges for SAE in the daily work of nurses is encompassed subcategories: - teamwork; operationalization of SAE and people management. In the category experienced conservative models, we identified two subcategories: - centralization of power and standoff in care: sickness X comprehensive care disease. And finally, in the category conformation of knowledge of nurses for practice in SAE, we identified two subcategories: - dichotomy between theory and practice and management knowledge of nurses. The analytical categories were based on the three theoretical axes, and, in the structural dimension, we consider the proximity of the empirical context of the transformations determined by process management and care nurses' work in relation to the planning and organization of the data and their actions existing management and care models. In particular dimension, the teacher praxis that outlines the training of nurses for their professional practice, trying to adjust to the managerial practice knowledge in a manufacturing perspective, meeting the demands of professional and life. In singular dimension as space intercessor between education and the reality of health institutions, between theory and practice, between the subjects of this investigation, the nurses, to the conformation of the Professional Practice Law and their managerial skills and solidification of existing. The results showed that the successful operation of SAE is through a mutual development, in which people are valued by the organization to the extent that contribute effectively to its development, as well as organizations are valued by people in that offer them concrete conditions for its growth. It is therefore necessary to adjust the SAE according to the reality of each hospital, contemplating resistance by some nurses who refuse the same as legal support profession, breaking the taboo that this instrument came to add and invigorating autonomy professional.

Keywords : Nursing Process. Management. Patient Care. Professional Competence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	- CENTRO DE ENSINO E PESQUISA
CEP	- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CNE	- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CNS	- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CSE	- CONSELHO SUPERIOR DE ENSINO
DCN	- DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
E	- ENFERMEIRO
HUAV	- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO
IBGE	- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IMESA	- INSTITUTO DE MEDICINA ESPECIALIZADA DE ALFENAS
MEC	- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PE	- PROCESSO DE ENFERMAGEM
PODC	- PLANEJAMENTO-ORGANIZAÇÃO-DIREÇÃO-CONTROLE
PRH	- POLÍTICAS PARA RECURSOS HUMANOS
RT	- RESPONSÁVEL TÉCNICA
SAE	- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
SUS	- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNIFAL-MG	- UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS- MINAS GERAIS
UTI	- UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	OBJETIVO GERAL	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4	REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM	18
4.2	MODELOS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM E A INTERFACE COM AS DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	22
4.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO	26
5	CAMINHO METODOLÓGICO	29
5.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	29
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	31
5.3	ASPECTOS ÉTICOS	32
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
5.5	O TRABALHO DE CAMPO	34
5.5.1	Coleta de dados	34
5.5.2	Período da investigação	36
5.5.3	Trabalhando com os grupos focais	36
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	40
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1	FACILIDADES E DESAFIOS PARA A SAE NO COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO	45
6.1.1	Trabalho em equipe	45
6.1.2	Operacionalização da SAE	59
6.1.3	Gestão de pessoas	78
6.2	MODELOS CONSERVADORES VIVENCIADOS	92
6.2.1	Centralização de poder	93
6.2.2	Impasse na assistência: doença X integralidade do cuidado	102
6.3	CONFORMAÇÃO DE SABERES DO ENFERMEIRO PARA	

	A SAE NA PRÁXIS.....	111
6.3.1	Dicotomia entre teoria e prática	111
6.3.2	Saberes gerenciais do enfermeiro.....	125
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
	REFERÊNCIAS	148
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	170
	APÊNDICE B- CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL	171
	ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	172

1 INTRODUÇÃO

O interesse em compreender aspectos relacionados à dinâmica das organizações hospitalares teve início desde os tempos de discente do curso de graduação em Enfermagem. Nas aulas práticas, convivendo com a realidade das instituições de saúde, descortinou-se uma significativa deficiência em relação ao planejamento e à organização no processo de trabalho do enfermeiro. A inquietação surgiu ao cursar a disciplina da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que afluou a percepção de que existia uma grande desarticulação que interferia na autonomia e na conduta do enfermeiro frente à programação de suas ações.

Em um primeiro momento, o foco da investigação foi em relação à formação dos enfermeiros por meio de um estudo de abordagem qualitativa fundamentado na Fenomenologia, em que busquei compreender o significado do Processo de Enfermagem (PE) pelos discentes do último período de graduação. No entanto, os resultados da pesquisa realizada com os discentes ainda não havia suprido a ansiedade de desvendar essa questão tão inerente à formação do enfermeiro.

Na procura por respostas aos questionamentos a respeito da SAE como instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro, busquei na Pós-graduação, nível mestrado, continuidade na mesma temática, visto que nos distintos serviços de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe de saúde e na organização do trabalho da enfermagem para os que requerem esses serviços.

É notório enfatizar que a organização hospitalar é uma das mais complexas dos serviços de saúde devido à coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos, de diversas linhas de produção simultânea e de uma fragmentação dos processos de decisão assistencial com a presença de uma equipe multiprofissional com elevado grau de autonomia. Dessa forma, utiliza a tecnologia de maneira intensiva e extensiva, podendo, ainda, constituir-se em espaço de ensino e de aprendizagem além de ser um campo de produção científica (OSMO, 2012).

Nesse contexto, o profissional enfermeiro vivencia um desafio na edificação e na compilação do conhecimento sobre o qual se fundamenta sua prática gerencial e assistencial. Faz parte desse desafio o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, para concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do cliente. Para tanto, o enfermeiro deve utilizar a SAE como um instrumento assistencial sistemático para o

planejamento, para a execução, para o controle e para a avaliação das ações de cuidados diretos e indiretos aos pacientes (GONÇALVES et al., 2007).

Ressalta-se que a enfermagem, ao longo de sua história, tem enfrentado inúmeros desafios na construção de sua identidade, na apropriação do seu objeto de trabalho, o cuidado, na obtenção do reconhecimento e na valorização de seu fazer. A profissão, como ciência do cuidar, tem se empenhado em conjunto com as instituições de saúde para desenvolver as atividades administrativas inerentes à gerência não mais como um trabalho subdividido, mas como um trabalho articulado com as demais áreas da saúde, em uma orquestração de saberes que envolvem diversos atores (PROCHNOW; LEITE; ERDMANN, 2005).

Compreende-se também que a gerência e a assistência de enfermagem são competências primordiais no cotidiano do enfermeiro, visando à excelência da qualidade na atenção à saúde oferecida ao paciente, à família e à coletividade com intervenção no processo saúde-doença. No entanto, ainda se observa que nem todas as instituições aplicam a SAE de modo planejado e organizado na gerência da assistência de enfermagem, sendo que a maioria delas tem sua prática cotidiana dirigida por normas e rotinas, visto que cada dia mais é cobrada do profissional enfermeiro a habilidade de trabalhar como preconiza a Lei do Exercício Profissional (COREN, 1986).

Na tentativa de facilitar a operacionalização da SAE, muitas vezes, a equipe de enfermagem, inicialmente, faz a opção de trabalhar de forma fragmentada. Mas esse trabalho sistematizado ainda está incipiente com a prática assistencial, estando mais presente no cenário ideal, norteado pelos modelos gerenciais e assistenciais fundamentados nas teorias administrativas do que no fazer real do cotidiano no cenário hospitalar.

Contudo, a SAE estabelece uma nova visão no gerenciamento do cuidado, requerendo para a gerência da assistência a incorporação de conhecimentos e a adoção de ferramentas e técnicas, visando à melhoria da qualidade no processo de trabalho do enfermeiro. Diante disso, vale ressaltar também que existem poucos estudos contextualizando a SAE em sua integralidade e complexidade. Assim, são mais comuns na literatura os estudos que abordam a SAE como sinonímia do PE e que estes instrumentos são aplicados nas mais diversas situações clínicas da assistência de enfermagem, principalmente na área hospitalar.

Nesse sentido, a SAE pode ser um instrumento fundamental para se alcançar a excelência da qualidade da assistência em planejamento e em organização, compreendida também como uma conotação gerencial, a qual requer que os enfermeiros desempenhem o papel de avaliar clinicamente o paciente, identificar seus diagnósticos de enfermagem,

promover intervenções e avaliar a evolução do processo saúde-doença apresentada pelo mesmo.

Todavia, fatores inerentes à própria estrutura e ao ensino da SAE, às características dos cenários da prática assistencial e, ainda, às habilidades e as competências dos profissionais têm dificultado sua implantação e implementação (CARVALHO et al., 2007). Acrescenta-se também o conhecimento pouco aprofundado por parte de alguns docentes sobre o assunto, o que tem ocasionado divergências entre os mesmos e insegurança nos discentes. Associado a isso, ainda encontra-se a pouca aplicação dessa metodologia nos campos de estágio, o que dificulta o entendimento por parte dos alunos que, por não vivenciarem a execução do método durante a sua formação acadêmica, acabam não sabendo como efetivar e concretizar a SAE na práxis profissional (ELIZALDE; ALMEIDA, 2006).

Para tanto, em relação à apropriação da operacionalização da SAE durante a formação, ainda é um desafio o processo ensino-aprendizagem desse instrumento assistencial de maneira sistemática por ser essencial no exercício da profissão, uma vez que é possível perceber que durante a formação profissional os estudantes utilizam a SAE de forma fragmentada e não reflexiva, sem relacionar os motivos ou razões que provocam as respostas dos pacientes a determinadas situações, refletindo na forma com que os mesmos desenvolvem seu processo de trabalho cotidiano (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007).

2 JUSTIFICATIVA

As transformações que ocorrem no mundo moderno vêm exigindo dos serviços de saúde constante atualização de suas práticas, requerendo dos profissionais um perfil diferenciado, para que possam se adequar às novas tecnologias e ao trabalho sempre mais compartilhado, visando à excelência da qualidade da assistência.

Observa-se que, na maioria das vezes, as instituições hospitalares ainda seguem o modelo biomédico e hospitalocêntrico, estabelecendo uma assistência baseada em normas e em rotinas preestabelecidas, inibidoras do desenvolvimento de processos crítico-participativo e criativo, capazes de modificar o processo saúde-doença dos clientes (JESUS et al., 2010).

No entanto, o cuidado prestado no hospital depende fundamentalmente da conjugação do trabalho de vários profissionais. A assistência de forma idealizada e planejada é a soma de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando entre os vários profissionais da enfermagem que circulam e produzem a vida no hospital (OSMO, 2012).

É importante ressaltar que o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa seu usuário, interage com outros profissionais e ocupa espaços para conseguir concretizar melhorias na assistência, sendo fundamental que se aproprie da SAE para transformar o processo de cuidar (CHRISTOVAM, 2009).

Partindo dessa premissa, é que se localiza a SAE como um dos instrumentos do processo assistencial do enfermeiro que pode contribuir para assegurar a qualidade da assistência, uma vez que a mesma contempla uma gama de ferramentas que inclui a comunicação, a interação e a articulação das dimensões gerenciais e assistenciais (TORRES et al., 2011).

Para tanto, formulam-se alguns questionamentos, tais como: “Quais os aspectos e mecanismos facilitadores utilizados pelo enfermeiro para a implementação da SAE? Quais os anseios, as dificuldades e as limitações que perpassam o cotidiano de trabalho do enfermeiro frente à SAE? Qual a formação do enfermeiro para a implementação da SAE?”

Acerca da relevância desse assunto, este estudo visa contribuir para a reflexão do enfermeiro sobre a necessidade da implementação da SAE como estratégia para o gerenciamento do cuidado, na conquista de assumir sua autonomia e seu espaço, na tentativa de romper a dicotomia entre o que é dito e o que é realizado no cotidiano da enfermagem, colaborando para o planejamento e para a organização da prática gerencial e assistencial.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro face à implementação da SAE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar mecanismos facilitadores e desafiadores para a implementação da SAE na prática de trabalho do enfermeiro.
- Analisar os modelos gerencial e assistencial que norteiam a práxis vivenciada pelos enfermeiros.
- Caracterizar o conhecimento do enfermeiro sobre a SAE, no que diz respeito as suas vivências na academia e aos diferentes significados atribuídas a ela, no exercício de sua prática profissional.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se a seguir os eixos teóricos que compõem este estudo, sendo eles: Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem; Modelos Gerenciais e Assistenciais de Enfermagem e a Interface com as Diretrizes para a Formação do Enfermeiro e, Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Trabalho Gerencial do Enfermeiro.

4.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

No trabalho em saúde, como produto final, obtém-se a construção do espaço intercessor entre o paciente e o profissional de saúde, em que este profissional satisfaz as necessidades do paciente, sendo as mesmas muitas vezes vistas como carência de saúde (MERHY, 2006). Diante disso, Peduzzi (2002) considera o trabalho em saúde como reflexivo e imprescindível à sociedade, tendo algumas semelhanças e diferenças com o modo de operar o trabalho na sociedade contemporânea. Consideram-se as semelhanças, pela alta tecnologia e pelo modo de gerenciamento fundamentado nos modelos tayloristas e fordistas, o que desencadeia vários conflitos nas relações profissionais e organizacionais.

O processo de trabalho pode ser definido como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do indivíduo que, para fazê-lo, emprega instrumentos. Ou seja, o trabalho é algo que o ser humano faz intencional e conscientemente, com o objetivo de produzir algum fruto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (MARX, 1994).

O trabalho de saúde e de enfermagem não produz bens a serem estocados e comercializados, mas, sim, serviços que são consumidos no ato da produção, isto é, na ocasião da assistência, sendo ela individual, grupal ou coletiva. No entanto, diferencia-se de outros serviços na medida em que se lida com um objeto humano, como os usuários e a sociedade, que trazem aos serviços de saúde necessidades relacionadas ao processo saúde-doença (FELLI; PEDUZZI, 2005).

O entendimento do trabalho como processo para a Enfermagem é uma construção relativamente recente (FRACOLLI; GRANJA, 2005). Assevera Sanna (2007) que o trabalho é visto como decorrência das necessidades do indivíduo como ser social, que são relacionadas à reprodução e à sobrevivência do corpo biológico. Refere, ainda, que os métodos de trabalho são ações organizadas de maneira a atender à finalidade, executados pelos agentes sobre os objetos de trabalho, empregando instrumentos selecionados, de forma a produzir o bem ou o serviço

que se deseja obter. Trata-se de uma ação inteligente, planejada e controlada, voltada para um objeto específico, que deverá produzir um resultado previamente imaginado pelo agente (SANNA, 2007).

Ao se discutir o processo de trabalho, Merhy (1997) apresenta o mesmo como fonte da vida humana e das relações sociais o qual compreende duas formas tecnológicas distintas, porém complementares de atuação: o trabalho morto e o trabalho vivo. O primeiro diz respeito ao conjunto de ferramentas e de dispositivos analíticos e técnicos que "estão postos aí", ou seja, não podem ser modificados pelo trabalho vivo em ato, mas que já se constituíram em trabalho vivo, uma vez que foram produzidos em outro processo de trabalho. Já o trabalho vivo, corresponde à forma criadora de fazer, dotado de sentido pleno que possibilita re-significar, repensar e revitalizar formas de saber-fazer (ou tecnologias) no trabalho. Sendo assim, o trabalho vivo é aquele que se dá em ato, é trabalho em ação, é trabalho que se realiza utilizando-se de certo saber operante e de determinados instrumentos materiais, com a possibilidade de expressão de criação por parte do trabalhador (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Sendo o trabalho em saúde fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, Merhy (2002) propõe que se tomem como eixo analítico vital dos modelos technoassistenciais as tecnologias e seus modos de articulação. Ele classifica as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-duras são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, o Taylorismo, o Fayolismo e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

A gerência que se utiliza mais de tecnologias leves, das relações, e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como co-responsáveis do trabalho em saúde, se contrapõe à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). As tecnologias leves podem ser importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pelo enfermeiro na busca da qualidade da assistência prestada aos clientes, uma vez que estabelecem intercessão entre os funcionários e os usuários, permitindo uma possibilidade de reconhecimento e de contentamento das necessidades dos indivíduos (ROSSI; SILVA, 2005).

Nesse contexto, a gestão hierarquizada e verticalizada designa dificuldade gerencial e fragmentação do processo de trabalho em quase todas as áreas. Para que possa ocorrer um trabalho integrado que contribua para o aumento do impacto das ações, é importante não

somente facilitar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, mas adotar um sistema que produza um compartilhamento simultâneo de responsabilidade pelas ações sistemáticas com definições de papéis (CAMPOS; DOMOTTI, 2007; CAMPOS et al., 2007).

Para Mishima (1995), o trabalho gerencial abrange quatro dimensões específicas e complementares, sendo elas: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania. A dimensão técnica envolve todos os conhecimentos e habilidades necessárias ao desenvolvimento das ações gerenciais; a dimensão política está vinculada à articulação que deve existir entre o processo de gerenciamento e as políticas sociais e de saúde; a dimensão comunicativa refere-se à habilidade em estabelecer negociação nas relações de trabalho e o desenvolvimento da cidadania é a função implícita de emancipação dos sujeitos sociais.

O trabalho de enfermagem, como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em quatro dimensões, como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, investigar/pesquisar e educar/ensinar; dentre elas, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006). Na dimensão cuidar, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral; na dimensão gerenciar, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Complementando, Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) enfatizam que o processo de trabalho “assistir” é o identificador da profissão do enfermeiro. O processo de trabalho “educar” é direcionado para a tentativa de transformação da consciência individual e coletiva da saúde dos seres humanos, de modo a agirem com autonomia. Assim, fica evidente que a comunicação é o elo que deve ser planejado para resultar em ensino e, não, em manipulação. E o processo de trabalho “gerenciar” é o trabalho proposto como privativo do enfermeiro, conforme a legislação do exercício profissional.

À luz dos elementos constitutivos do processo de trabalho na enfermagem, a definição da finalidade, do objeto do processo e dos instrumentos de intervenção para gerar os produtos de saúde devem adaptar-se à dinâmica das necessidades de saúde da clientela (OLIVEIRA; SPIRI, 2011). Para atender à finalidade do processo de trabalho em enfermagem os agentes utilizam as tecnologias para organizar o trabalho na produção em saúde face à assistência de enfermagem (SILVA; FONSECA, 2005).

No entanto, na práxis, há enfermeiros com bom desempenho na assistência e frágeis na administração de enfermagem ou o inverso, o que expressa que há uma dificuldade de

articulação entre as dimensões gerencial e assistencial. Com isso, percebe-se que o profissional enfermeiro que está na administração tende a valorizar essa ação como uma que subsidia a viabilização do cuidado; por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

As dimensões cuidar e gerenciar que compõem o processo de trabalho em enfermagem conformam uma rede, na qual é possível reconhecer a especificidade de cada um dos trabalhos especializados a partir da identificação e da compreensão dos respectivos elementos constituintes: objeto de intervenção, instrumentos, finalidade e agentes (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Na reflexão sobre a fragmentação do fazer gerencial e assistencial do enfermeiro, resgata-se que, no início do século XIX, Florence Nightingale destacou-se com grande importância na área da enfermagem a partir da sistematização de um campo de conhecimentos, estabelecendo “uma nova arte e uma nova ciência”, para a qual era preciso a educação formal, fundamentada sobre bases científicas (DAHER; SANTO; ESCUDEIRO, 2002). Nightingale idealizou uma profissão embasada em reflexões e em questionamentos, tendo por objetivo nomeá-la como uma estrutura de conhecimentos científicos distintos do modelo biomédico (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Identifica-se a partir dessa época a preocupação na enfermagem com a questão teórica na qual Florence define as premissas em que a profissão deveria se basear, instituindo um conhecimento de enfermagem direcionado à pessoa e às condições nas quais a precursora vivia (NIGHTINGALE, 1989).

A divisão do trabalho em enfermagem surge com Florence que instituiu disciplina rigorosa aos seus agentes, assim como o processo de hierarquia. Havia os profissionais que gerenciavam a assistência de enfermagem e os que executavam os cuidados com o paciente. Às gerentes, ela intitulava de *lady nurses*, que eram pessoas com classe social elevada e as assistenciais eram chamadas de *nurses*, de nível social inferior. Nesse contexto, o processo de trabalho em enfermagem apresenta a característica que envolve diferentes categorias, dentre elas, o enfermeiro, o auxiliar e o técnico de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997; PIRES; MATOS, 2006).

Complementam Tannure e Pinheiro (2009) que a enfermagem acostumou-se a depender de conceitos preexistentes que lhe definissem o que fazer, como fazer, por que fazer e quando fazer. Assim, sob a influência de vários fatores as enfermeiras começaram a questionar a origem da prática de enfermagem e a refletir sobre a mesma.

No entanto, ainda persistem muitos profissionais de enfermagem que consideram que esse fazer deve ter sua importância diminuída, pois se acostumaram a ouvir e a repetir que a Enfermagem deve se ocupar apenas do cuidar. Vale ressaltar que não há cuidado possível se não houver a coordenação do processo de trabalho assistencial em enfermagem (SPÍNDOLA; SANTOS, 2005; HAUSMANN, 2006).

O processo de trabalho em saúde e na enfermagem vem se adequando face às mudanças dos modelos gerenciais adotados pelas instituições que buscam a cada dia por uma gerência participativa e flexível, além de profissionais capacitados em desenvolver o trabalho de forma adequada e com qualidade, de maneira a cumprir os objetivos institucionais (SHIMBO; LACERDA; LABRONICI, 2008).

4.2 MODELOS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM E A INTERFACE COM AS DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Para avançar nas reflexões propostas a seguir, é preciso resgatar, à luz das afirmações mencionadas pelos autores, a fim de compreender as ideias de forma histórica e socialmente articuladas do modelo gerencial, as conceituações dos modelos gerenciais e assistenciais que permitem vislumbrar diferentes formas de intervenção sobre a realidade de saúde.

O gerenciamento em enfermagem, em especial no âmbito hospitalar, sofre forte influência da administração clássica e dos modelos conservadores, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado por divisão de trabalho, possuindo uma gestão hierarquizada e verticalizada com impessoalidade nas relações pessoais, entre outros (PIRES; MATOS, 2006). Nesse contexto, vale ressaltar que se adota um conceito de gerência em saúde e em enfermagem que vai além da teoria geral da administração e da abordagem burocrática, considerando-se a gerência como o instrumento do processo de trabalho que se compõe de quatro dimensões, sendo elas cuidar/assistir, administrar/gerenciar, investigar/pesquisar e educar/ensinar (MISHIMA et al., 1997).

A história da Teoria Geral da Administração aponta pelo menos cinco concepções ou variáveis destacadas pelas teorias administrativas concebidas: ênfase nas tarefas; ênfase na estrutura; ênfase nas pessoas; ênfase no ambiente e ênfase na tecnologia (DUSSAULT, 1992). A administração tanto em suas abordagens prescritivas e normativas, quanto nas explicativas e descritivas, aborda o planejamento, a organização, a direção e o controle de todas as atividades propostas pela divisão de trabalho, sendo que ao realizar a administração, este é o seguimento racional das tarefas (MISHIMA et al., 1997).

Complementando Mishima et al. (1997), as abordagens prescritivas e normativas seriam aquelas em que cabe o comando na administração sobre a equipe numa relação de submissão e obediência, sendo este comando transmitido por meio de um conjunto de normas visando à racionalização do trabalho.

Dessa forma, Almeida e Rocha (1997) na Enfermagem afirmam que o administrar é realizado apenas pelo enfermeiro, e o mesmo utiliza-se de instrumentos como os modelos de administração, normas e rotinas, força de trabalho dos auxiliares, equipamentos e materiais. Sua finalidade imediata é a organização e o controle do processo de trabalho, e a mediata, a de favorecer o cuidar para a cura.

Os processos de assistir e gerenciar quase não se tocam de forma paralela nas instituições hospitalares, rompendo a aliança desses dois eixos, o que poderá constituir o cuidar gerenciando e o gerenciar cuidando, interpretado para a criação de um novo paradigma (FERRAZ, 2000). Nessa premissa, estudos fazem referência a uma gestão participativa e flexível, que qualifica a assistência por meio da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial, uma articulação que se explica pelo gerenciamento do cuidado, que também se caracteriza pela ênfase na comunicação e na vinculação entre equipe de enfermagem e paciente (LIMA; ALMEIDA, 1999; ROSSI; SILVA, 2005; SPAGNOL; FERRAZ, 2002).

No que se refere aos modelos assistenciais na enfermagem, tem-se que os mesmos são definidos como um modo de combinar tecnologias materiais e não materiais, utilizadas nos serviços de saúde, visando ao enfrentamento de problemas individuais e coletivos, num determinado território para determinadas populações (PAIM, 2003).

Considera-se que os modelos assistenciais vigentes, no contexto da saúde brasileira, são apresentados como hegemônicos e alternativos. O primeiro está representado fundamentalmente pela concepção médica assistencial, curativista, hospitalocêntrica e o segundo modelo assistencial centrado no usuário/paciente, na Atenção Básica à Saúde e na integralidade do cuidado, em atendimento aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade, a integralidade, a equidade, a hierarquização, a regionalização e a participação e o controle social, princípios assegurados pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990; BRASIL, 1990).

Acrescenta Paim (2003) que, dentre os modelos hegemônicos, encontra-se o médico-assistencial privatista, centrado na doença e nos procedimentos, o qual se baseia na organização dos serviços em conformidade com a demanda espontânea, em que o usuário procura o atendimento de acordo com o seu sofrimento e/ou conhecimento quanto ao processo

saúde-doença. O modelo assistencial sanitário é uma forma complementar ao anterior, em que as instituições públicas atendem às necessidades de saúde da população, mediante as campanhas sanitárias e os programas de saúde pública. E, tanto as campanhas sanitárias como os programas de saúde se desenvolvem por meio de administração única e verticalizada.

Atualmente, os modelos assistenciais que apreciam os preceitos da Reforma Sanitária e do SUS são os definidos como alternativos, diferentemente daquele que tinha predominado até então, de caráter curativista, biologicista, individualista e hospitalocêntrico (PAIM, 2003). No âmbito da saúde brasileira, especialmente no que diz respeito às suas políticas norteadoras, observa-se uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, com o advento da Reforma Sanitária, a qual propôs novos conceitos que foram consolidados na Constituição Federal de 1988, pelo SUS, em seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (LUCENA et al., 2006).

Nesse sentido, as intervenções em saúde devem focar as relações dos sujeitos no seu cotidiano, superando a visão da coletividade como uma coleção de indivíduos homogêneos, cujo objeto da ação deixa de ser o corpo biológico para ser o corpo social nas questões saúde/doença (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Nessa perspectiva, observa-se que os enfermeiros dispõem de uma oportunidade ímpar para a construção de novas tecnologias de trabalho. Assim, alia-se à proposição de que o desafio da enfermagem é o de concretizar, na prática técnica, social e política, a ideologização e institucionalização de novos embasamentos para a práxis da enfermagem, como o cuidar para uma vida digna e saudável, direito de todo ser humano (ANTUNES; EGRY, 2001).

No contexto da profissão Enfermagem, existe a preocupação por parte das empresas de possuir profissionais, especialmente aqueles no posto de gerentes e líderes, capacitados para realizar ações estratégicas que agreguem valor à instituição, em vez de ser um obstáculo a mais na busca de resultados positivos (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

O Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Ensino Superior (CNE/CSE), pela Resolução CNE/CES n. 3/2001, recomendam que os profissionais de enfermagem devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, especialmente no que tange à formação dos enfermeiros, cumprindo seu papel de tomada de decisões, de comunicação, de liderança, de administração/gerenciamento e de educação permanente (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Complementando, a Resolução CNE/CES n. 3/2001 prioriza que a formação do egresso/profissional atenda às necessidades sociais da saúde, para atender ao Sistema Único

de Saúde, o SUS, garantindo a integralidade da atenção, a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Com isso, reforça o perfil de um profissional qualificado para o exercício da profissão que seja capaz de conhecer o processo saúde-doença dos indivíduos, sendo capaz de intervir nas dimensões biopsicossociais de seus determinantes.

Diante disso, cuidar e gerenciar tornaram-se práticas complementares no discurso teórico do cotidiano profissional. A dualidade entre cuidar, como sinônimo de trabalho manual, realizado pelos profissionais que estão na assistência, e gerenciar, como sinônimo de trabalho intelectual, desenvolvido primordialmente pelos enfermeiros que estão no ensino, teve seu nascedouro nas instituições de formação, conferindo a esse profissional um perfil típico: competência técnico-científica, mas inabilidade para a prática de gerenciar/assistir (DAHER; SANTO; ESCUDEIRO, 2002).

Desse modo, na administração e no gerenciamento de enfermagem, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes na equipe de saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Nesse sentido, os discentes de Enfermagem buscam aplicar o conhecimento teórico na prática, todavia as experiências no cenário clínico nem sempre correspondem ao esperado. São normais queixas sobre desarticulação entre a teoria e a prática. Diante disso, o preparo e a experiência do docente se torna imprescindível no contexto do ensino, da pesquisa e da extensão, como elemento facilitador do desenvolvimento de habilidade reflexiva, contribuindo para o processo reflexivo-na-ação e sobre-a-ação (WALDOW, 2009).

Pensando nisso, os enfermeiros devem ser mais instrumentalizados para melhor gerenciar os serviços de saúde e os de enfermagem, por se tratar um dos itens mais significativos da eficácia e da eficiência do gerenciamento do cuidado. A SAE está inserida na competência do planejamento e da organização do trabalho do enfermeiro e pode auxiliar na mudança das organizações de saúde, evitando doenças corporativas, existentes em algumas instituições, que acabam dificultando o sistema de gerir, avaliar e beneficiar o enfermeiro (RUTHES; CUNHA, 2007).

4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E O TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO

Primeiramente, é imprescindível ressaltar para melhor entendimento que a Enfermagem tem se voltado para a revisão de termos utilizados na prática profissional, bem como o seu significado e uso. Dentre eles, estão “sistematização da assistência de enfermagem” e “processo de enfermagem”. Sistematização pressupõe a organização do processo de trabalho em enfermagem, que por sua vez implica um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados (CARVALHO; BACHION, 2009).

Em sentido denotativo ou referencial, sistematizar significa tornar algo sistemático, ou seja, ordenado, metódico; coeso com determinada linha de pensamento e/ou de ação. A SAE pode ser entendida como a organização das condições necessárias à realização do PE, no que diz respeito a método, pessoal e instrumentos (LEOPARDI, 2006). Por seu turno, o termo processo, também em sentido denotativo ou referencial, indica uma sequência de estados de um fenômeno em momentos peculiares do tempo (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A partir dessa reflexão, o PE é entendido como um instrumento que qualifica o cuidado, sendo apontado como ferramenta assistencial, porém é referido como instrumento de planejamento e de organização da assistência, tendo uma conotação gerencial. Ele, ao mesmo tempo denota um instrumento do processo de trabalho assistencial e gerencial que recobre a totalidade tanto do cuidado como do gerenciamento de enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Diante disso, o PE se realiza como uma ferramenta que se constitui no interior do trabalho em enfermagem, produzindo-se em sua relação com as demais profissões da saúde. Nessa articulação, reconhece-se sua complementaridade com outros trabalhos (SCHWENGBER, 2008).

Dentre as distintas tecnologias desenvolvidas na prática, o PE pode contribuir para a melhora da qualidade do cuidado por permitir ao enfermeiro sistematizar suas intervenções de forma clara e organizada, centrada nas necessidades dos clientes. O PE é, portanto, uma tecnologia de cuidado que orienta uma sequência de raciocínio clínico, que pode ser utilizado pelos enfermeiros na prática profissional, corroborando o desencadeamento dos pensamentos e de juízos desenvolvidos durante a assistência (MARTINS; DAL SASSO, 2008; MURPHY et al., 2008).

Nesse contexto, fica evidente desfazer alguns equívocos originados nos caminhos do PE, destacando-se que não pode haver confusão na atividade material de preenchimento de formulários e de instrumentos com o processo intelectual de definir e de descrever as

situações-problema, bem como a tomada de decisão a respeito das ações de enfermagem necessárias à resolução desses problemas. Também se torna errôneo usar o PE com a exclusão na prática assistencial do uso de um referencial teórico. Em razão disso, os modelos de sistematização foram surgindo e logo se esgotando pelo uso estanque e carente de sentido (CORRÊA; SILVA; CRUZ, 2009).

É notório enfatizar que tanto a SAE quanto o PE se caracterizam com seus valores distintos segundo o comportamento em análise, em situação ou em grupo de pessoas (CARVALHO; BACHION, 2009). Obviamente, essas reflexões ainda perduram no cotidiano do enfermeiro. Necessita-se aprofundá-las em todos os campos da prática da enfermagem (ensino, assistência, pesquisa, gerenciamento do cuidado), de modo a promover usos terminológicos mais harmônicos e que os profissionais de enfermagem consigam fazer essa dialética entre um modelo gerencial/assistencial (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Esses elementos podem ser compreendidos, no caso da sistematização da assistência, por um conjunto de ações, uma sequência de passos, para alcance de um determinado fim. As diferentes estratégias de sistematização da assistência implicam a organização das condições, dos recursos materiais e humanos, além da competência técnico-legal e da valorização dada à sua contribuição, seja pela instituição, seja pelo profissional (CARVALHO; BACHION, 2009). Com isso, PE demanda uma sistematização consciente do processo de trabalho da enfermagem, a partir de uma metodologia apropriada à produção do cuidado necessário (LEOPARDI, 2006).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, estabelecida pela Lei do Exercício Profissional n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que preconiza como metas o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços, bem como a prescrição da assistência de enfermagem (COREN, 1986; LONGARAY; ALMEIDA; CEZARO, 2008). A mesma apresenta-se como um instrumento de trabalho gerencial e assistencial, no qual o enfermeiro lê as necessidades que o paciente apresenta, emite um julgamento sobre o que é necessário providenciar, planeja o que vai ser feito, executa ou delega essas ações e avalia seus resultados (SANNA, 2007).

Diante disso, a Resolução do COFEN n. 358/2009 preconiza que a SAE e a implementação do PE devem ser realizados, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009). A SAE é assumida como atividade específica do enfermeiro e também como um modo de apresentar a cientificidade do seu trabalho, por meio do qual busca promover melhor segurança e qualidade de vida ao paciente, despertando o profissional no

desenvolvimento de seu potencial terapêutico de forma ativa e ordenada (AMANTE et al., 2010).

Vale ressaltar que existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre as quais, podem-se citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. Trata-se de diferentes formas de se desenvolver a assistência, ou seja, diversos métodos podem ser utilizados para se solucionar uma dada situação, em um dado contexto, em um determinado tempo, com a finalidade de lançar resultados positivos para a saúde dos pacientes. Essas modalidades de agir não são excludentes e têm naturezas diferentes (CARVALHO; BACHION, 2009).

A SAE oferece a estrutura lógica para a atuação do enfermeiro que parte do controle organizacional do trabalho, dos processos de tomada de decisão, das competências necessárias para estes, com o objetivo de alcançar a assistência de forma holística, individualizada e contextualizada, voltada para resultados possíveis e desejáveis. É notório enfatizar que a SAE não é a assistência de enfermagem em si, e, sim, um instrumento assistencial que tem como finalidade oferecer uma estrutura dialética para o processo de trabalho do enfermeiro (CORRÊA; SILVA; CRUZ, 2009).

Compreende-se que, para obter um cuidado de enfermagem adequado e individualizado, é necessária a aplicação de uma metodologia criteriosa, a SAE, tendo fundamento em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam a assistência (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009). Dessa forma, a SAE é essencial para que o profissional enfermeiro possa gerenciar e desenvolver uma assistência de enfermagem mais segura, organizada e competente (BACKES et al., 2005).

Nesse contexto, é possível identificar a diferença entre a SAE e o PE, uma vez que este último envolve uma sequência de etapas específicas (avaliação clínica do paciente, diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo, família ou coletividade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado. Assim, pode-se dizer que se trata da expressão de raciocínio clínico do enfermeiro (CARVALHO; BACHION, 2009). A SAE é composta pela documentação das etapas do PE, sendo elas especificadas anteriormente. Essa divisão é evidenciada apenas didaticamente, uma vez que, na prática assistencial, a SAE é um processo dinâmico com etapas inter-relacionadas (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

5 CAMINHO METODOLÓGICO

O Caminho Metodológico desta investigação é composto pela abordagem metodológica, pelo cenário do estudo, pelos aspectos éticos, pelos participantes do estudo, bem como o trabalho de campo e a análise dos dados.

5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A opção para o caminho investigativo foi pela abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-Dialética.

Na perspectiva da pesquisa social, de orientação qualitativa, a metodologia assume um papel fundamental já que esta é compreendida entre “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (BORGES; LUZIO, 2010, p.18). O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus elementos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa é definida pela indagação de pesquisa, ou seja, o problema de pesquisa desvenda a intenção do pesquisador em estudar o significado dos fenômenos ou dos eventos, num determinado contexto, de acordo com os significados e com as interpretações dos colaboradores (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Este estudo, para analisar o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência instrumentalizado pela SAE, fundamentou-se nos eixos teóricos do Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem; dos Modelos Gerenciais e Assistenciais de Enfermagem e a Interface com as Diretrizes para a Formação do Enfermeiro e da Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Trabalho Gerencial do Enfermeiro.

A partir da reflexão sobre a dialética entre os eixos teóricos de análise e as categorias empíricas escolhidas a partir dos depoimentos dos sujeitos participantes do estudo, elegeu-se a Hermenêutica-Dialética a mais correspondente para este estudo, uma vez que a mesma adere aos objetivos propostos, sendo adequada para a compreensão da complexidade do conhecimento compartilhado da SAE, no mundo das significações, dos símbolos, sob a óptica e a experiência dos protagonistas envolvidos no processo de trabalho da enfermagem, ou seja, os enfermeiros inseridos no contexto da gerência da assistência.

Para tanto, a Hermenêutica- Dialética revela uma crença no processo de movimento que existe permanentemente na sociedade, bem como na edificação histórica e na capacidade de transformação e de superação das contradições por meio da práxis, isto é, permite uma apreensão radical da realidade, como o do cotidiano de trabalho, ou seja, uma unidade entre teoria e prática na busca de novas sínteses transformadoras nos planos de conhecimento e da realidade histórica (SILVA; SENA, 2003; FRIGOTTO, 1997).

Dessa forma, a hermenêutica representa, à luz de Minayo (2008), tanto para o século XX quanto para o século XXI, uma importante corrente do pensamento filosófico e das ciências humanas e sociais, apresentando como uma possibilidade metodológica geradora da mobilidade (movimentação) e da atitude epistemológica na pesquisa em Saúde e em Enfermagem. Assim, a arte da compreensão não trata apenas da interpretação de textos como tradicionalmente são pensados os estudos hermenêuticos. Todavia, o processo de entendimento está presente em todo decorrer da experiência de vida em que a linguagem escrita, falada ou simbólica demonstra aspectos da realidade humana.

Em conformidade, a mesma autora ressalta que a hermenêutica concebe o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade e a dialética alude ao método de abordagem deste real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, em sua provisoriedade e transformação. Busca aprender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais), e realizar a crítica das ideologias, isto é, do imbricamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com o interesse e com as lutas sociais de seu tempo (MINAYO, 2008).

A opção metodológica é assumida na crença e no ato consciente de que a pesquisa social no âmbito da saúde, sob o ponto de vista dialético, não depende apenas do conhecimento técnico. Determina-se, assim, uma postura intelectual, uma visão social da realidade e uma prática capazes de ir além dos fatos e das verdades contidas nos esquemas abstratos de determinações gerais, exigindo o rompimento com a ideologia dominante (FRIGOTTO, 1989). O pensamento dialético é aquele que leva ao questionamento e à modificação do social (GONÇALVES, 1995).

Para se utilizar o referencial da hermenêutica-dialética como marco teórico de interpretação, é preciso entendê-lo como teoria do conhecimento que tem como meta não só decifrar como transformar a realidade, dado que reconhece o papel político do homem enquanto agente social de transformação e não como mero receptor das influências sociais. Na visão de Marx, somente as ideias não são capazes de transformar o mundo, é preciso que

sejam submetidas à prática. Apenas quando se tornam forças materiais, ao levarem os homens à ação, é que as ideias podem transformar o mundo (MARX, 1985).

Nessa perspectiva, Minayo (2008) assevera que a dialética marxista “abarca não somente o sistema de analogias que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados”. Segundo ela, atualmente é preciso dar sustentação às pesquisas qualitativas para que estas contribuam para as análises sociais. Dessa forma, são entendidas como aquelas capazes de realizar a incorporação do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Diante disso, resgatando Demo (1989), dialética é a metodologia específica das ciências sociais, posto que possui critérios rigorosos para analisar os fenômenos históricos, uma vez que a mesma privilegia a contradição e o conflito predominando sobre o consenso; o fenômeno da mudança sobre a estabilidade; a hermenêutica; a totalidade e a unidade dos contrários.

Nesse contexto, significa que a SAE dentro da concepção Hermenêutica-Dialética pode sofrer mudanças no tempo e no espaço, provindas daquelas que dinamicamente movem o processo de trabalho do enfermeiro e, também a prática da Enfermagem. Implica-se, assim, que a Enfermagem, no âmbito da gerência e da assistência, não se caracteriza como mero objeto das transformações sociais, mas que elas serão também as que irão transformá-la.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo de desenvolvimento deste estudo foi o cenário de atuação do enfermeiro. Esse cenário constou de três Hospitais do município de Alfenas-MG. Esse município está localizado no Sul de Minas Gerais, possui população de 73.722 habitantes, de acordo com o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. Com 848,320 Km², a cidade é uma ilha de excelência em meio ao Lago de Furnas (REPRESENTAÇÃO, 2011). Possui três hospitais, sendo um público, Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro; um público de ensino, Hospital Universitário Alzira Velano (HUAV) e outro privado, Instituto de Medicina Especializada de Alfenas (Imesa), todos constituídos de diversas especialidades médicas.

O hospital público trata-se de um hospital geral de nível de complexidade terciário.

Possui em seu corpo de enfermagem, por ocasião da investigação, 27 enfermeiros, com capacidade para 120 leitos e taxa de ocupação média de 80%, sendo a principal referência na região para o Serviço de Oncologia. Oferece atendimento em clínica e em cirurgia geral, dando cobertura às diversas especialidades médicas como Cardiologia; Pneumologia; Neurologia; Endocrinologia; Gastroenterologia; Proctologia; Ortopedia e Traumatologia; Nefrologia; Urologia; Dermatologia; Obstetrícia; Ginecologia; Pediatria; Geriatria; Neonatologia; Oftalmologia; Cirurgia Plástica e Oncologia (SANTA CASA DE ALFENAS, 2012).

O hospital público de ensino foi inaugurado em 1992, sendo dedicado à assistência, ao ensino e à pesquisa, atuando no cuidado, na prevenção e na promoção da saúde, cumprindo sua missão e sua responsabilidade social. Possui 14.198,61 m² de área construída com capacidade para 150 leitos operacionais, distribuídos em oito unidades assistenciais: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Unidade Materno-Infantil, que compreende: Maternidade; Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica; UTI Adulto; Setor para Convênios e Particulares; UTI Neo-Natal e Pronto Socorro (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, 2012).

Esse hospital público de ensino possui em seu corpo de enfermagem 51 enfermeiros sendo referência regional em Gestação de Alto Risco; Urgência e Emergência; Neurocirurgia; Cirurgias Bucomaxilofaciais; Deformidades Crânio faciais; Lesões L biopalatais; UTI tipo 2; Hepatite tipo B e C; Prótese Auditiva; Prótese Ocular e Implante Coclear.   credenciado como Centro de Capta o e de Transplantes de C rneas e o Banco de Olhos, atendendo às regiões Sul e Sudoeste de Minas (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO, 2012).

O hospital privado tem uma área construída de 4621 m² com 50 leitos, divididos em seis leitos de Pronto Atendimento; cinco leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto; cinco leitos de semi-intensivo de neonatal e 34 leitos de internação. Seu corpo de enfermagem   constituído por sete enfermeiros. O mesmo agrega áreas de Bloco Cirúrgico; Central de Material de Esteriliza o; Laboratório; Serviço de Radiologia; Serviço de Nutri o e Dietética e Lavanderia (IMESA, 2012).

5.3 ASPECTOS  TICOS

Foram solicitadas as autoriza es prévias às Diretorias Clínicas ou Administra o das institui es que constituíram o cenário empírico deste estudo, sendo anexadas na Plataforma Brasil para a aprecia o do Comitê de  tica em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de

Alfenas (Unifal-MG), com aprovação segundo o Parecer nº 139.518, CAAE 08899312.8.0000.5142 (ANEXO A).

Conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasil (1996), os enfermeiros foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e da garantia do anonimato e, a seguir, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após o cumprimento do Protocolo Ético, iniciou-se a coleta de dados.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em princípio, no ideário da investigação científica, pretendeu-se trabalhar com todos os enfermeiros envolvidos no âmbito hospitalar, ou seja, os sete enfermeiros do hospital privado, 27 enfermeiros do hospital público, assim como os 51 do hospital público de ensino.

Foi realizado um primeiro contato com a Coordenação de Enfermagem de cada instituição referida e, em concordância com a Enfermeira Responsável Técnica (RT), foram estipuladas sugestões para o agendamento dos encontros, no que se referia ao dia, à hora e ao local.

No processo inicial de sensibilização, os sujeitos foram formalmente convidados, pessoalmente por carta convite, ou por via telefônica e eletrônica. Diante dessa oportunidade, foram apresentados os objetivos da pesquisa, a relevância da adesão dos mesmos à realização dessa investigação, a garantia do anonimato, buscando amenizar a preocupação de qualquer exposição futura.

É importante ressaltar que o retorno desses sujeitos foi parcial, comparecendo nos dias e horas agendados, por consonância dos convidados, apenas os que aceitaram participar desta pesquisa, assinando no início do encontro o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, havendo a participação de 32 dos 85 enfermeiros convidados. Constituíram-se, assim, os sujeitos deste estudo, quatro dos sete enfermeiros do hospital privado, 14 dos 27 enfermeiros do hospital público, e 14 dos 51 do hospital público de ensino.

Contudo, a definição da quantidade dos sujeitos em pesquisas qualitativas não se fundamenta no critério numérico para garantir sua representatividade, mas o que valida é a maior proximidade dos sujeitos sociais, ou seja, os enfermeiros do âmbito hospitalar, com o problema a ser investigado (MINAYO et al., 2004). Sendo assim, com o número de sujeitos reunidos nesta pesquisa, foi possível trazer clareza ao objeto investigado, podendo-se delineá-lo e refleti-lo em suas múltiplas dimensões.

5.5 O TRABALHO DE CAMPO

Para melhor compreensão do trabalho de campo, esta fase foi composta de três momentos a seguir: coleta de dados, período da investigação, bem como trabalhando com os grupos focais.

5.5.1 Coleta de dados

Nesta investigação, o procedimento de coletas de dados teve início com a caracterização dos participantes, ou seja, os enfermeiros da área hospitalar. Para a realização de tal caracterização, utilizou-se um roteiro previamente elaborado pelas pesquisadoras que foi aplicado com a enfermeira RT de cada instituição selecionada. Esse roteiro era composto de questões que caracterizam os enfermeiros participantes do estudo das diversas áreas assistenciais das instituições hospitalares de acordo com variáveis de formação e atuação profissional, tais como: tempo de experiência profissional, nível de formação: Graduação, Pós-Graduação *Lato Sensu ou Stricto Sensu*; tempo de serviço na instituição e se já foram técnicos de enfermagem antes de concluírem a Graduação em Enfermagem (APÊNDICE B).

Como técnica para a coleta do material empírico, optou-se pelo grupo focal, por possibilitar a expressão de subjetividade dos sujeitos. O grupo focal é direcionado quando se apresenta o interesse em compreender as diferentes perspectivas, ideias, indagações e comportamentos dos diferentes grupos entrevistados, bem como analisar os fatores que favorecem ou que impedem as motivações dos participantes no seu contexto de atuação, ou seja, no cenário desta pesquisa, o ambiente hospitalar (RESCK, 2006).

Cabe enfatizar que o grupo focal é adequado também para consultar estágios exploratórios de uma pesquisa, quando se quer ampliar a compreensão e a avaliação a respeito de um projeto, programa ou serviço, podendo ser associado a outras técnicas de coleta de dados, concomitantemente (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Os Grupos Focais são grupos de discussão que discorrem sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Essa técnica se torna diferenciada por suas características próprias, principalmente pelo processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados (KITZINGER; BARBOUR, 1999).

Nessa perspectiva, consiste em uma técnica de levantamento de dados muito rica para capturar formas de linguagem, expressões e tipos de comentários de determinado segmento,

ou seja, é uma técnica que apresenta limites em função do pequeno número e da forma de seleção desses participantes (GATTI, 2005).

Contudo, ressalta Gatti (2005), os grupos focais não podem ser extensos nem pequenos, ficando sua dimensão de preferência entre seis a doze participantes. O grupo focal tem sido utilizado com frequência na área da saúde, uma vez que o mesmo possibilita desvendar maiores discussões referentes à temática abordada.

Reiterando a escolha pelo grupo focal para a investigação, à luz de Westphal, Bogus e Faria (1996), tal técnica deve-se à oportunidade de envolver os participantes que constituíram os enfermeiros, num momento ímpar para contextualizar, refletir e analisar sobre o seu processo de trabalho na gerência da assistência instrumentalizado pela SAE, num processo interativo que gere diferentes pontos de vista, opiniões, críticas e sugestões, provindas das discussões motivadas pelas questões norteadoras.

Nos grupos focais, conforme Gatti (2005), consta-se de um moderador, podendo ser o próprio pesquisador ou outro profissional, capaz de coordenar o grupo com segurança, passando confiança e empatia para atingir os objetivos da pesquisa, sem criar conflitos, o qual neste estudo foi representado pela orientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unifal-MG. Em consonância, Bender e Ewbank (1994) relatam que também é necessária a presença de um observador, em registro, que foi representado pela pesquisadora.

O observador, por meio de uma observação direta, deve ter disciplina e seriedade ao fazer as anotações adequadas que serão observadas no comportamento dos participantes do grupo, incluindo suas reações verbais e não verbais no decorrer das atividades. Auxilia, ainda, no controle dos gravadores, no preparo do ambiente de forma a favorecer a comunicação e a participação do grupo, quando solicitado pelo moderador (KRUEGER, 1998).

De acordo com Ressel, Gualda e Gonzales (2002), para a organização do grupo focal, adota-se a disposição dos participantes em círculo para se obter maior interação face a face; da mesma maneira, o moderador e o observador ocupam posições distantes entre si, evitando a possibilidade de centralização. Diante disso, Meier e Kudlowiez (2003) ressaltam que a escolha do espaço físico é de suma importância para trazer acolhimento para as sessões em grupo. Para melhor acolhimento, antes das atividades realizadas com os grupos focais, utilizou-se o recurso da música ambiente e, após o encerramento das discussões, proporcionou-se uma confraternização para promover interação com os enfermeiros participantes.

O tempo de duração e o número de participantes de cada reunião grupal dependem muito do assunto em pauta. O ideal é que os encontros durem entre uma hora e meia e não mais que três horas, sendo que com uma ou duas sessões já é o suficiente para se obter as informações para uma boa análise (GATTI, 2005).

Para a realização do material empírico nos grupos focais, utilizou-se um roteiro com duas questões para orientar as atividades, envolvendo o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência, abordadas a cada enfermeiro participante. Para esse procedimento, foram utilizados três gravadores digitais distribuídos sobre a mesa, com o intuito de registrar na íntegra os discursos dos participantes.

As questões norteadoras definidas foram:

- 1) Fale como você desenvolve no dia-a-dia seu processo de trabalho na gerência da assistência (SAE).
- 2) A sua formação acadêmica possibilitou o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para a gerência da assistência (SAE)?

5.5.2 Período da investigação

Após aprovação do CEP e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos do estudo, a investigação dos dados ocorreu no período de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013.

5.5.3 Trabalhando com os grupos focais

No desenvolvimento dos trabalhos em conjunto aos grupos focais, de acordo com o Dimensionamento dos Enfermeiros de cada instituição, foram realizados seis encontros, envolvendo em um grupo os enfermeiros do hospital privado, em dois grupos os enfermeiros do hospital público e, por último, três grupos com os enfermeiros do hospital público de ensino. Vale ressaltar que cada grupo focal foi realizado na própria instituição hospitalar requerida.

Dessa forma, Aschidamini e Saupe (2004) mencionam que o número de sessões grupais não necessita de um número padrão, dependendo especialmente dos objetivos propostos no estudo, e que, no caso de diferentes grupos aos quais é colocada uma questão chave, um a dois encontros com cada grupo conseguem alcançar o objetivo.

O primeiro processo de sensibilização ocorreu no final do mês de novembro do ano de 2012, quando a Coordenação de Enfermagem foi previamente consultada para indicar qual seria o melhor dia e horário para o encontro. Uma vez estipulados tais agendamentos, o grupo focal aconteceu no dia 10/12/2012 às oito horas da manhã na sala de reuniões, envolvendo os enfermeiros do hospital privado, os quais, na fase de sensibilização, manifestaram grande interesse em participar do estudo.

Nesse encontro, visto que o Corpo de Enfermagem do hospital privado é composto por sete enfermeiros, sendo seis enfermeiras e um enfermeiro, contou com quatro enfermeiros, sendo dois do gênero feminino e um do masculino. Foram justificadas as faltas de três enfermeiras, sendo que uma se ausentou por motivos de saúde com exame marcado para a data do grupo focal; uma outra enfermeira por ter dado plantão de doze horas no dia anterior e a outra por ter filho pequeno e não ter com quem deixar. Contudo, constituiu-se de um grupo coeso, participativo, seguro nas exposições de suas vivências, após superação de visível tensão inicial por uma enfermeira, por meio de suporte elucidativo dado pela moderadora.

A primeira enfermeira compareceu exatamente às 7 h 50 minutos. Por estar já na instituição chegou toda motivada e disposta a participar da dinâmica. Ao ver que ainda não havia chegado nenhum de seus colegas de serviço, se retirou da sala e disse que retornaria às 8 horas. Alguns minutos se passaram e entrou mais uma enfermeira que ficou aguardando o início do Grupo Focal.

Uma vez que o grupo focal foi marcado para 8 horas da manhã, para não causar atraso, iniciou-se a dinâmica somente com as duas enfermeiras presentes. Assim, passados cinco minutos, às 8 h 05 minutos entrou na sala outro enfermeiro meio “afobado”, mas interessado. Nesse momento somente faltava uma enfermeira, cuja demora os demais participantes justificaram. Assim, às 8 h 10 minutos, a mesma compareceu para a participação na dinâmica. Nesse grupo, as discussões mantiveram-se por 50 minutos, esgotando-se pelos próprios sujeitos.

Após um mês da data do primeiro encontro, o segundo processo de sensibilização ocorreu no início do mês de janeiro do ano de 2013, quando a Coordenação de Enfermagem foi também previamente consultada para indicar qual seria o melhor dia e horário para o encontro. Uma vez estipulados tais agendamentos, o segundo e o terceiro encontro foram realizados no mesmo dia, porém com horários distintos, envolvendo os enfermeiros do hospital público e, como já explicitado, não é possível reunir em um único encontro mais de doze participantes, visto que a sobrecarga de compromissos e de horários de trabalho não foram compatíveis entre os sujeitos.

Assim, sendo o Corpo de Enfermagem do referido hospital constituído por 21 enfermeiras e seis enfermeiros, desses 27 enfermeiros, duas enfermeiras se encontravam de férias e uma de licença maternidade no ato da sensibilização. O primeiro Grupo Focal realizado no referido hospital no dia 17/01/2013 ocorreu no período da tarde, às treze horas e trinta minutos, na sala de reuniões da Unifal-MG, na própria instituição, onde compareceram sete enfermeiros, dentre eles, cinco do gênero feminino e dois do gênero masculino. Um dos enfermeiros do gênero masculino foi o primeiro a comparecer à sala, exatamente às 13 h 25 minutos. Chegou todo motivado e disposto a participar da dinâmica.

Com isso, o restante foi chegando e se colocando em seus lugares. O grupo focal estava marcado para 13 h 30 minutos, porém iniciou-se 13 h 45 minutos, devido ao atraso de uma das enfermeiras. Assim, deu-se início ao grupo focal. Vale ressaltar que o grupo estava bem interagido, mas um queria falar mais que o outro, ocorrendo muita sobreposição dos depoimentos.

Durante essa atividade, houve interferências por funcionários anunciando os enfermeiros que estavam de plantão naquela tarde. Esse grupo caracterizava-se pela participação efetiva de todos os enfermeiros, havendo alguns momentos de falas monopolizadas, ou seja, alguns participantes usavam mais a palavra do que outros, sendo estas últimas incentivadas a falar pela moderadora, sem perdas para a discussão, como também por vários desabafos dos enfermeiros, manifestando tensão, ansiedade e opressão. Nesse grupo, as discussões mantiveram por 45 minutos, esgotando-se pelos próprios sujeitos.

Para facilitar a presença dos enfermeiros que trabalhavam à noite, o segundo grupo focal ocorreu no período noturno, às 19 h 30 minutos, também na sala de reuniões da Unifal-MG, na própria instituição, onde compareceram sete enfermeiros dos setores de Terapia Intensiva, Supervisão Geral, Pronto Socorro e Hemodiálise.

Às 19 h 20 minutos, chegaram dois enfermeiros manifestando motivação e disposição de participarem da dinâmica. O restante foi chegando e se colocando em seus lugares. Uma vez que o grupo focal estava marcado para 19 h 30 minutos, iniciou-se o grupo com cinco minutos de atraso. Assim, passados os cinco minutos, às 19:35 hs entraram juntas na sala as duas últimas participantes, dando-se início ao grupo focal. Nesse grupo, as discussões mantiveram-se por uma hora e cinco minutos, esgotando-se pela própria moderadora.

Após 20 dias, no início do mês de fevereiro do ano de 2013, foi realizada a última sensibilização no hospital público de ensino, considerando-se por conta do número maior de enfermeiros inseridos em seu Corpo de Enfermagem, foi sugerida pela Coordenação de Enfermagem para maior comparecimento de todos os enfermeiros, a realização de três

encontros. O Corpo de Enfermagem do hospital público de ensino é composto por 51 enfermeiros, sendo constituído por 48 enfermeiras e três enfermeiros.

Ocorreram dois encontros no dia 14/02/2013 na referida instituição, o primeiro aconteceu no período da tarde, às 13 h 30 minutos no Centro de Ensino e Pesquisa (CEP), Bloco II, na sala amarela. Compareceram cinco enfermeiras.

Duas enfermeiras do plantão da manhã foram as primeiras a chegar exatamente às 13 h 20 minutos. Chegaram motivadas e dispostas a participar da dinâmica. Passados mais cinco minutos, chegou outra enfermeira. O tempo foi passando. Quando eram 13 h 35 minutos, chegaram mais duas enfermeiras, visto que é compreensível o atraso das mesmas, uma vez que estavam passando o plantão. Assim, ficaram aguardando o início do grupo focal. Aguardaram-se mais alguns minutos. Assim, às 13 h 40 minutos, deu-se o início do grupo focal. Nesse grupo, as discussões mantiveram-se por 55 minutos, esgotando-se pelos próprios participantes.

O segundo grupo focal foi realizado no período da noite, às 19 h 30 minutos, no CEP Bloco II, na sala amarela, ao qual compareceram quatro enfermeiras; dessas, duas enfermeiras chegaram juntas exatamente às 19 h 25 minutos muito motivadas e dispostas a participar da dinâmica.

O tempo foi passando. Depois de 15 minutos de atraso, chegou mais uma enfermeira, uma vez que é compreensível o atraso das enfermeiras, pois são poucos os funcionários do plantão noturno, dificultando a passagem de plantão. Assim ficaram aguardando o início do grupo focal. Aguardaram-se mais alguns minutos, pois havia uma enfermeira que estava cobrindo mais setores, tendo sido pedido para esperá-la. Destarte, iniciou-se o grupo somente com as quatro enfermeiras presentes. Em suma, houve interação entre as participantes, expuseram questões com relação ao dimensionamento de pessoal e à comunicação entre as equipes. Nesse grupo focal, as discussões perduraram por 50 minutos, esgotando-se pelos próprios sujeitos.

O terceiro e último encontro ocorreu no dia 15/02/2013, período da noite, às 19 h 30 minutos, no CEP Bloco II, na sala amarela, com a presença de cinco enfermeiras. Uma enfermeira foi a primeira a chegar ao local, exatamente às 19 h 15 minutos, uma vez que estava responsável naquele dia que tudo transcorresse bem. Chegou toda motivada e disposta a participar da dinâmica. O tempo foi passando. Depois de 20 minutos de atraso, chegaram mais duas enfermeiras. Aguardaram-se mais alguns minutos para a chegada de outra enfermeira que pediu para esperá-la. Assim, iniciou-se o grupo somente com as quatro enfermeiras presentes.

Contudo, passados mais 15 minutos, às 20 h 15 minutos, entrou na sala mais uma enfermeira, meio “afobada”, mas interessada, sendo acolhida pela moderadora e pelo grupo. Nesse momento, fez-se uma pausa, mas logo se retornou à dinâmica sendo justificada sua demora. Esse grupo caracterizou-se pela participação ativa de todos participantes, mas algumas enfermeiras apresentaram-se um pouco apreensivas, precisando de incentivo ao responder as questões norteadoras. Nesse grupo, as discussões perduraram por 55 minutos, esgotando-se pelos próprios sujeitos.

Vale ressaltar que é possível justificar a ausência de mais da metade do Corpo de Enfermagem do hospital público de ensino, uma vez que os enfermeiros que trabalham nos setores, tais como Diagnóstico, Banco de Sangue, Internação, Serviço Administrativo, Ambulatórios, dentre outros, em que não se utiliza a SAE de forma sistemática e organizada, não apresentaram interesse em participar da dinâmica, além de oito funcionários estarem em situação de Licença Médica, Maternidade ou férias.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Esta fase tem por finalidade exigir empenho e habilidade do pesquisador, já que envolve um conjunto de operações, de transformações, de reflexões e de comprovações dos dados, buscando extrair o significado do fenômeno estudado, a SAE. Porém, não é um processo estanque; é um processo concomitante à coleta de dados (DUARTE, 2002a).

Conforme Duarte (2002a, 2004b), ao final de um trabalho de campo, têm-se muitos dados derivados das entrevistas, dos registros escritos de conversas não gravadas; das notas de campo; dos materiais audiovisuais e das notas biográficas. Esse material deve ser organizado e categorizado de acordo com critérios flexíveis e em conformidade com o objetivo do estudo.

Neste estudo, a análise dos dados fundamentou-se na perspectiva lógica, em conformidade com o referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-Dialética, permitindo observar os dados empíricos com suas peculiaridades, sem perder de vista a conexão com o contexto histórico e social em que os sujeitos estarão inseridos.

Na análise qualitativa do material coletado nos grupos focais, é proposto por Iervolino e Pelicione (2001, p. 119) que é por meio da codificação dos dados via análise de conteúdo, que se enfatiza a “descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões e em quais contextos isso ocorre”. E a outra é pelo sumário etnográfico que se assenta “nas citações textuais dos participantes do grupo”. As formas citadas não são excludentes entre si, e podem ser combinadas em um só momento de análise.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para a análise e para a interpretação do material empírico, modalidade temática que, segundo Minayo (2010), busca os significados evidentes e concentrados nos dados qualitativos, coletados por meio dos discursos dos sujeitos.

Nesse contexto, a análise temática destaca o “tema” como unidade de significado que permite descobrir os “núcleos” do sentido que compõem as comunicações dos participantes da pesquisa, qualificados pela importância das “unidades de significado” identificadas (MINAYO, 2010).

Assim, a operacionalização da análise temática, citada pela referida autora, constitui-se de três fases básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise é considerada a fase organizativa do estudo. Esse primeiro passo consiste em organizar os dados coletados nos grupos focais, realizados com os participantes do estudo, os enfermeiros, em que a pesquisadora procede à transcrição dos gravadores digitais, respeitando os discursos dos sujeitos na íntegra.

Os participantes pertencentes a cada grupo foram identificados pela letra E de enfermeiro, e receberam uma numeração em algarismo arábico sequencial, garantindo-se, assim, o anonimato das falas. Desse modo, foram referenciados de E1 a E32.

As anotações de cada grupo focal realizado pela observadora (pesquisadora) configuram-se em um relatório que oferece suporte para a caracterização dos mesmos. Nesse momento, são retomados o objeto do estudo, os objetivos, os questionamentos e os pressupostos, direcionando a leitura do material impresso que parte do geral para o específico.

A fase nomeada exploração do material é a análise propriamente dita. Trata-se de um momento amplo do estudo, uma vez que o mesmo requer um movimento de ir e vir dos discursos no intuito de explorar com profundidade o material disponível, culminando na categorização, a qual oferece ao pesquisador uma transformação dos dados levantados em informações com significado sobre o estudo proposto.

Dessa forma, para a classificação do material empírico coletado nos grupos focais, foram realizadas incessantes releituras dos conteúdos transcritos em cada grupo, procurando-se identificar e grifar os trechos dos discursos correspondentes aos vários núcleos do sentido, sendo definidas para este estudo três grandes categorias empíricas as quais advêm dos discursos dos sujeitos que tratam das facilidades e desafios para a SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro; dos modelos conservadores vivenciados e da conformação de saberes do enfermeiro para a SAE na práxis.

Prosseguindo com a categorização do material empírico oriundo dos grupos focais, são realizadas exaustivas “leituras transversais” de cada corpo agrupado, a partir dos núcleos do sentido, relacionando-os entre os participantes deste estudo os enfermeiros do âmbito hospitalar. Neste momento, procurou-se fazer a minimização dos núcleos de sentido mais relevantes relacionados ao objeto e às questões dessa investigação. No entanto, nesse refinamento classificatório, é possível definir as subcategorias empíricas nos seguintes recortes:

Na categoria Facilidades e desafios para a SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro, identificaram-se três subcategorias empíricas: Trabalho em equipe; Operacionalização da SAE e Gestão de Pessoas.

Na categoria Modelos conservadores vivenciados, identificaram-se duas subcategorias empíricas: Centralização de Poder e Impasse na assistência: doença X integralidade do cuidado.

Na categoria Conformação de saberes do enfermeiro para a SAE na práxis, identificaram-se duas subcategorias empíricas: Dicotomia entre teoria e prática e Saberes gerenciais do enfermeiro.

A fase denominada tratamento dos resultados consente ao pesquisador propor inferências e realizar posteriores interpretações prenunciadas no quadro teórico, ou ainda vislumbrar novas frentes, servindo de base para uma outra análise, aludida pela leitura do material para novas dimensões teóricas, realizada pelo método da hermenêutica dialética.

Na análise final, procura-se, assim, baseando-se em Minayo (2010), articular o material empírico e o referencial teórico, num movimento interpretativo e de abstração, visando ultrapassar a simples descrição dos dados e estabelecer relações que possibilitem novas explicações. Com isso, busca-se o encontro com os fatos empíricos, retomando os fundamentos da teoria e estabelecendo articulações entre o ideal e o real, o geral e o particular, a teoria e a prática, o concreto e o abstrato, para construir uma nova aproximação do objeto, utilizando-se a Hermenêutica- Dialética, sendo as categorias analíticas, o Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem; os Modelos Gerenciais e Assistenciais de Enfermagem e a Interface com as Diretrizes para a Formação do Enfermeiro e Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Trabalho Gerencial do Enfermeiro, focalizando a SAE, que conformam os eixos teóricos apresentados na fundamentação deste estudo.

No entanto, na dimensão estrutural da análise, considera-se a proximidade dos dados empíricos ao contexto das transformações determinadas pelo Processo de Trabalho Gerencial

e Assistencial do Enfermeiro em relação ao planejamento e à organização de suas ações e aos modelos gerenciais e assistenciais existentes.

Na dimensão particular, a Práxis Formadora que delineia a formação do enfermeiro para sua práxis profissional procura ajustar os saberes gerenciais à práxis, numa perspectiva transformadora, atendendo às demandas dos profissionais e da vida. Assim, o cenário hospitalar torna-se para os enfermeiros, participantes desta investigação, o espaço intercessor entre o ensino e a realidade, entre a teoria e a prática, permitindo o desenvolvimento e a consolidação das competências gerenciais.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante resgatar para a análise do objeto deste estudo, a SAE como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência, as categorias analíticas, o Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem, os Modelos Gerenciais e Assistenciais de Enfermagem e a Interface das Diretrizes para a Formação do Enfermeiro e a SAE propriamente dita com o trabalho gerencial do enfermeiro, que conformam os eixos teóricos de fundamentação apresentados.

Por meio dos discursos dos enfermeiros participantes do estudo, foram identificadas três grandes categorias empíricas, sendo elas: Facilidades e desafios para a SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro, Modelos conservadores vivenciados e Conformação de saberes do enfermeiro para a SAE na práxis.

A primeira categoria diz respeito às facilidades e aos desafios para a SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro que englobam três subcategorias: o trabalho em equipe, a operacionalização da SAE e a gestão de pessoas.

A segunda categoria refere-se aos modelos conservadores vivenciados, identificando-se duas subcategorias empíricas, sendo a centralização de poder e o impasse na assistência: doença X integralidade do cuidado.

E, por último, a terceira categoria trata da conformação de saberes do enfermeiro para a SAE na práxis, apreendendo-se duas subcategorias empíricas, sendo a dicotomia entre teoria e prática e saberes gerenciais do enfermeiro.

Foi realizada prévia caracterização dos participantes deste estudo, ressaltando que todos os 32 enfermeiros são do âmbito hospitalar, responsáveis por unidades de setores de pequena, média e grande complexidades. Dentre esses enfermeiros, estão inseridos os Enfermeiros Responsáveis Técnicos (RT), bem como os Enfermeiros Coordenadores e Supervisores, sendo que todos, sem exceção, possuem um tipo de Pós-Graduação *Lato Sensu* e somente uma enfermeira possui Pós-Graduação *Stricto Sensu*. O tempo de serviço variou entre um ano até 25 anos de profissão; 10 desses enfermeiros foram graduados por instituições públicas e 22, por instituições privadas.

Vale ressaltar que dos 32 enfermeiros participantes deste estudo, 10 já foram técnicos de enfermagem antes de concluírem a Graduação em Enfermagem; duas enfermeiras possuem mais de 20 anos de formadas; sete, mais de 10 anos e o restante, entre um a 10 anos de formados.

6.1 FACILIDADES E DESAFIOS PARA A SAE NO COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

A Enfermagem como ciência do cuidar possui um vasto universo que perpassa as técnicas do fazer e, quando o enfermeiro detém a posse do saber, garante uma posição diferenciada como membro da equipe e enquanto líder no gerenciamento da Enfermagem. Frequentemente, desafios e facilidades são apresentados ao mundo corporativo, cabendo ao enfermeiro, dentro da sua realidade atual, buscar alternativas que respondam às necessidades dos recursos humanos de Enfermagem na organização hospitalar (RUTHES; CUNHA, 2007).

Assim, o conhecimento é um dos grandes valores de importância para o agir profissional do enfermeiro, uma vez que confere aos profissionais segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente, a sua equipe e às atividades na gerência da assistência. Isso se reflete na equipe de enfermagem, haja vista que o enfermeiro é o protagonista, tendo iniciativa para assumir condutas e atitudes que estão intimamente relacionadas ao conhecimento que o profissional possui, dado que o conhecimento fornece aos enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais correta e adequada (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

Esta categoria é composta por três subcategorias. A primeira aborda o trabalho em equipe, assunto este imprescindível para se alcançar a excelência da qualidade da assistência. A segunda subcategoria identifica e discute a operacionalização da SAE como ferramenta para o processo de trabalho do enfermeiro e a terceira subcategoria analisa a gestão de pessoas nas instituições hospitalares e sua interface nas divergências do processo de trabalho e na assistência.

6.1.1 Trabalho em equipe

À luz de Gramigna (2007), equipe e grupo são termos distintos, pois este último possui objetivos, por vezes divergentes, com base nos quais cada um se preocupa com seu próprio alvo. Já equipe, ao contrário, trabalha para um bem maior, um projeto coletivo, reconhecendo as contribuições individuais, vibrando com o resultado final.

Com isso, o trabalho em equipe é a base para ações integrais na saúde, atendendo com qualidade às demandas dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida, uma vez que a abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada e o mesmo

passa a ser atendido por todos os membros da equipe que também o envolvem na resolução de sua problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A atuação da equipe se torna melhor quando todos trabalham para um objetivo comum, e este deve ser claro, com o papel de cada integrante bem delineado (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003). O profissional enfermeiro, ao adquirir a competência de realizar o trabalho em equipe possui maior capacidade em lidar com problemas e desafios, em potencializar talentos e gerenciar trabalho em um ambiente de confiança e de satisfação. Contudo, o mesmo deixa de olhar apenas para si, podendo tornar-se capaz de compreender e reverter a complexidade das relações entre seres humanos, além de dar uma cobertura no desempenho global da instituição hospitalar, gerando mais lucros e excelência na qualidade dos serviços prestados (AGUIAR et al., 2005).

Assim, mesmo com um histórico individualista, as pessoas por vezes se deparam com problemas pessoais, o que prejudica a interação (GRAMIGNA, 2007). Esse fato foi percebido pelos enfermeiros ao relatarem dificuldades para gerenciar a equipe e o cuidado prestado:

[...] a gente lida muito também com as coisas boas e ruins [...] mas a equipe nos ajuda muito [...] a gente de dia tem muito contato com os médicos [...] eles passam para ver os pacientes, tudo eles reportam a gente e com isso é um benefício [...] (E2)

[...] cada um tem a sua individualidade, tem o seu tempo, tem o seu processo e por mais que a gente queira são pessoas únicas, você olha para pessoa e fala, meus problemas ficam em casa, no trabalho meus problemas são outros, não tem como, porque o ser humano é um só, ele é impossível de ser dividido [...] então, não tem como. (E20)

Dessa forma, acredita-se que o trabalho em equipe é um instrumento básico na arte de cuidar, uma vez que não há como desenvolver uma assistência de enfermagem de qualidade se não houver um trabalho em equipe. Nesse trabalho, as relações devem aprimorar a confiança, o respeito, a compreensão, a cooperação, a comunicação, enfim, a integração dos indivíduos que formam o ambiente de trabalho (ABREU et al., 2005).

[...] a base de qualquer coisa tem que ser o respeito não adianta, senão não vai. (E15)

Contudo, deve-se considerar cada profissional como um ser racional, social e emocional, que possui uma história, cultura e desejos próprios. Portanto, um ser complexo, que algumas vezes poderá não estar bem consigo mesmo e ou com os outros, podendo criar situações de conflitos, dando ênfase à importância de conhecer os pares de sua equipe, com a

finalidade de compreender esses momentos e atuar de forma conciliadora (FIGUEIREDO, 2002). Essas informações foram abordadas por alguns enfermeiros entrevistados, como segue:

Às vezes ele é devagar, mas ele é muito cuidadoso, dependendo do paciente, então ele se torna necessário ali. (E13)

[...] depende também até do funcionário, do colaborador, cada um tem o seu ritmo, às vezes, mesmo de manhã sendo mais corrido, porque tem atividades que não faz às vezes nos outros horários, que o CTI divide os banhos, nas alas é tudo de manhã. Então o que acontece, a gente sabe que também depende do colaborador, tem colaborador que tem uma certa destreza, facilidade, outros são um pouco mais devagar e aí não tem como você cobrar mais que aquilo que ele não consegue oferecer, então você tem que tentar trabalhar com ele daquela maneira, o que não pode ser todos da mesma ala igual, aí o enfermeiro está morto, tem que fazer essa miscigenação [...]. (E15)

[...] não são todos funcionários, porque tem uns que são umas gracinhas, atendem super bem, tem uns que é mais relaxado. (E31)

Em função disso, a aceitação de novas ideias do enfermeiro em relação aos membros da equipe de enfermagem leva à ruptura de práticas pré-estabelecidas, levando as pessoas a reavaliar seus valores, suas atitudes e seus comportamentos, conduzindo, assim, a um processo de realinhamento coletivo mais produtivo e prazeroso (MUNARI; BEZERRA, 2004).

Nessa perspectiva, para os enfermeiros líderes que atuam sobre um modelo de gestão participativo, com uma linguagem simples e direta, enumera uma série de comportamentos, de habilidades e de conhecimentos que podem nortear seu cotidiano, por vezes difícil e desgastante (GRAMIGNA, 2007). Assim, acrescenta-se a importância de trabalhar em equipe para estabelecer prioridades, o que pode ser evidenciado nos depoimentos:

[...] todo mundo trabalha igual, cada um com sua assistência, a gente avalia o paciente e de acordo com a necessidade você vai vendo a prioridade do momento do que tem que fazer. (E12)

[...] como a gente trabalha à noite, então a gente pega mais setores, então trabalha com prioridades. Então a gente vai ali, ajuda ali, resolve outro problema ali e sempre dando assistência naquele que mais precisa, e outra, não é só o paciente, é a família, o funcionário quando precisa, então a gente assim, trabalha em equipe mesmo. (E29)

A identificação do processo de trabalho permite compreender a percepção da equipe de enfermagem, quanto aos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumento, finalidade e produto final) e apreender, na assistência de enfermagem prestada,

as medidas de humanização adotadas e se as mesmas propiciam efeitos na qualidade da assistência de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2006).

No entanto, é fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres biopsicossociais, uma vez que se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podendo estabelecer relações interpessoais mais benéficas com os pacientes, os familiares e a equipe multiprofissional (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

[...] a gente tem uma interação boa com a equipe de enfermagem que são nossos subordinados diretos [...] a interação é bem linear, eles nos confiam, a gente toma decisões juntos, é bem multidisciplinar, bem participativo, percebo que a gente tem uma interação de equipe multiprofissional bem colaborativa [...] nós somos uma equipe [...] nós somos um corpo, então eu falo assim, se alguém falta, falta parte [...] (E1)

[...] com a equipe de enfermagem não tem problema, a interação da equipe é muito boa [...] a gente tem uma comunicação boa [...] que é muito importante [...] (E3)

Eu tenho um grupo muito bom, um grupo muito antigo, um grupo muito homogêneo, que já está comigo há um tempo bom, então assim eu tenho duas funcionárias que me acompanha desde que nós entramos aqui [...] (E27)

É importante destacar que no processo de trabalho diário do enfermeiro, ao relacionar-se com a equipe, podem ocorrer situações desgastantes como evidenciado nas falas de enfermeiros deste estudo:

Às vezes, a exigência que o enfermeiro faz com a equipe, é impossível de você cumprir, tem isso também que a gente tem que enxergar. (E3)

Tem muitos que querem cuidar do começo ao fim, mas a maioria, eles não conseguem psicologicamente [...] até que a gente consiga convencê-los que o melhor é atender o paciente da chegada até o dia da alta, é muito desgastante, eles se desgastam, eles acabam desgastando o supervisor porque toda hora eles chamam, toda hora eles reclamam. (E20)

[...] você chega, eles falam que o serviço está demais para eles, às vezes você vai cobrar para eles ficar trocando o paciente de três, quatro vezes, se tiver mais seis [...] nesse mesmo grau, aí você entende que ele também não está muito errado, porque você não pode cobrar, tem que ver o lado dele também, oh! [...] você vai fazer isso, isso, isso, você vê se ele tem condições de fazer isso. (E16)

Um aspecto importante que influencia no desenvolvimento do trabalho é o fato de os profissionais da equipe de enfermagem, geralmente, estarem vinculados a mais de um emprego, dupla jornada, horas extras, sobrecarga de trabalho sem descanso, resultando em

cansaço, tensão e irritação. Para compensar esse fato, há necessidade de dimensionar o pessoal de forma adequada para que o desgaste físico diário não afete diariamente o trabalho em equipe. O que é corroborado pelos discursos de E12 e E13:

[...] a gente costuma fazer o rodízio. Cada dia um está trabalhando no setor para que ninguém fique no setor pesado então a gente tenta girar [...] (E12)

[...] cada um tem um jeito de trabalhar, uns correm mais, outros são mais devagar [...] (E13)

Acrescenta-se também que as dificuldades de relacionamento e de comunicação resultam em transtornos para a equipe e, conseqüentemente, no trabalho desempenhado, como está explicitado na fala de E20:

[...] você aprende algumas técnicas de como conversar com a pessoa, como fazer com que ela não fique irritada, porque muitas vezes chega gritando na minha sala e sai agradecendo, mas ninguém parou para escutar ele.

Para que se alcance a interação, é necessário que exista um trabalho em equipe. Dessa forma, a falta de coleguismo e os problemas de relacionamento interpessoal podem interferir diretamente no seguimento natural das atividades, gerando desconforto para quem assiste, refletindo diretamente em quem é assistido (CORONETTI et al., 2006).

Considerando que os conflitos ocorrem frequentemente nas instituições hospitalares, a negociação apresenta-se como uma habilidade muito importante, pois a maioria dos trabalhos são executados em equipe, na qual os membros precisam trabalhar com os colegas sobre os quais não têm nenhuma autoridade (ROBBINS, 2002). Essa questão pode ser observada nos seguintes depoimentos:

[...] remanejamento [...] às vezes não quer sair entendeu, infelizmente a gente tem que chegar, conversar, às vezes dar advertência, eu já dei advertência para minha equipe inteira por conta disso, de não querer ajudar em outros setores, já tive muito problema, ainda tenho e sempre converso com elas a respeito disso [...] a gente tem que ajudar, tem que colaborar [...] (E29)

[...] eles têm uma resistência, sim, eu não vou não [...] porque quando a gente está apertado aqui eles não vêm ajudar. Outro dia eles não quiseram vir ajudar, então é essa mesma resistência, mas acaba indo sim [...] a gente conversa, o pior é não ir, depois a gente pode estar precisando também, eles não vão querer vir, aí acaba indo, mas tem essa resistência, sim. (E31)

[...] a respeito dos remanejamentos, comigo não é diferente, acontece a mesma coisa, a resistência é muito grande, mas aí a gente acaba conversando, tentando agradecer [...] olha no dia que precisar eles não vão

vir, vocês irão passar apertados, vocês trabalham para o hospital e assim a gente consegue através da escala de remanejamento fazer com que eles saiam e prestem a assistência aos outros setores que estão precisando. (E32)

Dessas acepções, o enfermeiro enfrenta alguns desafios para coordenar uma equipe, tais como: condições de trabalho precárias; baixos salários; profissionais que realizam o trabalho individual ao invés do coletivo; excesso de demanda de usuários pelo serviço que ocasiona falta de tempo para articular os diversos trabalhos e planejar as ações a serem desenvolvidas. Nesse contexto, os conflitos entre os membros da equipe existem, pois prevalece uma gama de opiniões e de posturas, profissionais que tentam controlar toda a organização hospitalar, enquanto outros se acomodam, não realizando adequadamente suas funções e acabam comprometendo a qualidade do trabalho (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).

A partir desses apontamentos, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento da assistência, agindo de acordo com seu nível de competência específico formando um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas e das necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade (NASCIMENTO et al., 2008).

Nos discursos a seguir, os enfermeiros percebem nitidamente a importância da interação da equipe de enfermagem para realizar o cuidado totalmente em prol do paciente:

[...] elas não fazem nada com dúvida, tudo elas me chamam, detectam alguma anormalidade, elas me chamam, perguntam se podem estar fazendo um procedimento diferente que não está prescrito, aí eu autorizo se for da conduta de enfermagem, dentro do meu ver. E da mesma forma, elas não fazem nada sem eu estar por perto, elas ficam meio apreensivas de ter um erro, aí elas pedem para reforçar, para estar junto, então sempre eu estou do lado delas. (E30)

[...] alguns gostam, tem funcionário que gosta que você vai lá, posso te ajudar, nesse posso te ajudar você avalia o paciente, você vê os potenciais de úlcera, você vê os de infecção por cateteres, você vê como que está o curativo, você vê como que está o cuidado dele com aquele [...] você tem cuidado ao manejar o paciente, outros já acham que você está vigiando. (E32)

Dá a necessidade, no papel de protagonista da enfermagem, o enfermeiro estar bem estabelecido para manter o planejamento e a organização das atividades com os membros da equipe e discutir propostas para a resolução dos problemas, tornando o seu trabalho reconhecido e valorizado (NASCIMENTO et al., 2008). Levando em consideração a sua

constante presença, saber lidar com o conflito é crucial para contribuir para o efetivo funcionamento das organizações de saúde e, em consequência, para a excelência da assistência aos clientes/usuários (VIVAR, 2006).

Contudo, Saulo e Wagner (2000) acrescentam que as tensões e o estresse no cuidado de saúde vão certamente continuar a existir e que o conflito vai persistir a ser uma condição inerente à área da enfermagem, pelo que é necessário saber administrá-lo. Essas tensões são apresentadas pelos enfermeiros participantes do estudo:

[...] você chama várias vezes a atenção do funcionário do mesmo motivo ele não corrige [...] (E15)

Às vezes, o funcionário é difícil e fala eu fiz isso aqui a vida inteira. (E26)

[...] se eles imaginarem que você está ali para ser contra eles, aí você está perdido, você tem que pegar eles como aliados. (E27)

[...] quando eu entrei, eu também [...] ah! está chegando agora, está querendo por ordem, está querendo mostrar serviço, é desse jeito. Então no começo a gente tem um pouquinho de problema, mas depois você vai acostumando, o pessoal vai acostumando com o seu jeito, você vai se adequando [...] (E32)

De acordo com Leite e Vila (2005), em um estudo acerca das dificuldades vivenciadas pela equipe de saúde, um dos principais obstáculos causadores de estresse para a equipe multiprofissional é a própria equipe. Essa dificuldade decorre da falta de compromisso de alguns membros, o que interfere negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, o que é mencionado pelo enfermeiro E19:

[...] sabe quando você não assume compromisso nenhum com aquele paciente, aí você não sabe se o paciente morreu, se o paciente melhorou, o que foi que aconteceu, então a gente, eu acho que é questão de trabalho mesmo [...] a gente não sabe lidar com pessoas.

Pode-se compreender, com base em Marquis e Huston (2005), que algumas das fontes mais corriqueiras de conflito organizacional situam-se em problemas de comunicação, na estrutura organizacional e no comportamento individual nas organizações, como explicitam E15 e E29:

[...] porque o enfermeiro não consegue ter uma relação, porque ele não aceita nada e ele continua batendo tecla não vai fazer e como é que faz, aí o enfermeiro fica sem ação, ele delega uma coisa e ele não faz, a gente sabe que isso acontece. (E15)

[...] sim, tinha algum problema [...] às vezes de relacionamento [...] sempre tem, alguns falam, ah! ... já foi técnica quer mandar que não sei o que, mas às vezes, a gente fala alguma coisa, direciona alguma coisa, delega alguma função, eles acham que a gente está mandando [...] depois aos poucos foram entendendo que é uma hierarquia, infelizmente eu tenho que falar, eu tenho que delegar e ali a gente faz junto, trabalha junto, aí acontece. (E29)

Existem várias fontes de conflito envolvendo os profissionais da equipe de enfermagem, sendo referido por Mcvlar (2003) e Cox (2003) que algumas das mais importantes fontes de conflito na enfermagem são as divergências entre o estilo de administração das chefias e as perspectivas da equipe; gestão de pessoas e recursos materiais limitados, resultando em níveis mais elevados de estresse; acrescentando-se, ainda, a falta de interação e competição no grupo de trabalho, o que pode ser apreendido nas falas de E8 e E9:

A enfermagem qualquer um aqui concorda comigo, a enfermagem não tem ética profissional. A enfermagem não é unida. É um querendo falar mal do trabalho do outro e todos é o mesmo trabalho, é tudo a mesma coisa, às vezes eu chego, é tudo a mesma coisa, só vai dar continuidade naquilo e é um falando mal do trabalho do outro, sendo que é tudo a mesma coisa [...] (E8)

É um querendo engolir o outro. (E9)

Outra questão que influencia no trabalho em equipe é apresentada por Peduzzi (2001), a qual ressalta que na equipe de saúde existem não somente trabalhos diferentes no aspecto técnico, como também desiguais no que diz respeito à valorização social. Algumas profissões são consideradas superiores a outras e existem relações de subordinação que respeitam uma hierarquia entre os profissionais. As diferenças técnicas transformam-se em desigualdades sociais entre os agentes do trabalho. A equipe acaba por expressar essas diferenças e desigualdades como está explicitado nos depoimentos de E10 e E19:

Às vezes, eu acabo fazendo para eles mesmos, para evitar muita coisa eu acabo fazendo para não criar caso entre eles por um tempo até eles irem se acostumando com a ideia [...] aceitando a gente aqui. É um pouco difícil. (E10)

[...] acho que nem um processo é engessado, tem profissional que não vai ter esse perfil, então esse profissional a gente tem que achar outra área para ele, por exemplo, bloco cirúrgico, um outro setor [...] (E19)

Marques et al. (2004), em estudo realizado referente à gestão de conflitos em instituições de saúde, afirmam que os conflitos interprofissionais são uma realidade nesse tipo de organização. Neste estudo, os conflitos foram analisados em três grandes categorias: comunicacionais, pessoais e estruturais. A predominância é dos conflitos pessoais e

estruturais. Os conflitos pessoais em instituições de saúde são significativos uma vez que existe a necessidade de trabalhar em equipes multidisciplinares. Os conflitos estruturais surgem pela falta de organização das instituições e pela deficiência na área de formação em gestão e em liderança por parte das chefias, o que se apreende pela fala de E10:

Eu tenho funcionário que é um pouco desatento, que você não consegue prender, manipular, entre aspas, colocar ele no devido lugar, vai ser assim que você tem que fazer [...] isso é difícil, muito difícil, porque também tem funcionário mais antigo que não consegue seguir seu ritmo, que não aceita a mudança que você quer fazer, é muito difícil a gente conseguir isso. Às vezes, a gente acaba cedendo, ah! [...] então pode fazer o que você quer fazer para você não criar caso, isso é muito difícil, é funcionário que eu digo [...] que é muito rebelde, que você tenta falar não é assim que você tem que fazer, do mesmo jeito presta atenção no que você está fazendo e, mesmo assim, ainda faz errado, eu acho que eu tenho mais dificuldade que facilidade.

O conflito pode ser um problema grave em uma organização, podendo gerar situações caóticas que impossibilitam o trabalho em equipe. Contudo, nem sempre o conflito tem uma conotação negativa, podendo até, em determinados níveis, ser benéfico para a vida organizacional, promovendo a mudança e a inovação (ROBBINS, 2002). Esse conflito associado ao excesso de trabalho e ao grande número de clientes pode impossibilitar o enfermeiro de promover mudanças nas instituições, o que é referido na fala de E18:

[...] para fazer protocolo, essas coisas, tem que reunir todo mundo, por mais que seja de setores diferentes, eu tenho que validar, mas eu tenho paciente da Hemodiálise, tenho paciente da Oncologia, então assim, todo mundo deve sentar e fazer um protocolo junto, tem que ser uma coisa estruturada para todo mundo.

Por outro lado, as consequências destrutivas dos conflitos nas estruturas organizacionais são mais do conhecimento geral. Entre essas consequências, destacam-se o descontentamento e a insatisfação, a redução da eficácia das equipes, as deficiências na comunicação, a redução da coesão da equipe e a primazia das lutas em relação aos objetivos da organização (ROBBINS, 2002).

[...] você não reúne todos os enfermeiros, você não consegue nem a metade dos enfermeiros quando você precisa, assim sentar todo mundo, reunir e tentar, só que tem que ter uma coisa em conjunto e que é difícil a gente entrar em conjunto aqui porque é grande, é cada um em um setor, sim, mas assim, todo mundo tinha que ter um [...] (E18)

Uma equipe é uma aliança que compreende seus objetivos e que os tenta alcançar de forma compartilhada. A comunicação precisa ser verdadeira e as opiniões contrárias devem ser encorajadas, uma vez que existe uma confiança grande, pelo que não há problemas em assumir riscos. As capacidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados, o respeito, a mente aberta e a cooperação são constantes e o grupo investe no seu crescimento (MOSCOVICI, 2003).

Assim, com base no conceito de equipe de Moscovici (2003), facilmente se percebe que nem todos os grupos que trabalham nas organizações de saúde, particularmente no âmbito hospitalar, são verdadeiras equipes.

O trabalho em saúde envolve trabalho em equipe, arranjos institucionais complexos e relacionamentos constantes entre seres humanos prestadores de cuidados de saúde e, entre estes, seres humanos portadores de carência de saúde. No cotidiano dos serviços de saúde, existem aproximações e distanciamentos entre as necessidades dos trabalhadores e dos usuários e diferenças inerentes às individualidades dos seres humanos (ALMEIDA, 2007).

Coadunam-se com essas reflexões Michael e Brian (2003) quando estes ressaltam que o conflito existe na interação das equipes e que a chave de um trabalho efetivo é gerenciar o conflito. É importante escolher técnicas adequadas de gerenciamento de conflitos e mantê-las em um nível razoável. Relembrem, ainda, a importância da criatividade, do vínculo, da escuta de manter canais de comunicação abertos, de engajar os membros da equipe no processo de tomada de decisão. Essas premissas foram relatadas pelos enfermeiros E27 e E29:

Eles conseguem andar bastante com as próprias pernas, mas ao mesmo tempo eles sempre dão aquele toque, olha eu estou correta, você quer alterar alguma coisa, você quer mudar alguma coisa, você quer vir dar uma olhada, eu sempre peço muito isso para eles, porque às vezes você não está junto, de repente você não consegue fazer essa prescrição verbal, mas eles chamam, olha vem cá, olha aqui para mim, é isso mesmo que você quer, você quer que mude, então isso eu consigo bastante com eles [...] (E27)

[...] é um trabalho em equipe [...] eu sempre assim, se eu não dou conta, porque às vezes eles chegam e falam nossa estou com um problema [...] eu falei gente eu não sei, mas eu vou resolver, vou tentar resolver o problema, e a gente vai solucionar e sempre corria atrás, eu nunca deixava eles com dúvida [...] Qualquer coisinha que detectam me chamam para gente já ver o que vai fazer, qual que é o direcionamento, qual que é a conduta e o que a gente ali da enfermagem pode resolver a gente resolve em equipe, senão a gente chama o médico [...] (E29)

Complementando a análise, Pires, Gelbcke e Matos (2004) referem que a fragmentação do trabalho, a especialização crescente, a hierarquia rígida, o desequilíbrio das

cargas de trabalho e a alienação do trabalhador são apontados como típicos do processo de trabalho em saúde, por serem fatores capazes, por si só, de estar na origem de inúmeras tensões e conflitos, como aponta E10:

[...] a gente acaba fazendo a função deles para o paciente não ficar sem a assistência.

De acordo com Deslandes (2000), no cotidiano dos hospitais, coexistem regras formais e informais que são empregadas de acordo com a situação e com as negociações estabelecidas entre os intervenientes no processo de trabalho. Corroborando, Marquis e Huston (2005) apresentam que resolver conflitos de maneira adequada exige habilidades de liderança e funções gerenciais em todos os níveis da hierarquia organizacional, como está evidenciado na fala de E15:

[...] o supervisor nem sempre é adorado por todos, mas tem que ser respeitado, porque respeito mútuo no serviço, a gente tem que visar o lado profissional e não o lado pessoal. Eu vejo muitos colegas enfermeiros, às vezes, queixar de alguns colaboradores, é uma queixa global vamos dizer assim [...] infelizmente mantêm do mesmo jeito, não é corrigido e aí acaba dificultando o trabalho do enfermeiro [...]

Os conflitos são inerentes à vida das pessoas e podem ser considerados como situações de discordâncias sejam elas internas ou externas, como resultado de ideias, de valores ou de sentimentos diferentes. Assim, quando pensamos em uma empresa, em uma instituição ou em um serviço, é natural que por serem constituídas por seres humanos com histórias de vida diferentes, com conceitos, com valores, enfim uma série de aspectos que fazem com que cada um seja um ser único e insubstituível é normal e até esperado que os conflitos se façam presentes (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Complementam Marquis e Huston (2010) que, com a evolução das teorias administrativas, houve uma mudança na compreensão do papel dos conflitos nas organizações e atualmente eles são considerados como fenômenos esperados e que ocorrem naturalmente, não devendo ser evitados ou estimulados, mas, sim, eles devem ser gerenciados, como pode ser apreendido no depoimento de E30 que busca resolver o conflito face à situação de resistência vivenciada:

Eles não tem a visão que são funcionários da empresa inteira, eles acham que é só de um setor, tanto é que eu já tive problema, tive que fazer comunicado interno, evento adverso, porque, tipo assim, eu vi que o paciente precisando de assistência, ela simplesmente falou que não ia, não

ia e pronto acabou, tive que tomar uma conduta, aí foi até para Comissão de Ética. Então a resistência é porque eles acham que não precisam dar assistência em outros setores porque eles são contratados ali daquele setor e ponto. (E30)

Acrescentam Ciampone e Kurcgant (2010) que nas organizações de saúde os conflitos estão presentes o tempo todo, daí a importância de o enfermeiro estar sempre estudando e discutindo como gerenciar conflitos, uma vez que estes são necessários para o desenvolvimento e para o crescimento de qualquer organização, como apresentam E15, E20 e E27 em seus depoimentos:

[...] perde a autonomia, mistura tudo, não pode ser assim, a gente sabe porque eu vi já colegas enfermeiros reclamar de funcionário já n vezes, acho que todo mundo sabe e daí ela continua fazendo a mesma coisa e taca no coitado do enfermeiro e aí como é que faz com o enfermeiro? Como ele vai atuar nisso? Ele também precisa trabalhar. Ele vai fazer vista grossa e deixar a pessoa não fazer nada? [...] Aí também é errado. (E15)

[...] infelizmente, lidar com pessoas é muito difícil. (E20)

[...] quando você pega uma equipe com pessoas mais velhas, você olha e fala, meu Deus do céu. (E27)

Complementam Ciampone e Kurcgant (2010) que são muitos os obstáculos que estão presentes no dia a dia do trabalho do enfermeiro, dentre eles, as discordâncias, as diferenças quanto a ideias, a valores, a personalidades ou a sentimentos; a falha na comunicação (mal-entendidos), os comportamentos agressivos; o estresse/cansaço físico e emocional; o desrespeito à pessoa; o limite e ou invasão de espaço; a alta rotatividade; a falta de confiança e o estilo de liderança; o que está evidenciado nas falas de E15 e E25:

[...] não tem condições mais de trabalhar com fulano, ele não aceita o que a gente fala nem nada e eu já chamei a atenção várias vezes, já fiz educação continuada sobre isso mas não adianta [...] (E15)

[...] no meu caso, como eu fico em setores abertos, tem todas as dificuldades, por exemplo, nos meus setores a rotatividade dos funcionários é muito grande, então, assim, é difícil você ter companheirismo, aquela interação, são setores de dois funcionários só, são setores pequenos, cada um com dois funcionários, aí também toda hora muda os funcionários, aí na hora que você está se entrosando, muda [...] eu também rodo muito, cubro as férias das meninas. (E25)

Resgatando o depoimento de E15, *[...] a gente sabe também que tem funcionário, agora a gente chama de colaborador, que ele é mais flexível, aceita mais, outros são mais difíceis [...]*, Marquis e Huston (2010) complementam que, a partir dessas atitudes, o enfermeiro, frente a

uma situação de conflito, tem como objetivo criar uma solução que seja satisfatória para todos os envolvidos, o que nem sempre é possível, fazendo com que esse profissional tenha então que utilizar de estratégias que o auxiliem a diminuir as diferenças de percepção.

Gerenciar conflitos significa identificá-los, descobrir como as condições antecedentes se combinam para chegar ao comportamento na situação específica e tentar interferir em seu processo para que o mínimo possível dos envolvidos se considere perdedor e para que sua dinâmica interfira não mais do que o indispensável no andamento da estrutura organizacional (MALIK, 2002). Com o depoimento do enfermeiro E32, é possível observar que uma grande dificuldade no gerenciar conflitos é a questão da resistência do colaborador existente no serviço:

[...] resistência de quem está junto que acha que você está vigiando, funcionário acha que você está vigiando, eu já ouvi isso várias vezes, ah! você está me vigiando, não [...] eu não estou te vigiando, eu estou te supervisionando, eu estou te ajudando, eu estou olhando o paciente. Então são dois lados, prestar assistência ao paciente.

Desse modo, as relações devem acontecer de forma horizontal, participativa, de pessoa a pessoa, reconhecendo e valorizando cada um em sua esfera de trabalho, estimulando o potencial de sua criatividade e de sua liberdade para a construção e para a transformação da realidade do ambiente vivenciado. Para que essa transformação ocorra, torna-se necessário que haja reflexão, diálogo, escuta e autossensibilização em forma de ações democráticas e participativas, envolvendo toda a equipe (BACKES, LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006). Esse fato é referenciado pelo enfermeiro E27:

[...] eu sentei com eles e falei: olha gente como vocês podem ver, eu tenho vinte e dois anos, eu sou uma pessoa que está saindo de casa agora, venho de uma cidade pequenininha, onde meu pai e minha mãe a vida inteira fez tudo para mim, então que eu preciso aqui de vocês, ajuda, eu venho para somar, mas eu quero, eu tenho certeza que vocês tem muito para me acrescentar, vocês tem toda a técnica de anos, eu tenho a teoria e tenho uma técnica não tão apurada quanto a de vocês, então eu preciso de ajuda, eu preciso que a gente trabalhe junto e vamos desenvolver, porque em conjunto a gente vai conseguindo fazer alguma coisa e foi dessa forma que eu fui conseguindo [...]

Em função disso, a proposta de humanização do Ministério da Saúde implementa uma melhora nas relações tanto do profissional com o cliente quando do profissional com o profissional. Essas relações podem, da mesma forma, trazer sofrimento, prazer e benefício ao trabalhador. Para que ocorra uma melhora das relações, torna-se necessário o delineamento de

filosofias de trabalho coletivo, mantendo um bom relacionamento com o paciente e com a família, como também com os colegas de trabalho, estabelecendo inter-relações saudáveis que melhorem o ambiente e a qualidade de vida dentro do mesmo (BECK et al., 2007).

Nesse contexto, as relações dentro do ambiente de trabalho também são influenciadas pelo cuidado que o profissional tem com sua saúde e com seu comportamento. O trabalhador de enfermagem necessita que o ambiente lhe proporcione um incentivo quanto ao cuidado de sua própria saúde, espaços onde estes exercitem o autocuidado físico e mental. Essa sensibilização da equipe faz com que a mesma promova o cuidado de si e do próximo, sendo ele cliente ou colega de trabalho (OLINISKI; LACERDA, 2006). Nos depoimentos de E27 e E32, é possível perceber a preocupação dos enfermeiros com a relação entre profissional e profissional e paciente:

Tem que ter a parceria dos colegas de trabalho, principalmente para quem está chegando, se não tem, você não consegue, você não vai para frente. Depois que você cria um vínculo, isso facilita muito. (E27)

Eu gosto dessa palavra “posso te ajudar”, você está precisando de alguma coisa, eu acho que aproxima porque são doze horas que nós ficamos juntos com eles, é muito tempo, se conhece cada um, então você sabe o jeito de falar com cada um, tem uns que você precisa ser mais forte, tem outros que você tem que ser mais manhosa [...] (E32)

É necessário incorporar amor nas relações interpessoais, administrando os ressentimentos, devendo o profissional se colocar no lugar do outro. Esse aspecto ajuda a desenvolver um aumento de autoestima, favorecendo o reconhecimento, o prestígio e a autonomia profissional, possibilitando-lhe o desenvolvimento de habilidades emocionais de enfrentamento e cria alternativas para superar frustrações presentes nesse ambiente (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Com isso, o trabalhador valorizado articula e harmoniza seu ambiente de trabalho e consegue o máximo de rendimento com prazer e realização (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006). Colaborar para a saúde e para o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores e do espaço favorece uma melhora da produtividade e do serviço prestado ao cliente (CAVALCANTI, 2002).

Em suma, a sistematização das ações de enfermagem é o pilar para se obter uma assistência planejada, padronizada, individualizada e qualificada. No entanto, é imprescindível correlacionar eficiência com o trabalho em equipe, um trabalho utilizado como estratégia para o fortalecimento da classe, construindo conhecimentos, fazendo com que o

grupo funcione de forma cada vez mais eficiente, uma vez que o conhecimento gerado é maior do que qualquer contribuição de apenas um indivíduo (MEDEIROS, 2011).

6.1.2 Operacionalização da SAE

A revolução científica e tecnológica, posta a serviço do cuidado humano, introduziu uma riqueza de possibilidades para salvar vidas, sendo necessário nos posicionarmos frente a esse avanço para que os valores humanos possam ter prioridade (BARROSO, 2004). Assim, para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente/usuário, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais (MATTÉ; THOFHERN; MUNIZ, 2001).

Diante da evolução tecnológica, das constantes trocas de informações e das demandas das instituições de saúde na tentativa de maximizar recursos, diminuir custos e melhorar a qualidade da assistência, têm se exigido cada vez mais da enfermagem o aperfeiçoamento dos serviços, o planejamento e a operacionalização dos cuidados, reforçando-se a necessidade incontestável de se adotar e consolidar a SAE (LUCENA; BARROS, 2006; GOMES; BRITO, 2012).

A SAE configura-se como uma metodologia para planejar e para organizar o cuidado embasado nos princípios do conhecimento científico. No entanto, é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que pode modificar ou restaurar o processo de vida e o processo saúde-doença dos indivíduos (TRUPPEL et al., 2009).

Com isso, para desenvolver tal metodologia, deve-se utilizar linguagem única e padronizada, tornando os termos empregados pelos profissionais e transmitindo a todos o mesmo significado e que a eficácia desejada na comunicação seja atingida, sendo uma das propriedades da profissão (CUNHA; BARROS, 2005).

Nesse sentido, a SAE é o método que possibilita ao enfermeiro exercer a arte do cuidar, oportunizando atendimento individualizado ao cliente, planejando as suas devidas condutas, analisando o histórico do paciente com olhar integral ao realizar o exame físico, para, assim, diagnosticar e conduzir um cuidado integral e individualizado a cada ser humano (BARROS; CHIESA, 2007).

De acordo com Oliveira e Evangelista (2010), a melhoria na excelência da qualidade da assistência de enfermagem tem conformado uma necessidade de modificar a prática e o

papel do profissional de enfermagem no sentido de imprimir uma nova característica a sua atuação. Dessa forma, apesar de não conseguir implementar a SAE no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que, por meio da mesma, direciona o planejamento e a organização das atividades assistenciais e das funções dos membros da equipe de enfermagem, o que é observado no discurso do enfermeiro E6:

[...] com a sistematização você fica mais independente porque se está implantado, se tem um protocolo da sistematização, acho que te deixa mais livre para você estar fazendo mais alguma coisa pelo paciente e não tendo a sistematização, não tendo esse protocolo que você pode estar fazendo aquilo, você depende do médico, você fica muito mais amarrado.

Desse modo, o enfermeiro assume também o compromisso de envolver toda a equipe de enfermagem, mostrando sempre a importância da sistematização do cuidado, para a sensibilização e para participação ativa dos gestores. Contudo, apesar das dificuldades relacionadas ao processo de implantação da SAE do ponto de vista gerencial, observa-se uma valorização por parte dos enfermeiros quanto à necessidade de se sistematizar o cuidado, funcionando como um fator incentivador e como uma preocupação não apenas em se dedicar à execução das atividades na garantia assistencial, como também aos benefícios que a sistematização pode oferecer ao cliente e ao profissional de enfermagem (GOMES; BRITO, 2012).

Nessa perspectiva, o exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço que é complexo e, por vezes, exigente. Assim, vale enfatizar a enfermagem como uma profissão crucial para a edificação de uma assistência qualificada à saúde, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006). Dessa forma, incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo uma assistência de enfermagem humanizada, contínua, mais justa e com qualidade para o paciente (SILVA; PEREIRA, 2005).

Dá segurança para avaliar um paciente. (E2)

[...] acho que tem que ter, porque é um instrumento para qualificar o trabalho da enfermagem. (E3)

[...] não tem jeito de trabalhar sem a sistematização, porque você faz isso automático, qualquer coisa que você vai fazer com o paciente está dentro da sistematização [...] (E6)

Você teria o controle melhor do setor, do que está acontecendo e com certeza a assistência seria bem melhor. (E17)

[...] a gente acha que a sistematização vai melhorar ainda mais, a gente tem muita coisa para melhorar, mas assim, um pouquinho que a gente implementa a gente vê que consegue ter resultado satisfatório. (E20)

[...] eu acho que a sistematização, ela vai poder somar muito para nós, para gente poder levantar os problemas e trabalhar em cima daqueles problemas que muitas vezes a gente acaba sendo assim [...] enfermeiros de assistência mesmo e não é [...] desenvolvendo às vezes [...] os indicadores que a gente tem que ter, então isso ainda está em débito, mas acho que a sistematização para nós vai ajudar bastante [...] eu acho que a sistematização, a gente está tentando implantar, está em processo ainda [...] mas acho que vai melhorar muito a nossa assistência. (E22)

Neste estudo, é notório enfatizar que os enfermeiros, por não terem a SAE formalizada e concretizada, acabam realizando suas ações pelas prioridades do seu processo de trabalho, o que é referenciado pelos depoimentos a seguir:

A gente prioriza o que é realmente necessário. (E1)

[...] a gente vai por prioridade de gravidade, um setor muito dinâmico, a gente não tem a sistematização, a gente acolhe pacientes de ambulatório e acolhe pacientes mais graves, logicamente que a gente dá prioridade para os mais graves e a gente [...] atende de acordo com o nível de gravidade. (E3)

Na mudança de decúbito, por exemplo, você observa, você sabe que tem um paciente que precisa mais, orienta o funcionário, mas não coloca ali de quantas em quantas horas e isso acaba fugindo [...] (E5)

[...] elas aproveitam o momento da passagem de plantão realmente para estar já coletando dados, depois já vê aí um possível diagnóstico, então assim, meio que pela metade [...] não sei se a gente pode chamar de sistematização, mas existe que as meninas aplicam e a dificuldade que a gente vê é essa, operacionalizar mesmo [...] (E23)

No gerenciamento da assistência, o enfermeiro deve sistematizar a prestação do cuidado, planejando-o, analisando-o e avaliando-o, não perdendo de vista que o sucesso da gerência só é alcançado por meio das pessoas e em uma interação humana constante. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro implementar a SAE, prever e prover o serviço de recursos materiais e capital humano qualificados para que o cuidado seja efetivo (TORRES et al., 2011). Complementando, Carraro, Kletemberg e Gonçalves (2003) consideram que a cientificidade profissional é almejada pelos profissionais de enfermagem e somente será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática profissional.

Observa-se nas instituições de saúde que há a constante preocupação de oferecer assistência de qualidade na enfermagem, utilizando-se a ferramenta SAE, a qual facilita o processo de trabalho do enfermeiro, bem como gera resultados positivos não apenas para a organização, como também atenda às necessidades dos clientes e de seus familiares. No entanto, a gerência da assistência e do serviço de enfermagem envolvem ações de complexidade, requerendo conhecimentos na aquisição de novas ferramentas que é um fator preponderante na definição da práxis do profissional (RUTHES; CUNHA, 2007).

Vale ressaltar, segundo Hermida e Araújo (2006), que SAE vem sendo implantada há décadas no Brasil, quando foi introduzida por Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Contudo, somente após o advento da legalização, é que passou a ser exigida dentro das instituições de saúde brasileiras. Apesar dos avanços, atualmente, ainda se percebe que essa resolução por si só não oferece todo o apoio necessário para sua implantação, uma vez que muitos fatores desencadeiam dificuldades práticas no processo de implantação desse instrumento para sistematizar a assistência (GOMES; BRITO, 2012).

Nos cenários empíricos deste estudo, os enfermeiros apontam para a questão da informalidade na assistência apesar das exigências legais da formalização, como sugerem os relatos:

[...] eu percebia muitas vezes que era uma exigência legal que tinha que ser cumprida [...] (E4)

Eu acho que a gente sempre fez, agora que a palavra está no auge, é sistematização, a gente sempre fez, mas nunca soube colocar isso como que se fosse hoje a sistematização, a gente fazia assim até por intuitivo, assim, da nossa própria profissão, a gente sempre fez desde muito antes, antes de ouvir falar em sistematização, mas a gente sempre fez [...] (E15)

A gente consegue fazer alguma coisa, a gente já faz muita coisa, só que a gente não põe no papel essas coisas, a gente faz, todo mundo aqui faz muita coisa, só que a gente não escreve, não tem como você comprovar que você fez aquilo, você sabe que você fez aquilo, mas a comprovação que você fez, que você escreveu, não tem. A gente não sabe como pôr, a gente não sabe como provar e como pôr, como colocar, como você colocar e como você provar que você fez tudo aquilo. (E18)

Esses apontamentos reiteram um dos grandes problemas evidenciados no estudo: a deficiência dos registros do enfermeiro em relação à SAE. Percebeu-se que a falta de registro, ou seja, o não colocar no papel, torna a SAE informal, atrapalhando sua implementação. Diante disso, a não realização satisfatória do registro de enfermagem torna a SAE incompleta

e inoperante, revelando uma contradição entre o que é dito e o que é praticado (TORRES et al., 2011). O que é corroborada pelos depoimentos dos enfermeiros a dificuldade de sistematizar a assistência de forma formal, apesar de conseguir identificar sua aplicação no cotidiano de maneira informal:

Então eu acredito que informalmente a gente tem uma sistematização que muitas vezes não são escritas ou descritas, mas a gente tem uma organização de trabalho, principalmente quando a gente pega o plantão [...] então a gente pega a continuidade do colega [...] ações a serem executadas [...] (E1)

[...] tem uma certa sistematização, mas não tão formalizada. (E5)

[...] a sistematização da assistência aqui [...] pelo que eu vejo não sei, ela está bem é informal, é feita automaticamente mas sem registro de nada [...] Então, eu acho que precisa ter uma formalização, porque tudo que é informal fica assim, um jogando para o outro, temos que fazer porque senão não está formalizado. Acho que, quando a instituição se propõe a fazer alguma coisa, ela tem que formalizar, não adianta só ficar jogando no ar, aí tem um processo que a gente pode fazer [...] mas a partir do momento que não colocou no papel, ah! [...] todo mundo vai fazer assim e aí não adianta, não funciona mesmo. (E6)

[...] não é uma sistematização escrita, formalizada, mas já é uma rotina, uma sequência de trabalho que acaba saindo de forma estruturada. (E11)

[...] a gente faz um pouco dessa sistematização, pelo o que eu conheço a SAE, a gente aqui faz um pouco de forma informal, não faz sistematizado, não vê resultado, não acrescenta, não tira, porque não põe no papel para você seguir. (E16)

A gente faz, mas não documenta. (E21)

[...] a verdade é essa, a gente faz uma sistematização sem estar formalizando, porque não dá para você fazer isso, mas aquela coisa meio informal a gente acaba fazendo [...] (E27)

Eu acho que não vai ser tão difícil porque informalmente a gente já faz, agora eu acho que vai ficar mais fácil, porque aí nós vamos ter uma direção a seguir. (E32)

Para os enfermeiros participantes do estudo, o descaso com o registro sistemático da SAE pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro, o que é talvez mais sério, em ausência ou em dificuldade de avaliação de sua prática (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Assim, a falta de um protocolo, impresso e/ou papel fica evidenciada como um entrave no cotidiano do enfermeiro apresentado nas seguintes falas:

Como se diz, não segue um ritmo, não tem um protocolo [...] a gente não tem o ritmo ainda, a gente não tem um registro assim [...] a gente só observa, depois vai lá ver se teve resultados ou não, é mais direto, não tem o roteiro propriamente dito. (E7)

[...] ainda não tem nada que formalize, mas você pode estar fazendo a prescrição para o seu técnico estar seguindo, você pode fazer, isso a gente tem uma abertura, só que ainda não tem nada formalizado para que isso aconteça [...] (E9)

[...] não coloca no papel, nós não temos um papel, porque é o papel que vai te mostrar tudo o que você está fazendo, tudo que você está pondo em prática, serve para você acompanhar, senão você não vai ter resultado. Tudo que a gente vai fazer até hoje a gente não tem como comprovar (E14)

[...] as cobranças estão no papel, é papel, eles cobram é o papel [...] porque uma vez o pessoal da Vigilância falou: Olha! [...] que vocês fazem tudo a gente sabe, mas não tem como provar. Não tem nada de registro a não ser lá na prescrição aonde você colocam ok, o horário que checkou ou o relatório de enfermagem se tiver [...] mas tem algumas coisas que têm que ser registrado, infelizmente a cobrança é do papel. (E15)

Só que não tem nada que comprove que você fez aquilo, você fez, mas não tem uma comprovação, um papel, você sabe que fez, a sua consciência sabe que você fez, mas não tem nada que te comprove, se alguém te cobrar, você vai falar que fez, mas quem vai respaldar você? Uma coisa mais prática, você já tem mais ou menos uma coisa preparada para você, você vai direcionar para cada paciente, porque senão a gente não consegue, você não consegue. Assim, a gente tenta fazer, a gente está tentando usar agora algumas escalas, algumas coisas assim, de mudança de decúbito, de curativo, de dividir o banho para ficar mais fácil [...] escrito é só relatório de enfermagem, praticamente, assim o que a gente modifica o tempo todo, se a gente escrever direto, falar assim foi mudado o decúbito, só no relatório dos meninos, então a gente ainda não tem como comprovar que está feito, a gente sabe que foi feito, mas comprovar, ainda fica difícil [...] você faz, mas assim, para sistematizar mesmo, para você escrever, para você ter um documento eu não consigo, a gente faz, só que a gente não tem esse documento. (E18)

[...] a gente fica sem ter um norteamento de como fazê-lo, você tenta com a formação que você teve, mas assim, um instrumento, eu acho que falta o instrumento para você direcionar sua assistência, que eu acho que a gente faz tão aleatório que fica difícil, porque a gente acaba se perdendo, porque você não segue um padrão, aí um dia você faz uma coisa para aquele determinado paciente [...] a gente faz indiretamente, mas com instrumento não. (E32)

Diante dessa premissa, quanto maior o número de demandas afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa ao planejamento e à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006). O que se pode constatar nos discursos dos enfermeiros:

[...] a gente tem retornos a serem recebidos, então a gente pega o plantão e a gente define quais são as prioridades. Então, dessas prioridades a gente vê se tem algum paciente que requer algum cuidado especial, a gente já informa a equipe de enfermagem no caso os técnicos, se a gente tem alguma pendência que veio do dia, a gente já toma se aquilo é prioridade ou não a ser resolvida [...] na nossa rotina de trabalho, a gente sistematiza por prioridades que devem ser feitas e dentro dessas prioridades a gente vai executar ou vai receber retorno da equipe de enfermagem e até dos pacientes. (E1)

[...] porque tem muita coisa que é passado que não dá para ela poder resolver à noite, são muitas pendências, talvez passa para o dia que aí eu pego e dou continuidade, vou ver também quais são as prioridades, olhar cada papeleta dos pacientes para ver o que tem e nisso vamos executando. (E2)

[...] eu acho que o que falta agora é essa [...] um pouco mais de nós termos essa possibilidade de está proporcionando para o paciente uma qualidade melhor na assistência que é a sistematização, parece uma palavra muito chata, mas que é de fundamental importância no tratamento [...] (E15)

[...] dá para você trabalhar bem melhor, dá para você conhecer todos os pacientes, vê a evolução do paciente, se chega ah! esse paciente melhorou, esse paciente piorou, tudo isso já é uma parte da sistematização, de colher os resultados. (E16)

[...] a gente faz assim, dá uma olhada, vê como estão os pacientes na passagem de plantão mesmo, nós vamos olhando qual é a gravidade dos pacientes, a necessidade de cada um, faz a divisão dos banhos para os funcionários de acordo com a complexidade dos pacientes [...] a partir daí a gente vai vendo a necessidade de cada um para poder não sobrecarregar a equipe e também atender às necessidades clínicas do paciente, porque antes às vezes a equipe ficava sobrecarregada e não conseguia prestar uma assistência integral para o paciente e com essa divisão de tarefas a gente consegue fazer com que ele tenha mais tempo para o paciente, uma assistência melhor, consegue visualizar melhor [...] porque a gente vai saber avaliar como ele estava ontem e como ele está hoje. (E20)

Dessa forma, na escolha de um instrumento de assistência, devem-se obter informações básicas, que permitam prever o grau de envolvimento do paciente no seu tratamento, algumas estratégias que possam ser mais úteis para este cliente e o grau de auxílio de outros profissionais de que a situação possa necessitar. A SAE é o planejamento das ações, as quais são baseadas no desenvolvimento de metas e resultados, bem como a de um plano de cuidado destinado a assistir o paciente na resolução dos problemas diagnosticados e atingir as metas identificadas e os resultados esperados (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Nesse contexto, planejar e organizar são itens imprescindíveis na operacionalização da SAE para atingir resultados por meio do estabelecimento de prioridades, de metas tangíveis, mensuráveis e dentro de critérios de desempenho adequados (GRAMIGNA, 2007). O

enfermeiro ao planejar e organizar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que, para o planejamento, é necessário diagnosticar as necessidades do cliente, garantindo a prescrição apropriada aos cuidados e a supervisão do desempenho do pessoal, bem como a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência (SANTOS et al., 2002).

Com isso, a competência de planejamento e de organização das atividades da enfermagem auxilia o enfermeiro a dirigir e a priorizar a coleta de dados e definir qual modelo poderá ser mais equivalente às condições do cliente, conforme afirmam Rossi e Carvalho (2002), sendo também referenciado por vários enfermeiros participantes do estudo:

[...] eu punção veia, eu faço curativo e quando o enfermeiro tem essa visão da sistematização, tem essa visão de aplicar o planejamento, entra para executar uma tarefa, eu acredito que as coisas têm um retorno mais rápido [...] às vezes, a paciente interna e passa uma sonda na internação, se você faz o planejamento de uma ausculta da sonda, de posicionamento, de fixação, porque às vezes não está descrito, mas a rotina já nos exige que seja feito, aquela paciente não vai fazer uma pneumonia aspirativa, não vai gastar com antibiótico, não vai ficar mais tempo internada [...] então, hoje a gente faz o planejamento, mas com critério, o que é realmente necessário para aquele paciente, aí a gente faz bem específico. (E1)

[...] nossos pacientes são todos colocados em colchão de ar independente se ele vai ficar dois dias, dois meses, para gente já não ter nenhum evento indesejável nessa internação [...] (E3)

[...] eu acho que o enfermeiro tem que planejar seu dia de trabalho. Então, quando as meninas falam, ah! pegamos o plantão e tinha pendência, não tinha, na verdade o que está acontecendo é um planejamento e ao final do plantão existe a avaliação do trabalho executado naquele período [...] existe aqui [...] uma sistematização que não está descrita, mas ela é empírica e acontece bem há muitos anos. Então, vou citar um exemplo. Se chegar um paciente acamado, não precisa do enfermeiro determinar que seja colocado um colchão de ar, um colchão caixa de ovo, qualquer coisa assim nesse paciente, porque isso já é feito, então a gente já faz a hidratação da pele com produtos específicos, a gente já faz a mudança de decúbito, é um exemplo que eu estou dando, mas nós temos um índice muito bom de lesão de pele que é quase zero. Então, existe e já acontece há muitos anos (E4)

Só de você chegar, a primeira coisa você programar o que você vai fazer com o paciente, já começa fazer. (E14)

[...] eu vejo que a questão de planejamento também é uma questão muito séria, a gente se perde, por exemplo, questão de indicador, quando o pessoal da Vigilância vem, eles querem que você trabalhe um monte de coisa, de repente aquilo lá não é necessidade do meu setor e cada setor tem sua particularidade [...] (E19)

[...] na passagem de plantão, aí a gente já passa o que tem de prioridade, por exemplo, um exame específico, tem uma proteinúria para começar, alguma coisa para dar continuidade, é uma importância muito grande dessa passagem de plantão, aí a gente vai de leito em leito, paciente por paciente, aí vai vendo as condições dos pacientes, vai dividindo as tarefas. (E21)

[...] eu me deparo às vezes com um problema assim, se eu pego uma clínica muito grande, eu fico meia perdida porque às vezes eu não consigo passar visita em todos os leitos, então aquilo ali, chega no final eu falo, gente do céu, está faltando alguma coisa. (E22)

[...] geralmente, eu pego o plantão [...] a gente pega de leito a leito, já dou aquela corrida de olho. Se tem alguma orientação, eu já procuro fazer ela rapidamente com o funcionário e vou fazendo isso [...] (E27)

[...] meu dia-a-dia, eu pego o plantão [...] começa a assistência ali mesmo, como eu vou avaliando os prontuários, as medicações que vão ser feitas e vou acompanhando lado a lado aos técnicos, vou até os quartos junto com elas, executando juntamente com eles. (E30)

Eu levo até uma folhinha, vou anotando, porque é muita coisa e ao mesmo tempo a gente tem aquela sensação de que não fez nada, depois que você termina o plantão também é aquela sensação boa, graças a Deus o plantão correu bem, correu tudo bem, você sente também esse alívio de ter corrido tudo bem. (E31)

[...] eu falo que sou enfermeira assistencial acima de tudo, porque a gente está em um setor fechado e são menos funcionários, são cinco funcionários e eu na minha particularidade consigo ir em todos os leitos, acompanhar todas as manipulações, pelo menos uma da noite de cada paciente. (E32)

Acredita-se que o profissional enfermeiro que desenvolve uma assistência instrumentalizada pela SAE, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho mais bem definidas e concretas (DALRI, 2005).

A partir dessas reflexões, na prática assistencial dos hospitais, suas vantagens e propriedades para estabelecer a SAE são incontestáveis, uma vez que direcionam a organização e condução das ações, visando ao alcance de resultados esperados para a sobrevivência dos pacientes. Daí a importância de se conhecer o perfil de cada paciente assistido para direcionar a elaboração de impressos específicos. O enfermeiro precisa desenvolver conhecimentos e habilidades na execução das ações, utilizando-se de meios como a observação, a comunicação, a aplicação e os princípios científicos, bem como desenvolver destreza manual, planejamento, avaliação e estimular o compromisso e o envolvimento da equipe na execução (KROGER et al., 2010).

[...] por exemplo, na UTI, lá requer uma atenção especial. Então a gente vai lá, executa algumas funções, a gente recebe algumas orientações médicas às vezes e, a gente passa algumas orientações para o técnico de enfermagem. No decorrer do plantão, a gente vai tendo retorno disso se está sendo realizado ou não [...] na maioria delas a gente evolui e no final do plantão a gente passa para o colega e vai ter o retorno do que a gente fez [...] E vai dar continuidade no que a gente começou. (E1)

[...] no começo, nós estávamos fazendo muita escala dividindo por paciente [...] dividindo a equipe para cada paciente, aí descreve lá as prioridades que ele tem, cada um vai e aí no final do plantão eu vou passando para ver se cada um foi executado como eu tinha deixado e tem um bom retorno. (E2)

[...] igual o plano de cuidados, o paciente acamado, mudança de decúbito de duas em duas horas e como se diz, eles já sabem como que deve ser feito [...] (E7)

[...] então, a gente dá uma organizada no serviço nesse sistema assim e prioriza normalmente o que mais tem necessidade no momento que tem que ser feito, o básico é você avaliar o paciente primeiro e ver o que tem necessidade de fazer, realmente. (E12)

[...] a gente recebe aquele setor inteiro sobre nossa responsabilidade. Alguns setores semicríticos outros críticos, eu vejo assim, no planejar a assistência não vejo assim que a gente tem tanta dificuldade em executar a assistência [...] (E28)

Implantar a SAE atualmente é considerado como um desafio, principalmente no que diz respeito à gerência da assistência, pois, numa realidade complexa, multifacetada e multidimensional, exigem-se do profissional de enfermagem empenho e criatividade na elaboração e na execução de estratégias inovadoras e participativas, além de manter condições favoráveis ao processo de adoção da mesma, envolvendo questões políticas e econômicas para a acreditação hospitalar (HERMIDA; ARAÚJO, 2006). Esse fato é referenciado pelos enfermeiros, pois, mesmo não tendo a SAE estruturada, eles criam um meio de poderem realizar esse instrumento assistencial de forma fragmentada:

[...] a gente já tem, hoje em dia, tem-se o impresso da prescrição, da evolução de enfermagem, já fazemos a prescrição, mas quando não tinha, já tinha assim uma rotina que é a solicitação de exames, é [...] encaminhamento de exame de imagem [...] já tá dando os primeiros passos em direção a essa sistematização. (E3)

[...] a gente sempre fez, mas só não usava essa expressão. (E15)

[...] na UTI Adulto, tem a evolução, tem o checklist, eles tentam fazer, eles têm uma parte mais documentada que os outros setores, na UTI neonatal já está até no nosso programa, a sistematização da neonatal está completa, está no TASY, nós fazemos o exame físico, o planejamento, a implementação e a avaliação, acho que é o único local que é completo e fechadinho é a

neonatal. Então, a neonatal já conseguiu fechar até mesmo porque ela não tem um leque muito grande de diagnósticos, diferente dos outros setores. (E20)

[...] existe uma demanda muito grande assistencial e é um enfermeiro por setor, então elas até tentam, não é aquela sistematização conforme está no papel, mas adaptada a nossa realidade [...] (E23)

[...] a gente lá faz esse checklist que é a admissão, anamnese e exame físico no momento da admissão do paciente, só. (E24)

[...] a gente não tem ainda sistematização, a gente tem aqui um impresso que a gente faz um checklist e faz uma evolução, mas a gente não tem um diagnóstico, a gente não tem prescrição, falar verdade a gente tem assim, um checklist, seria o levantamento de problemas e a nossa evolução, mas é uma coisa muito assim, precária [...] (E27)

De acordo com Fuly et al. (2008), nas pesquisas realizadas nos últimos cinco anos, os enfermeiros apontaram várias dificuldades para implantar a SAE e, apesar das exigências legais e das tentativas, ainda são incipientes as experiências de sucesso. Dentre as dificuldades, destacam-se a falta de conhecimento dos modelos teóricos, deficiência na abordagem do tema desde a formação acadêmica, a grande demanda de serviços burocráticos e administrativos, sendo consideradas como fatores intervenientes na implantação, ou seja, causas que representam em sua maioria problemas conceituais, estruturais e organizacionais (FULY et al., 2008).

Conforme consideram Gomes e Brito (2012), apesar de todos os fatores intervenientes na implantação e na execução da SAE, sua relevância e exigência pelo COFEN nas instituições de saúde, diante da grande demanda de pacientes necessitados de cuidados sistematizados, pode-se afirmar que o processo da SAE no Brasil continua em fase de construção, sujeito às profundas mudanças nas diversas áreas de atuação profissional como complementam Figueiredo et al. (2006); Hermida e Araújo (2006) e Silva e Moreira (2010).

Eu acho que tinha que ter um meio de facilitar, eu acho que se ocorrer a sistematização nem que seja de uma forma mais simples [...] eu acho que tem que ter é uma forma de você está monitorando a assistência de enfermagem e avaliando se ela estar sendo bem feita, mas tem que ter algumas adequações aí, porque isso não vai acontecer. (E3)

É inviável, é uma coisa muito teórica, que não funciona na prática [...] a gente tem que simplificar e facilitar porque é inviável fazer dessa forma que é preconizada, é impossível. Nós já tentamos diversas vezes e não conseguimos, mas nós chegamos num ponto agora que está a equipe estável, os enfermeiros estão com a gente já um tempo, então a gente consegue implementar alguma coisa nesse sentido [...] (E4)

Mas tudo que é novo é difícil, adaptação é difícil, é entendimento [...] (E9)

[...] acho que todo mundo tem esse interesse de estar atuando e a gente sabe que é uma exigência [...] hoje a sistematização, a gente sabe que vai ser uma exigência, mas para isso a gente tem que está com uma ajuda nessa questão, senão a gente não consegue, a gente vai falar que faz, preencher papel e não avalia. (E15)

[...] em relação à sistematização, é isso, ninguém pega aquilo bonitinho como que a gente estuda e tal, para você ver nas ações do dia-a-dia alguma coisa já aconteceu. (E23)

[...] por mais que deveria ser mais antigo, mas isso ainda é meio que novidade para gente, o hospital está com várias intenções de implementar mesmo a SAE, alguns setores já têm, mas vivenciar mesmo, o meu setor ainda a gente está bem no comecinho, ainda está conversando, montando protocolos, tudo, mas assim a gente tenta ao máximo fazer a nossa parte da nossa maneira, assim, sem ainda formalização. (E24)

[...] a instituição quer buscar isso, mas as ferramentas ainda estão muito escassas. (E25)

[...] a gente nunca senta para ver se a gente quer mudar, se a gente quer acrescentar, a verdade é essa. Porque a gente acaba fazendo aquela coisa na pressão, precisa montar que vai começar, aí você corre e monta, depois começa o dia-a-dia no corre-corre, ninguém vira para você e fala precisa avaliar isso para ver se está bom, aí você vai levando [...] a gente vai tocando, porque funcionou então ótimo, vamos empurrar porque funcionou, está indo, vamos, porque serviço tem muito e aí você acaba não observando essas coisas. Eu tenho a impressão se a gente conseguisse isso, conseguiria ter uma melhora, sentir uma maior segurança [...] (E27)

[...] é muito complicado essa parte de desenvolver uma [...] vamos dizer assim, uma assistência com o paciente em si, uma porque nós não temos a sistematização que eu acho que é muito difícil a gente assim sem um instrumento que possa direcionar, estar fazendo, eu acho que fica meio perdido [...] (E32)

A partir desses obstáculos, Takahashi et al. (2008) enfocam que os profissionais, em sua maioria, apontam a falta de capacitação para a execução da SAE como uma limitação na sua implantação, sendo a falta de conhecimento do enfermeiro o principal motivo do descompromisso em algumas instituições de saúde e da ausência em outras, ao passo que esse desconhecimento gera o desinteresse e a ausência de adesão ao método assistencial.

Hermida e Araújo (2006) também relatam, em um estudo realizado sobre os subsídios na implantação da SAE, diversos fatores envolvidos nas fases do seu planejamento, sendo necessário reconhecer primeiramente a estrutura institucional, suas demandas e facilidades para adotá-la. Considera-se, assim, a partir dessa análise, que a implantação dessa prática ainda se revela como um processo trabalhoso e complexo, mas que muito tem a contribuir na melhoria da qualidade assistencial (GOMES; BRITO, 2012).

A SAE é um instrumento assistencial importante à saúde, mas é preciso uma reflexão por parte dos enfermeiros e um maior comprometimento frente às articulações nas práticas a fim de envolver toda a equipe de saúde, para que seja implantada e implementada nas instituições com um maior respaldo (KOERICH et al., 2007). Essa premissa é apontada pelos enfermeiros E1 e E32:

[...] antes de você executar, você já espera se tem o retorno, que é o que a sistematização nos garante, se você executar assim, o seu retorno vai ser mais rápido [...] (E1)

[...] nós estamos bem animados para implantar a sistematização de enfermagem [...] (E32)

Amante, Rossetto e Schneider (2009) enfatizam que a maioria reconhece a SAE como um programa desenvolvido pela enfermagem na aplicação de seus conhecimentos na assistência ao cliente. Entretanto, não basta reconhecê-la com um método sistemático e prático na aplicação desses cuidados, é necessário que haja um envolvimento maior da equipe no processo de implantação desse método e, principalmente, saber como a SAE deve ser executada na prática diária.

[...] mas já tem uma prescrição, aí a gente estabelece as metas e à medida que vão sendo realizadas, a gente vai fazendo checagem e tendo retorno dos técnicos por isso. (E3)

Atingir a qualidade na assistência de enfermagem por meio da SAE pode ser uma das maiores conquistas na utilização dessa metodologia, uma vez que muitos estudos justificam a sua importância e os benefícios gerados não só ao paciente, como também ao enfermeiro quanto a sua credibilidade e autonomia profissional (CIANCIARULLO et al., 2008; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

[...] quando trato o paciente, quando faço um planejamento de cuidado no paciente, o meu objetivo final é que ele execute aquilo que eu faço para ele [...] o paciente, às vezes, não está muito grave, mas ele ainda requer o meu cuidado, às vezes, eu ajudo alimentar, eu ajudo nas necessidades fisiológicas e o meu objetivo quando ele sair dali é que ele consiga executar isso sozinho [...] a gente flexibiliza os diagnósticos de enfermagem para aquilo que são realmente prioridades, então muitas vezes ele vai ter o risco com a lesão de pele, vai ter o risco de quedas, mas nós já temos as grades elevadas, nós já temos o colchão de ar, então é uma prescrição que não vamos ter necessidade [...] (E1)

[...] eu falo que é assim, é muito fácil e é difícil ao mesmo tempo, é fácil por quê? Porque é uma rotina que não muda, a gente está ligado indiretamente

ao paciente, mas o resultado final é nosso, desde o começo até o final, o resultado final de tudo que vai acontecer é nossa responsabilidade [...] (E11)

Vale ressaltar que durante a realização da SAE muitos enfermeiros se deparam com diversos fatores cruciais na sua implantação, necessitando de uma adequação da mesma à realidade do momento e da instituição de saúde, uma vez que muitas apresentam problemas administrativos e assistenciais, principalmente nas organizações públicas, sendo consideradas como entraves na melhoria da qualidade assistencial (GOMES; BRITO, 2012).

Uma questão apontada pelo enfermeiro E27 para a não operacionalização da SAE foi a falta de um ambiente para as informações acerca da passagem de plantão:

[...] eu acho que o primeiro defeito daqui, nós não temos um ambiente aonde é passado o plantão, eu acho que a passagem de plantão é preciso de uma sala reservada, um local destinado a isso, aonde você tem calma, você tem sossego [...] (E27)

No entanto, apesar de, na literatura, a estrutura física ser pouco citada para a operacionalização da SAE, sua análise é indispensável quando se pretende implantá-la. A exemplo, uma sala privativa para trocas de informações sobre o plantão pode significar um espaço para os profissionais se expressarem livremente, contribuindo para definir as ações de enfermagem que se colocarão em prática por meio da SAE (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Diante dessa problemática, a enfermagem tem sido muito perseverante em enfrentar esses desafios, na tentativa de implantar a SAE nas instituições onde desempenham suas atividades, promovendo organização com uma assistência mais qualificada ao cliente e, conseqüentemente, com a conquista da autonomia (VARGAS et al., 2007).

Com isso, trata-se do conhecimento do enfermeiro, bem como da capacitação da equipe de enfermagem para a aplicação da SAE dentro da própria instituição, isso porque os enfermeiros são formados em diversas escolas e estas os ensinam de forma distinta. Além disso, é preciso habilitar os enfermeiros em relação às especificidades dessa metodologia no contexto institucional (HERMIDA; ARAÚJO, 2006). Esse fato ficou confirmado no depoimento do enfermeiro E7:

[...] porque a sistematização é feita em cinco fases, não lembro bem as cinco, porque já faz um tempinho, rrsrrsrs [...] ela é dividida em cinco fases, implementação, coleta de dados, na ordem eu não lembro, depois você tem que estudar aonde você está errando para tentar melhorar [...]

Contudo, o fator tempo também se constitui como um dos recursos fundamentais de uma organização e sua gestão contribui para a melhoria nos desempenhos individuais e coletivos na produtividade. Surge, assim, a necessidade de moldar ferramentas nas ações da enfermagem de acordo com cada instituição, inserindo *softwares* facilitadores no andamento das atividades, tentando suprir essas limitações (REZENDE; GAIZINSKI, 2008).

As contribuições da SAE informatizada facilitam o seguimento da organização no processo de trabalho do enfermeiro e agregam rapidez na elaboração das prescrições, na possibilidade de estudos e nas pesquisas, na organização da passagem de plantão, na melhora da inter-relação dos profissionais, na uniformização de linguagem, na clareza das informações, na possibilidade de melhor avaliação do processo assistencial e na segurança do processo de registro das informações (PALOMO; DAMAS; GUTIERREZ, 2010).

A partir dos depoimentos dos enfermeiros E9, E27 e dos avanços da SAE, pôde-se observar a informatização, com a criação de *softwares* para a confecção de materiais no controle e nos registros de cuidados aos pacientes, bem como para a busca por conhecimentos específicos na área médica e de enfermagem para uma melhor conduta diante das possíveis mudanças (FULY et al., 2008; CIANCIARULLO et al., 2008; CARDOSO; SILVA, 2010).

[...] prontuário eletrônico do paciente, ele dá uma abertura para fazer a prescrição [...] Então, assim, eu acho que deveria ser uma coisa prática, não é que eu gosto muito de computador, mas teria que ser uma coisa bem prática, você bate ali para ser pneumonia, papapapa, pronto, entendeu? [...] eu vou defender o prontuário eletrônico, mas tem coisa também que você pode estar escrevendo, estar digitando aquilo que você está vendo e não precisa ser só X, eu mesmo gosto vou lá e digito o que eu estou vendo, entendeu? (E9)

[...] depois que a gente passou a ser informatizado, ela é bem assim simples, mas eu acho que contém tudo no geral [...] Eu achei que depois que informatizou facilitou. Eu acho que agora está todo mundo começando e na verdade a gente implantou, ele é um projeto piloto [...] desde que informatizou é aquele e não deixa de ser um projeto piloto, porque nunca nós fizemos uma avaliação crítica em cima dele [...] eu acho que isso facilita um pouco a vida da gente, então eu acho o que a gente tem aqui de vivência de sistematização é isso, muito prático. (E27)

Ao abordar a SAE, por meio do prontuário eletrônico, subentende-se que os registros de enfermagem permeiam todas as suas fases, devendo ser anotadas no prontuário do paciente as informações completas, desde o histórico, o exame físico, os diagnósticos de enfermagem, a prescrição da assistência, até a evolução/avaliação de enfermagem (PIMPÃO et al., 2010). O que pode ser observado pelo enfermeiro E16:

Lá tem lugar de por tudo, checar medicação [...]

Acrescentam os mesmos autores que, afora as vantagens do prontuário eletrônico para a SAE, o enfermeiro ainda percebe que o mesmo traz muitos entraves no registro das atividades de enfermagem. No entanto, percebe-se que, na prática, a SAE ainda está longe de ser implementada com propriedade em sua totalidade, uma vez que a realização sistematizada de registros, que é imprescindível para a sua consolidação, não é ainda uma rotina no trabalho do enfermeiro, em muitas instituições (PIMPÃO et al., 2010).

[...] documentado mesmo a gente não tem, tem o relatório de enfermagem, assim de falar que é da gente enfermeiro, a gente pega escreve o que a gente faz, todo dia a gente pega e a gente avalia, não tem. A gente vê, a gente avalia, a gente cuida, mas assim, documentado a gente não tem. (E18)

[...] nós temos muito problema com o prontuário eletrônico. É a questão do tanto de prescrição que às vezes tem que ficar [...]. (E28)

[...] no registrar no papel, fica mais difícil de colocar mesmo, aí para executar é mais fácil que é a assistência ali prontamente dita. O papel fica mais um pouco a desejar. (E30)

Diante disso, acredita-se na viabilidade do registro eletrônico de enfermagem como instrumento de organização do trabalho dos enfermeiros e sua equipe, inclusive na documentação de todas as etapas da SAE, porém, para tanto, é necessário, primeiramente, que os profissionais de enfermagem comunguem dessa afirmativa, para, então, torná-la uma utopia ou uma proposta concreta na prática assistencial (PIMPÃO et al., 2010).

Na minha opinião, tem duas coisas que não casam [...] que é o prontuário eletrônico em relação ao relatório de enfermagem e à assistência de enfermagem, para mim são duas coisas que não dão certo. Você pega um relatório de prontuário eletrônico, é uma vergonha, porque você marcar X numa pessoa que acorda, come, tem diurese, tem evacuação, tem febre, de repente agita e você pega aquilo está tudo marcado X, sim ou não, isso é uma coisa que não funciona. Ele não gosta de escrever, ele não vai digitar, ele vai continuar, o paciente dele vai ser a mesma coisa todo dia, sendo que no anterior pode ter acontecido trezentos coisas, mas no plantão dele não aconteceu. (E11)

[...] eu vejo que tem que melhorar muito ainda a questão do relatório, a minha visão que ele precisa acabar e ser refeito inteirinho, porque a hora que a gente olha aquilo ali, a gente vê assim, é pouca informação, muito deficiente e tem duas teclas no computador de copia e cola que você vê assim, como os eventos adversos vão todos para mim, eu trabalhar a educação continuada em cima [...] Então eu vejo uma deficiência, o relatório ficou muito pobre, quando era descritivo, você via assim que era

completo, porque ele está tudo [...] quando a gente abre no sistema ele é completo, a escala de Glasgow lá, tudo completinho, só que por economia de papel, ele só imprime aquilo que você assinar e às vezes o que assina muito pouca coisa, então eu vejo assim [...] por causa dessas duas teclinhas ou realmente às vezes tem duas linhas de poucas informações em que o paciente é muito crítico que deveria ser escrito várias [...] Então eu vejo assim, é um problema esse relatório. (E28)

[...] quando a prescrição, além de eletrônico, aumenta alguma medicação, o médico vem e prescreve a mão, aí fica difícil. (E30)

Os registros ou anotações de enfermagem, por sua vez, são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que, se redigidos de forma que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente. Assim, esses registros, além de fornecer subsídios para a SAE destinam-se a outros fins, tais como: pesquisas na área da enfermagem e saúde, auditorias, processos jurídicos e são importantes indicadores de qualidade da assistência prestada (MATSUDA et al., 2006; CAIXEIRO; DARGAM; THOMPSON, 2008).

Percebe-se que os enfermeiros ainda se deparam com muitos obstáculos referentes aos registros de enfermagem, o que é referenciado pelos enfermeiros para a não realização efetiva da SAE:

[...] às vezes, tem gente que acha que relatório de enfermagem nem é documento, eu já vi médico que nunca nem leu. (E15)

[...] eles perdem muito tempo com relatório, com gráfico de sinais vitais, com escala de Braden, com todos os papéis que eles precisam preencher, sendo que eles poderiam estar melhorando a assistência, eles reclamam muito [...] (E20)

[...] a questão do relatório de enfermagem teve uma época que estava meio ruim [...] tinha muita informação repetida, colocava coisa que não tinha tanta importância, deixava as que tinha importância, a gente foi conseguindo corrigir isso, não está perfeito, mas melhorou bastante. (E26)

Nesse sentido, é importante questionar como a equipe de enfermagem percebe seus registros para a efetivação da SAE, que somente será uma prática efetiva se for discutida e defendida pela própria categoria profissional (PIMPÃO et al., 2010).

Todavia, nota-se na prática assistencial que a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que os registros, quando realizados, são escassos e incompletos. Embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade da terapêutica do cliente, não conseguem efetivar

essa prática em seu cotidiano (MATSUDA et al., 2006). Tal fato dificulta sobremaneira a comunicação entre os profissionais de enfermagem, o que é apreendido pelo enfermeiro E9:

[...] mesmo no prontuário de papel, o funcionário não escreve direito, querendo ou não é pobre, tem cinco linhas lá a noite inteira, não faz nada.

Assim, a inadequação e a insuficiência dos registros podem comprometer a assistência ao cliente, uma vez que inviabilizam as informações corretas para que sejam transmitidas com segurança aos demais profissionais, além de manterem invisível o fazer da enfermagem, perante a lei e aos demais profissionais das equipes de enfermagem e de saúde, dificultando, inclusive, sua contabilização (CAIXEIRO; DARGAM; THOMPSON, 2008; SILVA; PIMENTA, 2003).

Cabe destacar que as atividades dos enfermeiros são divididas por turno de trabalho e a comunicação entre as equipes dos distintos turnos ocorre, na realidade hospitalar, por meio do livro de ocorrências, o qual, frequentemente, substitui a passagem de plantão e também, na maioria das vezes, os registros nos prontuários dos pacientes e outras formas legais de informação e de comunicação. O registro no livro de ocorrências é realizado apenas pelos enfermeiros como forma de relatar informações essenciais sobre o estado de saúde do paciente que requerem interferência direta do trabalho da enfermagem (PIMPÃO et al., 2010).

Para os enfermeiros participantes do estudo, o registro do plantão no livro de intercorrências é imprescindível para o respaldo profissional, o que fica evidenciado nas seguintes falas:

Eu acho que caderno é importante para você fazer a passagem de plantão, porque ele vai estar ali de qualquer forma, você está registrando ali, nem tanto conforme determinado lugar [...] no meu plantão, o povo acha até que eu escrevo demais naqueles cadernos de passagem de plantão, mas muitas coisas que acontece no dia-a-dia ali, eu não tenho outro lugar para registrar, eu registro naquele caderno. Se é para ser só intercorrência naquele caderno, se vai servir para alguém um dia, não sei, mas que está registrado ali, está. (E12)

[...] eu também tento escrever tudo. (E15)

Eu também anoto de tudo, mas fica a desejar, sempre fica. (E30)
Eu gosto de registrar tudo, às vezes, minha ata é enorme, eu acho que é o respaldo que você tem ali, eu gosto de anotar quase tudo, eu gosto de escrever bastante coisa. (E31)

Observa-se pelas falas dos enfermeiros que existe a consciência da importância dos registros de enfermagem como um respaldo legal, em que o COFEN, a partir da Resolução n. 308/2009, estabelece a SAE como uma de suas atividades privativas, devendo ocorrer em toda instituição de saúde pública ou privada. Esse dever é reconhecido em sua legalidade e importância, apesar de não ser cumprido por alguns dos enfermeiros entrevistados (PIMPÃO et al., 2010).

[...] você acaba se perdendo com esse tanto de papel e é muito burocrático, você tem muito caderno, muita burocracia, a gente tenta tirar algumas coisas, mas outras não têm jeito, você preenche caderno por caderno e o paciente? É muito burocrático, você não dá conta [...] então, assim, é muita coisa de caderno, é muita burocracia. (E18)

Diante desses apontamentos não sistematizados, ainda que eficientes, não se retrata o real trabalho do enfermeiro, uma vez que se restringem à circulação interna das unidades de internação hospitalares e se esgotam em seu nível de abrangência. Já os registros, quando efetuados nos prontuários, seguem um percurso institucional e permanecem ativos, mesmo após a alta do usuário e centralizados em um setor destinado ao arquivamento dessas informações (PIMPÃO et al., 2010).

Com essa questão, os enfermeiros, como líderes das equipes de enfermagem e capazes de atuar em busca de uma autonomia no desenvolvimento de suas ações profissionais, devem buscar alternativas que viabilizem uma prática de qualidade que também está pautada pela qualidade dos registros efetuados (CIAMPIONE; MELLEIRO, 2005; SOUZA et al., 2009; PIMPÃO et al., 2010).

É imprescindível que o enfermeiro se aproprie dos instrumentos gerenciais para transformar o processo de cuidar que, ao considerar que gerenciar a assistência é, entre outras coisas, organizar o cuidado, estão construindo uma relação entre a SAE e a própria gerência do cuidado (TORRES et al., 2011).

Por conseguinte, resgatando Souza (1989), cada instituição apresenta peculiaridades no que diz respeito às facilidades e às dificuldades para a operacionalização da SAE, as quais devem ser analisadas pela equipe de enfermagem, a fim de que esse instrumento assistencial seja implantado e implementado com conhecimento da situação real e com metas possíveis de serem alcançadas.

6.1.3 Gestão de pessoas

Atualmente, o maior desafio apontado no contexto do setor saúde é o processo de reorganização das instituições hospitalares no que tange a assegurar uma distribuição e uma utilização dos recursos humanos, financeiros e materiais que contemplem a eficácia, a eficiência e a economicidade do sistema de saúde (CAMELO, 2009).

O desenvolvimento e as mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e com as alterações na organização do trabalho, fazem emergir as novas lógicas empresariais em que se procura valorizar o fator humano nas organizações em associação com o desenvolvimento tecnológico. Nesse contexto, a Enfermagem é vista como uma profissão focalizada em interações em que cada ser humano, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, único e indivisível num momento ímpar de cuidado (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011).

A Gestão de Pessoas tem sido apresentada como a responsável pela excelência das organizações bem sucedidas e pelo aporte de capital intelectual que representa, mais do que tudo, a importância do fator humano em plena era da informação (LEILA, 2002). No processo de trabalho da enfermagem, em especial no âmbito hospitalar, os enfermeiros têm assumido os cuidados com os pacientes mais graves, além das atividades de organização e de coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma participada, as atividades gerenciais e assistenciais (CAMELO, 2012).

Observa-se que há uma carência de compromisso das organizações de saúde com o desenvolvimento do seu capital humano, em que a precarização do trabalho e das condições de atendimento nas instituições hospitalares contribuem para o elevado índice de incertezas no cotidiano da prática de Enfermagem, tais como: a alta rotatividade de trabalhadores; o elevado absenteísmo; os equipamentos permanentes em número insuficiente; a falta de material de consumo necessário para o cuidado, dentre outros; o que exige urgentes adequações no modelo de gestão dessas instituições (CARVALHO et al., 2007).

Todavia, a responsabilidade dos gestores de serviços de enfermagem em assegurar a qualidade assistencial aos clientes e as condições de trabalho aos profissionais de sua equipe têm sido inibidas tanto pela deficiência numérica dos funcionários quanto pela composição deficitária da equipe de enfermagem. Assim, essa dificuldade, compartilhada pela classe de enfermeiros do mundo todo, impulsiona o empreendimento de esforços no sentido de desenvolver e apoiar medidas que auxiliem os administradores das instituições de saúde, os

órgãos governamentais e a própria sociedade a compreenderem o significado que envolve o quadro de profissionais de enfermagem (SOARES et al., 2011).

Neste estudo, apreende-se pelos depoimentos dos enfermeiros E1 e E4 que eles conseguem perceber a necessidade de a administração do hospital priorizar a gestão do pessoal de enfermagem e de reconhecer o papel e a importância do enfermeiro na liderança da equipe:

Por contrapartida, eu vejo que nós temos um problema de recursos humanos, porque às vezes, eles não reconhecem a real necessidade de você pedir um funcionário a mais [...] às vezes, porque você vai ter um enfermeiro a noite inteira [...] acham que o enfermeiro não vai fazer nada, porque quem medica é o técnico, quem troca é o técnico, quem muda de posição é o técnico, mas quem planeja, quem dá o suporte? (E1)

Na verdade, eu acho que a alta direção não entendia muito bem o nosso papel e não entendia muito bem a nossa tarefa aqui dentro, então achava que [...] eu percebia muitas vezes que era uma exigência legal que tinha que ser cumprida, mas não sabia muito bem o papel que cada um fazia. (E4)

No cenário do setor saúde, é possível identificar uma histórica negligência e mesmo uma ausência de políticas para recursos humanos (PRH), podendo ocorrer em razão de abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea em nível micro, que se concentra na motivação, no desempenho e na não valorização do papel do profissional mais do que com metas políticas e operacionais do sistema de saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Nesse sentido, Gaidzinski e Fugulin (2008) referem que a qualidade da assistência de enfermagem pressupõe a adequação quantitativa e qualitativa dos membros da equipe de enfermagem, o investimento em sua capacitação, bem como o oferecimento de condições de trabalho que possibilitem o exercício apropriado de suas funções e o atendimento das necessidades e das expectativas dos clientes.

Corroborando, Hermida (2004) apresenta que, no aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem é o fator que predomina, prejudicando a implementação da SAE. Uma vez que essa prática exige a presença ininterrupta dos enfermeiros nas unidades, esta é uma variável que precisa ser considerada no dimensionamento e na seleção de pessoal (MELLEIRO et al., 2001). Assim, acrescentam Hermida e Araújo (2006), o questionamento se as instituições de saúde estão preparadas e interessadas em aumentar seu quadro de

enfermeiros em quantidade suficiente que garanta a implantação efetiva da SAE, o que ficou evidenciado nas falas dos enfermeiros E1 e E26:

E aqui, eu vejo assim também, nós somos enfermeiros, executamos o papel administrativo, mas principalmente, somos assistenciais [...] eu acho que essa parte de recursos humanos ainda a gente fica um pouco amarrado [...] porque às vezes você pede funcionário a mais no setor e eles acham que não tem justificativa [...] (E1)

[...] a nossa vontade de querer melhorar a assistência é muito grande [...] só que é aos pouquinhos, às vezes, acontece [...] dependendo do plantão, não tem funcionário, às vezes, o enfermeiro não fica só em um setor, fica em mais setores, acaba que [...] a maioria das vezes o enfermeiro acaba pondo a mão na massa e fazendo mesmo o trabalho do técnico [...] (E26)

Complementam Campos e Melo (2007) que, para tornar possível a avaliação do provimento do pessoal de enfermagem, sob os enfoques quantitativo e qualitativo, capaz de atender às necessidades de assistência dos clientes, o enfermeiro deve ter como base as normas técnicas mínimas preconizadas pela Resolução COFEN n. 293/2004, a qual recomenda que o dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem se basear em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela (COFEN, 2004).

Considerando Inoue e Matsuda (2010), o dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser estimado mediante o uso de instrumentos, considerando as diversas atividades desenvolvidas e auxiliando na real quantificação da carga de trabalho da enfermagem e na determinação do número de trabalhadores para compor a equipe, é o que foi referenciado pelo enfermeiro E14:

[...] aqui é feito errado, se a gente for fazer aquela conta, aquela tabela que a gente aprendeu, não chega nem na metade.

Dessa forma, é imprescindível a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, conforme a referida Resolução (COFEN, 2004). Considerando as seguintes proporções: cuidados mínimos e intermediários: 33% a 37% de enfermeiros (mínimo de seis) e 73% de técnicos e auxiliares de enfermagem; cuidados semi-intensivos: 42% a 46% de enfermeiros e os demais, técnicos e auxiliares de enfermagem; cuidados intensivos: 52% a 56% de enfermeiros e os demais, técnicos de enfermagem, apontados por Soares et al. (2011) e desvelado nos depoimentos de E15 e E20:

[...] ainda não sei em ala, eu não sei se existe uma proporção de funcionário para leito. CTI tem, Diálise tem, Oncologia não sei, mas assim, eu não sei se existe isso em ala, a gente sabe que ainda é difícil [...] (E15)

[...] a gente está tentando implantar a sistematização, mas a gente ainda está engatinhando, a gente fez um Escore, redimensionou a questão da equipe, quantos funcionários tinham [...] antes, nós tínhamos cinco funcionários no setor com trinta pacientes; hoje, nós temos onze funcionários; então, eles assumem de quatro pacientes, no máximo cinco cada um [...] (E20)

A partir desses apontamentos, o número reduzido de profissionais de enfermagem, a fragmentação, a falta de tempo, o desinteresse, o deficiente envolvimento dos profissionais de enfermagem e o vínculo com as instituições de saúde também são fatores limitantes na operacionalização da SAE como afirmam Gomes e Brito (2012), o que é corroborado pelos depoimentos dos enfermeiros E14, E24 e E26 deste estudo:

O que acontece também, às vezes, é quando o número do colaborador também não é suficiente, aí o enfermeiro acaba fazendo a função do colaborador e ele não consegue de jeito nenhum fazer uma sistematização, porque ele tem que fazer a atividade do outro para ajudar [...] (E14)

Falta funcionário, onde a gente tem que pôr a mão na massa. (E24)

[...] não tem aquele tempo assim de tirar e falar hoje eu vou é [...] como que você vai prescrever a [...] como que você vai fazer isso, é mais boca mesmo, já passa a orientação na hora porque se deixar para passar depois também você esquece, porque é tanta informação. (E26)

A implantação da SAE pressupõe mais do que vontade e dedicação dos enfermeiros, mas o apoio institucional que possibilite a reorganização do serviço, a alocação de recursos humanos e materiais, priorizando-se, assim, a assistência (PIMPÃO et al., 2010).

Enfatizam Cianciarullo et al. (2008) que a falta de interesse dos gestores, das chefias e das instituições com organização burocrática, não espera outro cuidado a não ser o estabelecido pela classe médica, para maximizar recursos e diminuir custos. E, se a proposta de implantação da SAE não estiver de acordo com a missão, com a cultura, com a filosofia e com os objetivos da instituição, isso pode não só impedir sua implementação como resultar em fracasso; uma realidade desvelada no cenário empírico deste estudo, conforme os depoimentos dos enfermeiros:

[...] essa parte de recursos humanos eu ainda sinto que as instituições particulares são mais resistentes, aumentar o número de quadros [...] deixar a gente mais servido na parte assistencial [...] (E1)

[...] o hospital está crescendo muito e eles estão querendo [...] acho que abrindo, tendo umas visões diferentes [...] agora eles estão contratando mais funcionários, mais enfermeiros, então no final das contas eles irão ter condições de contratar para os setores e isso aí vai ajudar demais, porque é nisso aí que você vai ter que trabalhar, ter um funcionário especificamente para aquele setor, ele tem uma visão e tem condições de proporcionar coisas melhores do que se ele ficar no geralzão, ele não dá conta de suprir tudo. (E14)

[...] para a gente estar fazendo a nossa função que eu acho que todo mundo adoraria, porque a sistematização melhoraria muito a qualidade da assistência, a gente teria que ter isso, teria que ter funcionários para estar realizando as suas atividades para que a gente pudesse fazer a nossa, a gente também não tem como exigir isso do hospital, é óbvio, o crescimento é a longo prazo, ele cresceu a estrutura física, nós ainda estamos caminhando, mas lento, em número de pessoas, de funcionários. (E15)

[...] eu acho que o primeiro passo dessa sistematização é o recursos humanos [...] (E16)

[...] a gente reconhece a importância, sabe da importância, sabe que facilita o nosso trabalho, que organiza, mas é por filosofia institucional, por questões de número, de dimensionamento de funcionários, então, assim, a gente vê que existe um empenho muito grande por parte de todos para caminhar mesmo, mas a gente tem muitas deficiências [...] (E23)

Complementando, Félix et al. (2009) referem que a sobrecarga de trabalho, o quadro insuficiente de pessoal e os fatores inerentes ao gerenciamento da instituição, refletem comumente na forma de agir dos enfermeiros, adotando estas ações mecanizadas, repetitivas e restritamente burocráticas, pouco se atentando à característica individual de cada paciente, como apresentam os enfermeiros deste estudo:

[...] para o enfermeiro estar conseguindo atuar nisso, tem que ter um número de colaboradores suficiente para que ele possa fazer a função dele, isso não quer dizer que ele não possa ajudar em algum procedimento, mas se ele passar e fazer todos os procedimentos, ele não faz a função dele, não tem como, é impossível. Mesmo a gente de setor fechado, às vezes, a gente tem que fazer atividade, não dá para a gente fazer tudo que a gente gostaria de fazer da nossa função. (E15)

Quando você pega um setor com um, dois pacientes, seu trabalho é uma beleza, agora quando você fica em uma ala que você pega seis pacientes, mas têm três que dependem mais do cuidado seu, às vezes você não consegue dar a assistência que você queria para eles. Então, é o que nós estamos falando, o recurso humano nessa parte é o principal. (E16)

[...] tem plantão que você fez tanta coisa, que você foi ali, aqui, fez isso, fez aquilo, fez papel de tanta gente, que chega no final você senta, você fala, gente parece que eu não fiz nada. (E24)

E aí toda vez reunião para cobrar a sua assistência, que você não tem condição de dar. Então, acho que essa é a parte mais difícil [...] (E25)

Eu acho que aqui não tem assim uma divisão de função muito bem declarada, a gente é muito um pouco de cada coisa que no fim não é nada, a verdade é essa, quando se delega muito, não se faz nada [...] (E27)

Vale ressaltar que, durante a efetivação da SAE, muitos enfermeiros se deparam com diversos obstáculos, uma vez que muitas instituições apresentam problemas administrativos e assistenciais, principalmente nos órgãos públicos, sendo considerados como entraves na melhoria da qualidade assistencial (GOMES; BRITO, 2012).

[...] a gente é assistencial, pois a gente precisa ser pela complexidade do paciente, a gente precisa ser, e aí ao mesmo tempo você é administrativo, lógico, toda a parte administrativa cabe a você, você gerencia tudo e você ainda é um pouquinho médico, um pouquinho fisioterapeuta, um pouquinho nutricionista, um pouquinho [...] e aí vai indo, no fim das contas você acaba abraçando tanta coisa que não flui tão bem ... a gente aqui tem muito a assistência com a gerência, com a administração, com tudo um pouco, a gente na verdade é de tudo um pouquinho. (E27)

Diante dessa problemática, a enfermagem tem sido muito perseverante em enfrentar esses desafios, na tentativa de implantar a SAE nas instituições onde exercem suas atividades, promovendo organização e redução do tempo na execução, com uma assistência mais qualificada ao paciente e conseqüentemente, indo em busca da conquista da autonomia (VARGAS et al., 2007).

Nessa perspectiva, Gomes e Brito (2012) referem a necessidade de se adequar a SAE a cada instituição, inserindo instrumentos facilitadores no andamento das atividades, tentando suprir essas dificuldades, assumindo também o compromisso de envolver toda a equipe de saúde, mostrando sempre a importância da sistematização da gerência do cuidado, para a sensibilização e para a participação ativa dos gestores, como desvelam os enfermeiros E11 e E23 deste estudo:

Porque em outras instituições a gente vê que dá certo, quando o enfermeiro ele tem segurança do que ele está fazendo e os outros colegas respeitam ele, médico nenhum questiona a atitude dele, não como questionamento que ele tivesse errado, mas um questionamento porque ele fez e quando eles veem que dá certo pode ter certeza que eles voltam atrás para pedir para fazer de novo [...] (E11)

A questão da mudança, todas nós diante da mudança gera uma certa resistência. Então, às vezes, é uma coisa que você tem que avaliar a longo prazo, tem que dar um tempo para ver, porque, às vezes, a pessoa [...] toma

conhecimento e, às vezes, acha que até depois fica melhor, realmente melhorou. (E23)

A busca constante pelo processo de gestão de pessoas na enfermagem faz parte do serviço de saúde que visa cada vez mais à satisfação de seus funcionários, para que, motivados, executem suas tarefas com eficiência e eficácia. Contudo, a prática da enfermagem versa hoje sobre muitas insatisfações apresentadas pelos enfermeiros relacionadas à falta de colaboradores e à sobrecarga de trabalho para um melhor desempenho no que tange à SAE enquanto líder da equipe (MOREIRA, et al., 2011). Essa realidade está evidenciada nas falas dos enfermeiros E15 e E19:

[...] para fazer sistematização, você tem que ter tranquilidade para isso, você fazer atividade do colaborador não consegue, aí você não faz nada direito [...] a gente ainda tem que levantar porque às vezes tem colaborador que trabalha em outra instituição também, então ele já tem dois cargos, isso não quer dizer que justifique, mas a gente sabe que dá uma sobrecarga, o ser humano não é um robô. Então, um dos dois lados vai ficar com uma qualidade um pouco mais deficiente, infelizmente, e a vida de hoje nos oferece, nos proporciona a gente tem a necessidade de ter mais um emprego infelizmente, se a gente tivesse um e ganhasse muito bem, nem precisaria se estressar tanto para alcançar tanto, mas, às vezes, infelizmente não dá e aí acaba ainda entrando mais ainda nessa defasagem na qualidade. (E15)

[...] eu falo assim que é humano cuidando de humano, olha a carga horária por igual, a questão de salário, a questão de dois empregos, três, é um dos principais fluxos, então é um conjunto ali, são seres humanos cada um em um grau evolutivo diferente, com a capacidade diferente [...] (E19)

A precarização do trabalho nas instituições públicas de saúde tem sido também uma constante frente à crescente demanda de atendimentos paralelamente à insuficiência de recursos financeiros disponibilizados à saúde (SOUZA et al., 2009). Nesse contexto de precarização, cita-se a falta de tempo nos serviços de enfermagem, que funcionam geralmente com um contingente aquém das necessidades para atender a uma demanda crescente de pacientes. No entanto, para que a enfermeiro possa cumprir o seu papel, é necessária, primeiramente, uma readequação no número de profissionais disponíveis (PIMPÃO et al., 2010), conforme evidenciado nas seguintes falas:

[...] as noites sou eu é [...] para tudo. (E1)

O tempo é escasso, quando a gente acha que não, mas mesmo no turno que trabalhe 12 horas não dá nem tempo dele fazer uma sistematização para cada paciente, é impossível, se fosse um setor, daria. (E15)

Quando você está em um setor só, fica bem mais fácil de trabalhar [...] quando você tem condição de trabalho, assim, menos pacientes, você executa o trabalho bem melhor. (E16)

[...] você consegue fazer quando está tranquilo, quando você está num setor só [...] mas quando o final de semana que a gente fica em vários setores é meio difícil a gente conseguir fazer. (E17)

Trinta e oito leitos, você acha que ele consegue fazer isso, nunca, ele não consegue ver a parte assistencial muito menos a parte administrativa. (E19)

O enfermeiro fica em vários setores. (E26)

[...] tem dia que eu não consigo avaliar, prescrevo, mas não consigo avaliar o resultado [...] como que faz a sistematização [...] não tem ferista, não tem nada [...] como se faz a sistematização [...] (E27)

[...] no início que entrei como enfermeira, eu tomava conta de cinco setores, não tinha como eu ficar ali em cima mesmo, eu só cobrava das meninas, passava nos quartos, vê se estava tudo certo, se tinha realmente feito o que eu tinha pedido [...] (E30)

Desse modo, o reduzido número de enfermeiros interfere diretamente em perda da qualidade dos cuidados à clientela, uma vez que se tornam plantonistas, priorizando as atividades administrativas e/ou gerenciais (MATSUDA et al., 2006; FOSCHIERA; VIEIRA, 2004). O que é referenciado pelo enfermeiro E27:

Por conta da gente não ter uma pessoa que realmente faça nada disso, [...] a gente tem encargos administrativos.

Vale ressaltar que uma equipe sobrecarregada, mesmo motivada, vai gerar uma queda de produção, de qualidade e de implicações negativas para a instituição, assim como colocar em questão o descontentamento do cliente que será atendido por um profissional insatisfeito e cansado (OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

Reitera-se que, segundo Lima (2004), a falta de tempo para concretizar a SAE é devido ao número reduzido de enfermeiros nas instituições de saúde e o fato de esses profissionais exercerem outras atividades nem sempre ligadas à sua atuação profissional e que os distanciam da assistência acabam gerando sobrecarga de trabalho e a execução da SAE é deixada para segundo plano. Conferem, ainda, Rezende e Gaidzinski (2008) que a execução da SAE se constitui como um dos recursos fundamentais de uma organização, em que a sua gestão contribui para a melhoria nos desempenhos individuais e coletivos da produtividade.

Diariamente, desafios são apresentados ao mundo corporativo, cabendo ao enfermeiro, dentro da realidade atual, buscar alternativas que respondam às necessidades dos Recursos

Humanos de Enfermagem na organização de saúde (RUTHES; CUNHA, 2007). O absenteísmo constitui-se nas ausências, nos atrasos, nas faltas, nas licenças e nas saídas antecipadas no trabalho, de forma justificada ou injustificada, referindo à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao trabalho e corresponde às ausências quando se esperava que os mesmos estivessem presentes (CHIAVENATO, 2000; OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

Assim, o gerenciamento dos Serviços de Enfermagem, frequentemente, fundamenta-se em parâmetros ultrapassados, não sendo considerados de grande relevância os aspectos relativos ao absenteísmo desses profissionais. O aparente desinteresse dos gerentes de enfermagem pode estar relacionado à sua complexidade, envolvendo direção, condições e organização do trabalho, bem como às políticas institucionais (SANCINETTI et al., 2011).

No cenário deste estudo, os enfermeiros, em seus depoimentos, também desvelam a problemática do absenteísmo:

[...] na verdade, nem era o nosso papel fazer isso, acho que não era o nosso papel chegar aqui e se descabelar por funcionário, porque é isso que a gente faz, a gente se descabela porque toda vez é funcionário que faltou a gente não fica sabendo e, às vezes, lá em cima está sabendo, aí a gente, às vezes, só liga e fala assim, oh! o seu funcionário não vai, só avisa mesmo nós enfermeiros, oh! enfermeira tal não vai. (E25)

[...] eu fico pensando [...] como será que se faz isso com um número reduzido. (E27)

Nessa perspectiva, é imprescindível que os gerentes de enfermagem monitorem o índice de ausências dos profissionais de enfermagem, como um indicador de gestão de pessoas, e lancem mão de um quantitativo de pessoal adicional para a cobertura dessas ausências, evitando-se a sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a elevação do absenteísmo dos profissionais, o que interfere, diretamente, na segurança e na qualidade da assistência prestada (SANCINETTI et al., 2011).

[...] a gente chega e todo mundo a noite inteira se descabelando por funcionário, por enfermeiro, por setor e assim. (E25)

Às vezes, o enfermeiro chega, ele mal chegou, já chega a notícia que o funcionário não vem, aí já fica assim [...] eu estou sem funcionário, não sei o que, você passa o plantão, escuta aquilo, mais ou menos, fica preocupado com remanejamento. (E26)

[...] a gente tem que ficar indo de setor em setor, para ver quem está hoje, quem veio, se tem um banco de horas, você não sabe, se tem um [...] você

nunca sabe [...] às vezes, eu pego, o funcionário não está, mas não está porque ele trocou, você nem sabe porque ele trocou, se ele está de atestado, se ele faltou, se ele trocou. (E27)

[...] é um pouco meio corrido, porque você chega às vezes [...] tem o horário de você chegar certinho, eu sempre entro quinze para sete [...] pego o plantão, ela não dá para passar no quarto o que seria o certo [...] não dá porque, hoje por exemplo tinha muito paciente, então eu peguei o plantão lá mesmo, lá no postinho ela me passou tudo e lá da UTI já estavam ligando perguntando de mim, se eu não tinha ido [...] (E29)

Assim como o absenteísmo, a rotatividade de pessoal, também conhecida como turnover, prejudica a qualidade da assistência, uma vez que os funcionários que permanecem em vários setores ficam sobrecarregados, gerando descontentamento e insatisfação, além de vincular economicamente a empresa, sendo que esta gasta mais ao admitir um novo colaborador (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005).

Resgatando Chiavenato (1997), a rotatividade de pessoal é definida como a flutuação de pessoal entre uma organização/instituição e seu ambiente. Dessa forma, a rotatividade no quadro de funcionários na enfermagem das organizações hospitalares representa um grande problema enfrentado pelos enfermeiros e implica, significativamente, a qualidade do cuidado e a operacionalização da SAE (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005). O que fica evidenciado nos depoimentos dos enfermeiros:

[...] eu mesmo, cada mês eu estou em um horário, então, assim, isso muda muito, interfere muito [...] eu já passei nos três plantões, cada plantão é uma rotina. Então, assim, eu estava trabalhando de manhã, do nada eu vim para noite [...] de manhã é muito corrido, não que à noite não é [...] de manhã é aquela correria de banho, de levar para fazer exame, de não sei o quê, então é muito diferente. (E13)

Quando você está em um setor só, fica bem mais fácil de trabalhar [...] quando você tem condição de trabalho, assim, menos pacientes, você executa o trabalho bem melhor. (E16)

O enfermeiro até que ele não é muito remanejado, mas o técnico toda semana ele muda. (E20)

[...] o mais difícil é saber qual é a minha equipe que eu trabalho hoje [...] (E22)

[...] às vezes, você quer saber alguma coisa daquele paciente, principalmente setores aonde tem muita rotatividade, por exemplo, o funcionário trabalha três dias, roda, ah! [...] eu não sei nada sobre esse paciente porque eu estou trabalhando com ele agora, então aí é que a gente vê, a gente sente muita falta da sistematização ali, às vezes, até o próprio enfermeiro mesmo, às vezes, ele é remanejado de um setor para cobrir o outro, às vezes, ele está em dois, então ele não consegue fazer, daí você

chega vê que está desenvolvendo uma assistência, mas eu nem sei direito o que o paciente tem, então com isso a gente sente muita falta [...] (E23)

[...] muitas dificuldades, quando você está se interagindo, quando você está ali gerando o serviço, quando está todo mundo cantando a mesma música você muda, aí começa tudo de novo, então no meu caso é um pouquinho mais difícil [...] no meu caso, você vai indo de acordo com a necessidade do plantão, você vai orientando, aí você vai, você volta, você vai, eu fico rodando os setores [...] não estou reclamando, realmente melhorou, a princípio eu ficava em cinco, agora estou em três, mas mesmo assim. (E25)

[...] nós somos funcionários do hospital inteiro, então, assim, não tem um setor fixo, se infelizmente precisar em outro setor a gente tem que remanejar para poder ajudar e com relação a isso a gente também tem a escala de remanejamento. (E29)

Eu trabalhei durante o dia e, às vezes, era um setor só, agora ficar em vários setores principalmente o pronto socorro é complicado. (E31)

Agrega-se a essa análise que os benefícios advindos do redimensionamento da equipe não se limitam apenas à esfera do paciente, como também abrangem a dimensão profissional por meio do resgate dos valores humanísticos da assistência de enfermagem e da institucional. Diante disso, hospitais que visam à excelência de seus serviços têm melhor credibilidade em sua imagem junto à coletividade e maior competitividade na área de saúde (CUCOLO; PERROCA, 2010).

Complementam Cucolo e Perroca (2010) que é importante ressaltar que o aumento do contingente de pessoal de enfermagem por si só não vai garantir melhoria na produtividade e na excelência na qualidade da assistência. Esse aumento deve ser precedido de revisão sistemática do processo de trabalho, eliminando atividades que agregam pouco valor, sendo desnecessárias ou mesmo redundantes ao paciente e que demandam tempo da equipe. Dessa forma, deve haver compromisso firme do enfermeiro na análise do fluxo e práticas de trabalho e na reformulação desse processo, quando necessário.

Observa-se que a carga de trabalho excessiva é um dos pontos estressantes mais citados pelos participantes do estudo para a não concretização da SAE. Nesse sentido, há também diminuição da satisfação com o trabalho, porque aumentam os fatores estressores (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Resgatando Maslach (1982), um fator predisponente à insatisfação é o estresse no ambiente hospitalar, o que contribui para o *Burnout*, que é a síndrome da exaustão emocional. Essa síndrome pode acometer profissionais que trabalham diretamente com pessoas e é considerada fator significativo para a rotatividade.

Eu acho que é até uma cultura dos funcionários, que a gente já tentou mantê-los fixos, mas eles se desgastam muito emocionalmente, alguns se apegam aos pacientes, outros também se queixam, porque sempre tem aquele paciente que é mais, vamos dizer assim, mais queixoso. Então eles preferem que tenha essa rotatividade, uma vez por semana roda, muda a posição deles para não ficar com o mesmo paciente [...] (E20)

Aiken et al. (2002) e Rafferty et al. (2007) demonstram que enfermeiros com sobrecarga de trabalho têm maior chance de desenvolver a síndrome de *Burnout* (estado de exaustão física, emocional e mental) e de se tornarem insatisfeitos. Ressaltam também que os hospitais que apresentam número adequado de pessoal de enfermagem e se preocupam com a capacitação e a retenção de enfermeiros obtêm melhores resultados para os clientes e para os serviços de saúde. Percebe-se que esse fato de os hospitais aumentarem seu número de pessoal da enfermagem já está sendo concretizado nas instituições em que se realizou o estudo:

[...] o número de leitos aumentaram, então aumentou o número de funcionários, aumentou, talvez ainda seja um pouco defasado, mas deu uma melhora, sim, a gente sabe, questões de quantidade de funcionários. (E15)

[...] igual aqui já melhorou muito, antes na ala era um, agora são dois, enfermeiros, aqui era um que ficava por conta de tudo, Maternidade, CTI [...] (E16)

[...] foi melhorando, já fizeram o redimensionamento, aumentou o número de enfermeiros. (E24)

Somando-se a esses apontamentos, incluir uma consultoria de Recursos Humanos dentro de um hospital é uma ferramenta imperiosa e muito eficaz, uma vez que a gestão de pessoas não é apenas controlar os processos de remuneração salarial, de benefícios, de normas trabalhistas ou de números de pessoas que trabalham dentro da instituição, mas, sim, analisar o ambiente organizacional e comportamental de seus funcionários e gestores. Contudo, para uma ótima gestão organizacional, tem que se considerar a satisfação dos mesmos, pois é com eles que se obtêm um reconhecimento (OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

No entanto, outro ponto influente na não concretização da SAE é a falta de conhecimento/preparo e de interesse pelos próprios enfermeiros e a ausência de apoio por parte da administração em favorecer educação permanente para o funcionário se atualizar e buscar novas ideias para resolução de problemas, visto que os hospitais não estão valorizando a gestão por competência, o que reflete diretamente na implantação e na implementação desse instrumento assistencial imprescindível no cotidiano do enfermeiro, o que é apresentado pelos enfermeiros participantes do estudo:

Dependendo do posto, acho que tem muita gente na instituição que é despreparada [...] (E6)

Eu acho que entra muito o despreparo mesmo e a falta de interesse [...] (E7)

[...] ocorre a discordância, é porque não quer aumentar o serviço dele. Porque às vezes ele já fala assim, já acostumou tanto fazer daquele jeito que fala para ele assim: olha vamos formalizar, vamos colocar no papel, vamos fazer a prescrição, a não, isso vai demorar muito tempo, a não quero saber. Ah! [...] mas por que que o fulano está fazendo? Ai, fulano, você faz eu também vou ter que fazer, é daquele jeito. Então, é por isso que há uma discordância. (E9)

[...] às vezes, um colega discorda do outro, mesmo sabendo que aquilo é certo, aí ocorre a discordância e todo mundo fica na dúvida. (E11)

Vai levando [...] enquanto não tem ninguém cobrando, vai empurrando o trem para frente. (E12)

[...] eu acho que a gente poderia estar fazendo mais essa qualificação da qualidade, aí a gente tem só que questionar o que está faltando para gente estar fazendo isso [...] (E15)

[...] eu vejo nas instituições, o pessoal não tem compromisso com aquele paciente, chega hoje e pergunta qual o diagnóstico do paciente, esse paciente chegou, esse paciente ele é assim mesmo, ele fica assim mesmo ou ele está em decorrência da doença, o que está acontecendo [...] eu quero pegar o paciente do início ao fim, porque eu vejo a história dele, eu acompanho a evolução [...] eu falei, como é que você cuida do ser humano se você não sabe o que ele tem. (E19)

Entretanto, apreende-se pelo depoimento dos enfermeiros E9 e E11 que o despreparo dos profissionais é extremamente gritante o que reflete diretamente no cliente/usuário.

[...] até mesmo dentro da instituição também, não sabe que tem que por uma coisa dentro do soro ou o soro tem que ir sozinho, aquela medicação tem que ser sozinha ou que não sabe nem o que é um equipo, aquela mangueirinha que tem um negocinho, que põe num frasquinho, desconecta e volta. Imagina um profissional desse, não sabe nem o que é o material que ele está usando. (E9)

[...] aqui na nossa realidade [...] acontece de colocar técnico ou enfermeiro dentro de uma ambulância de transporte que não sabe para que serve o monitor, vai e volta com o monitor desligado. (E11)

Dessa forma, a pouca participação em cursos específicos de enfermagem pode aludir que o tempo que esses profissionais possuem é pouco para se dedicar a outras atividades como cursos para capacitação e para qualificação, decorrendo provavelmente do cansaço físico, do estresse, da disponibilidade de tempo e da falta de estímulo para o crescimento profissional dentro da área em que atua (MOREIRA et al., 2011).

Nesse contexto, funcionários motivados e valorizados por suas empresas atraem outros bons e motivados profissionais, que são infinitamente mais comprometidos com os resultados e com a organização, buscando constantemente melhores qualificações e, acima de tudo, querendo o melhor para a empresa, pois sabem que o melhor da empresa será o melhor para o futuro deles (MOTTA, 2000).

É essencial a qualificação de profissionais de enfermagem em nível técnico especializado, na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações, para que possam estar integrados e interligados no trabalho, como sujeitos participativos e autônomos, buscando o envolvimento e o comprometimento dos recursos humanos, tendo como objetivo a melhoria da qualidade da assistência ao cliente (FIORENTIN, 2008).

A enfermagem tem a responsabilidade de prover cuidados aos pacientes e, para tanto, necessita dispor de recursos humanos qualificados e em quantidade que lhe possibilite responder às expectativas institucionais. Assim, os serviços de enfermagem sofrem impacto das políticas de ajuste impostas, independentemente de suas finalidades, determinando consequências positivas ou negativas ao setor (CAMELO, 2009).

Entre as alternativas para viabilizar a realização da implantação da SAE, existem algumas premissas a cumprir, tais como: aumentar o número de trabalhadores na enfermagem, reorganizar o serviço da enfermagem e utilizar a academia como parte integrante e coparticipante do processo de elaboração da concretização da SAE (PIMPÃO et al., 2010).

Já nos idos da década de 1990, Chiavenato (1999) referia que gerenciar pessoas significa estimular a organização, juntamente, com colaboradores e parceiros internos que mais entendem dela e de seu futuro. Uma nova visão das pessoas, não mais como recurso organizacional, mas como objeto servil ou como mero sujeito passivo do processo, ou seja, fundamentalmente, como um sujeito ativo e provocador das decisões, empreendedor das ações e criador da inovação dentro das instituições hospitalares.

Em relação ao preparo do enfermeiro, enquanto líder da equipe, são consideradas na literatura características positivas em um líder como a credibilidade, a comunicação, o conhecimento, o bom relacionamento, o envolvimento e a segurança. Portanto, estabelecer um correspondente dimensionamento do quadro de enfermagem é imprescindível para se garantir uma assistência de excelência à clientela (VIEIRA; KURCGANT, 2009).

6.2 MODELOS CONSERVADORES VIVENCIADOS

No mundo atual, presenciam-se inúmeras e rápidas transformações, nos diferentes setores de saúde, resultantes de modificações demográficas, tecnológicas, políticas e ecológicas, em um processo acelerado de globalização econômica. As grandes tendências atuais apontam para a necessidade de mudanças no âmbito da saúde, com adequação às transformações sociais (MOTTA, 2001).

Diante disso, as organizações em geral que pretendem manter-se vivas, buscam investir em modelos gerenciais contemporâneos, caracterizados por estruturas flexíveis, pela gestão participativa, pela existência de poucos níveis hierárquicos e de fluxo informal intenso e dinâmico (LIMA, 2004).

Desse modo, é importante resgatar Almeida e Rocha (1997) que referem o modelo clínico biomédico, o qual vai se delineando por meio de seu instrumento e objeto de trabalho, tendo como finalidade a recuperação do corpo individual, sendo o médico a figura central que, com o seu saber clínico em suas ações de diagnóstico e de terapêutica, produz a recuperação do corpo. No entanto, a complexidade do conhecimento e a ampliação da infraestrutura hospitalar levam à necessidade de agregar outros trabalhadores e, conseqüentemente, separar o trabalho em momentos intelectuais e manuais, cabendo ao médico a apropriação do intelectual, o que lhe confere um espaço de poder sobre os demais trabalhadores em saúde.

Contudo, Lima e Almeida (1999) complementam que, nesse modelo, o médico está em posição central e dominante sobre os demais profissionais de saúde e que o enfermeiro também desenvolve uma relação de dominação sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem, por meio da divisão técnica e social do trabalho, com poderes que o diferenciam dos seus subordinados, reproduzindo um modo de ação delineado pelo modelo tradicional.

O *status* e o poder exercem grande influência na ética organizacional, para a qual esses dois fatores são uma das formas de se influenciar as decisões dos membros da organização, relacionando-se diretamente com o volume de pressão que podem exercer sobre os subordinados. Uma pessoa em posição hierárquica superior pode exercer pressão sobre os subordinados para que cumpram suas ordens, mesmo quando os valores dos subordinados choquem com os seus (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005).

Essa categoria é composta por duas subcategorias. A primeira aborda a centralização de poder, discutindo a necessidade da gestão participativa, ou seja, de favorecer o relacionamento interpessoal, dando a oportunidade a todos os componentes da equipe de estar

participando de forma efetiva e horizontalizada para um único objetivo. A segunda subcategoria identifica o impasse na assistência: doença X a integralidade do cuidado, em que é comum acontecer do enfermeiro se sentir limitado para a operacionalização da SAE, face ao modelo biomédico predominante que interfere diretamente na assistência holística ao cliente.

6.2.1 Centralização de poder

À luz de Foucault (2003), todo o saber tem origem em relações de poder, sendo que este poder e o saber se implicam mutuamente, podendo se afirmar que não há poder sem formação de saber, assim como todo o saber dá origem às relações de poder, entendendo-se que o hospital não seja somente um local focado na cura, mas também no modo de produção, de acúmulo e de transmissão de saber.

É assumido que existe poder no relacionamento entre gestores e equipe de enfermagem, no entanto Benner (2001) ressalta que os enfermeiros detêm o poder, embora se situem na base da escala hierárquica hospitalar, em termos do que se considera o poder com a competição, a dominação e o controle. Todavia, os enfermeiros apresentam poder pela possibilidade que têm de se adaptarem ao sistema e pela capacidade de analisar e de tomar iniciativas, implicando-se genuinamente nos cuidados aos seus clientes.

Desde o início do século XX, resgatando Motta (1986), as empresas vêm sendo organizadas a partir dos princípios da Teoria Científica, cujo precursor, Frederick Taylor, preconizava a divisão do trabalho, a disciplina, a racionalização dos métodos dos sistemas de trabalho e a padronização da produção.

A gestão dos serviços de Enfermagem, assim como a gestão dos serviços de saúde, sofreu forte influência das teorias tradicionais de Administração na organização dos seus processos de trabalho. Pode-se dizer que, ainda hoje, tem-se adotado modelos gerenciais da área de produção, especialmente industrial, para aplicar na área de serviços, sem refletir sobre como usá-los ou sobre qual é o melhor modelo a ser aplicado. Essa forma de utilização retardou o desenvolvimento do conhecimento sobre novas formas de gestão na área da Saúde e de Enfermagem (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

A centralização de poder das decisões é uma das características do modelo clássico de gestão, tendo como um dos princípios básicos a unidade de comando (MOTTA, 1995). Esse princípio concentra o poder decisório, tornando as estruturas organizacionais hierarquizadas e verticalizadas, fazendo com que os gestores, localizados no topo da pirâmide organizacional,

raramente tenham contato com os reais problemas ocorridos nos setores de trabalho (SPAGNOL; FERRAZ, 2002).

A organização do trabalho na enfermagem e na saúde nos países capitalistas, desde a década de 1970, está inserida no contexto histórico, com mudanças e com rupturas do modelo fordista e taylorista de produzir por tarefas, fundamentado nas regras de fragmentação e rotinização do trabalho e com relações hierárquicas de comando (BORK, 2003). Com isso, a enfermagem incorporou de modo pragmático uma série de fundamentos do Taylorismo (separação entre pensar e fazer, supervisão direta, foco nas tarefas, rotinização e tecnicismo) e do Fayolismo (hierarquia rígida, subordinação, racionalização de funções). Tais heranças contribuem para a manutenção daquela hierarquia mecanicamente burocratizada a que a enfermagem obedece no hospital (LIMA; BINSFELD, 2003).

Diante dessas heranças, um ponto que merece ser destacado é o fato de existirem ainda muitas lacunas na produção de conhecimento sobre a SAE, em especial, na análise das características administrativas das instituições de saúde, na posição e na autonomia da enfermagem, na concentração do poder dentro das instituições e sua interferência no processo de trabalho do enfermeiro (FIGUEIREDO et al., 2006). O que é referenciado pelo enfermeiro E4 participante do presente estudo:

Na verdade, eu acho que a alta direção não entendia muito bem o nosso papel e não entendia muito bem a nossa tarefa aqui dentro, então achava que [...] eu percebia muitas vezes que era uma exigência legal que tinha que ser cumprida, mas não sabia muito bem o papel que cada um fazia.

Perante essa premissa, uma das tendências da administração moderna é tornar as relações interpessoais cada vez mais próximas, reduzindo significativamente a distância entre os cargos centrais e a base da estrutura organizacional, ampliando as relações de poder, indo além das relações verticais (CHIAVENATO, 1994). Assim, como alternativa ao modelo de gerência clássica, surgiu à administração participativa que constitui uma forma de administração em que as pessoas tenham reais possibilidades de participação, com liberdade de ir e vir, de discutir, de sugerir, de modificar, de alterar, de questionar uma decisão, um projeto ou uma ingênua proposta (CAMPOS, 1998).

Com isso, o gerenciamento avança da racionalidade para a flexibilidade ao responder aos modelos e às finalidades do capitalismo avançado. Nesse contexto, a flexibilização é o que fundamenta os programas de qualidade que estão sendo implementados nas instituições hospitalares, dentre eles, a SAE, nos quais se observam, como consequências, a estrutura da

pirâmide hierárquica e a intensificação do ritmo do trabalho de enfermagem, denotando a sua real intencionalidade que é a geração de lucratividade (FELLI; CIAMPONE, 2002).

Dessa forma, apreende-se pelo depoimento do enfermeiro E4 que já existe uma forma de gestão participativa na instituição hospitalar em que ele atua:

[...] isso agora está sendo mais claro para a diretoria, então a gente consegue com isso muito mais apoio e eles reconheceram realmente o trabalho da gente, mas isso não é uma coisa muito recente, vem sendo conquistada ao longo dos anos, mas é uma coisa que agora que a gente está conseguindo que eles enxerguem isso, porque a alta diretoria não é composta por enfermeiros, são médicos e eles têm uma visão diferente do trabalho da gente [...]

Nesse gerenciamento, fundamentado na flexibilidade, a produção é voltada e conduzida pela necessidade, num processo produtivo flexível, em que o trabalhador é polivalente. O trabalho é realizado em equipe, na qual a horizontalidade é privilegiada. É notório enfatizar que, diante dos avanços tecnológicos e da globalização, as mudanças são rápidas, a realidade é dinâmica e a organização precisa ser flexível para responder em tempo real à imprevisibilidade (FELLI; PEDUZZI, 2005).

A partir desses apontamentos, com ênfase na necessidade de reconstrução dos modelos de gestão, estão surgindo novas abordagens gerenciais nos dias atuais, como a gerência participativa, a descentralização das decisões e a aproximação de todos os elementos da equipe de trabalho, oferecendo a estes oportunidades de participarem efetivamente da discussão e aperfeiçoamento constantes do processo de trabalho. Em outras palavras, é delegada às equipes, autonomia para desenvolver novos projetos e métodos de trabalho, formular políticas de gestão de pessoas, bem como sugerir novas diretrizes para a estrutura organizacional (FERNANDES et al., 2003).

Os serviços de Enfermagem são áreas que trabalham essencialmente com pessoas e para pessoas, de uma forma muito intensa, em que o momento da realização do atendimento ocorre juntamente com a interação dos profissionais e de seus usuários. Sendo assim, não se entende como até hoje as instituições de saúde ainda negligenciam uma melhor atenção aos seus funcionários, que são o seu capital humano (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Complementam Balsanelli et al. (2008) que existe uma tendência que busca quebrar modelos tradicionais de administração que é a ênfase no capital humano das organizações e de seus colaboradores dentro da equipe, considerando os mesmos como peças fundamentais no processo, o que é desvelado no presente estudo por E1:

[...] agora eles estão reconhecendo que nós estamos aqui por 24 horas [...] nós estamos amenizando muitos dos problemas que chegavam até eles que agora não está chegando mais [...] agora que a gente está conseguindo, mas aos poucos eles estão reconhecendo que nós temos o nosso papel diferente do deles, mas tão importante quanto.

Nesse contexto, a inserção do enfermeiro nessa situação de inovações e mudanças, acompanhando a evolução do mundo globalizado, faz-se necessária para a busca do desenvolvimento de seu conhecimento por meio da implantação da política do saber e do fazer crítico, que certamente o tornaria um profissional capaz de resolver desafios da práxis profissional (AGUIAR et al., 2005).

A enfermagem, por ser considerada a ciência do cuidar, está sempre ligada aos mais diversos ramos do conhecimento como a ciência da administração, que contribui com uma parcela que se concretiza, especialmente, na gestão de pessoas. E, ainda, com a evolução técnico-científica, percebeu-se a necessidade da inclusão do enfermeiro no campo da administração de recursos materiais, visando não tornar-se um ser burocrata, mas buscar atender ao seu produto final, o paciente, com um atendimento holístico e de qualidade (VITARI, 2006).

A articulação gerencial do enfermeiro com a administração por recursos materiais para a assistência pode ser desvelada no depoimento de E1:

[...] eu acredito que nós que trabalhamos em uma instituição particular temos esse benefício da disponibilização de recursos materiais mesmo, igual, se eu precisar de uma cobertura especial para um curativo, eles vão comprar, se a justificativa for cabível eles compram [...] então, eu sinto que trabalhar com esta disponibilização é muito gratificante. Então, assim, você não nega, você não omite alguma coisa que você sabe que vai ser importante para o paciente por questões financeiras. Então, é uma vantagem muito grande.

A literatura descreve a importância da descentralização administrativa quanto aos serviços de enfermagem, uma vez que as decisões ficam o mais perto possível do local onde as ações são produzidas, permitindo, assim, que os enfermeiros tenham autonomia e respaldo necessários para desenvolver o trabalho de forma mais criativa e responsável (BARROS, 1993).

Aos enfermeiros, cabem tarefas diretamente relacionadas à sua atuação com o paciente, bem como à liderança da equipe de enfermagem e ao gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação, para a prestação da assistência de enfermagem com excelência (CUNHA; XIMENEZ NETO, 2006).

Pode-se afirmar, conforme Menezes (2002), que as trocas de emoções e de experiências, fruto da convivência entre diferentes pessoas, é o fator chave no trabalho em equipe, tão importante quanto a realização de qualquer tarefa, porque é a convivência que dá significação às pessoas. Em geral, os subordinados não se motivam, uma vez que, na maioria das vezes, o que é dito não é cumprido, todavia a empresa deve estar cercada de pessoas pró-ativas e que estejam dispostas a defender os mesmos valores desde que seus valores sejam éticos e haja, por parte dela, uma política de reconhecimento e de recompensa pelos seus esforços.

Acrescenta Fernandes (1996) que, quando as condições de trabalho nas instituições prevalecem como regulares, a maioria questiona, principalmente no que tange aos recursos materiais disponibilizados para a execução das atividades e ao quadro de pessoal insuficiente para a demanda do serviço, sendo que a condição de trabalho mede as condições prevalecentes no ambiente de trabalho.

[...] a instituição não te dá subsídio para você fazer aquilo, precisa de tal material para fazer tal procedimento e na hora que você vai fazer o procedimento você não tem aquele material [...] (E6)

Na área da saúde, algumas premissas têm sido implementadas no sentido de buscar modelos de gerência alternativos aos modelos tradicionais de administração, em que a qualidade dos serviços prestados, o planejamento e a organização, a manutenção e a satisfação dos profissionais de enfermagem devem ser garantidas. Com isso, as instituições prestadoras de serviços de saúde, em especial as hospitalares, foram tradicionalmente organizadas à luz das teorias administrativas clássicas, o que pode ser constatado nas estruturas extremamente rígidas, com vários níveis hierárquicos, com centralização do poder e limitada autonomia e responsabilidade dos níveis intermediários/gerenciais, os enfermeiros (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Entretanto, um aspecto da não operacionalização da SAE, apresentado por Farias (2000), é a ausência da realização e a não execução da prescrição de enfermagem pela equipe. Observa-se que a equipe pode não estar preparada ou não visualizar o profissional enfermeiro, enquanto responsável pela gerência da assistência de enfermagem, por este estar acomodado a rotinas e ao cumprimento da prescrição médica.

Nós poderíamos estar prescrevendo, então acaba, entre aspas, nós sendo escravos deles, porque você nunca pode sair da rotina deles, então é a rotina, não a rotina da casa, sim, a rotina do médico, quando você sai um

pouquinho, você tenta trabalhar como enfermeiro eles já vêm e já te puxam, “olha o teu limite, porque que você fez isso, quem deu ordens para você agir dessa forma”, entendeu? Então, às vezes, são muitas coisas que a enfermeira acaba ensinando para o técnico que ele não pode relatar, porque se ele relata aquilo ali compra uma briga enorme. (E8)

Diante desse apontamento, a busca constante pela qualidade e pela excelência da assistência na instituição trouxe mudanças nos modelos de gestão com a implantação de coordenadores de unidades e, conseqüentemente, a forma de gerir as pessoas também mudou. O investimento no capital humano é hoje valorizado, uma vez que tem ocorrido forte tendência de abandonar o enfoque científico da administração, por um enfoque mais sofisticado das relações humanas (CUNHA; XIMENES NETO, 2006), o que foi referenciado pelo enfermeiro E14:

[...] é só dar tempo ao tempo, porque agora eles estão tendo uma visão melhor. Então, eles já estão fazendo algumas mudanças, eu acredito que no futuro vai melhorar bastante.

As mudanças apontam para um redirecionamento dos objetivos da organização hospitalar, antes voltados para o controle da produção de bens e de serviços, para outra baseada na informação, na tecnologia e no consumo, conseqüentemente, a gerência praticada nas organizações se volta para a valorização da descentralização administrativa, da comunicação informal, da flexibilidade nos processos de produção, assim como para o estímulo à iniciativa e à criatividade dos indivíduos e dos grupos (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Considerando-se o hospital como uma instituição médica, baseando-se nas práticas atuais percebidas no interior da organização, onde os demais saberes e práticas giram em torno deste conhecimento, muitas vezes, esses saberes estão mais a serviço dos médicos que dos clientes, ou seja, sua presença se faz necessária no sentido de garantir o processo de produção dos únicos profissionais autônomos no interior do hospital, os médicos (LIMA; BINSFELD, 2003).

[...] os médicos, eles não conhecem a sistematização da enfermagem. Eles acham que o diagnóstico de enfermagem vem para impor alguma coisa diante do diagnóstico deles, mas não é. Porque nós olhamos num todo, eles olham somente aquela patologia do momento [...] (E9)

A atuação do médico, ao “advogar em prol do doente”, supõe a existência de uma hierarquização em que os médicos estão em posição de agirem em favor do cliente junto de outros médicos ou de outras entidades, sendo essa atuação equivalente ao princípio da

beneficência e com a obrigação moral de agir em benefício dos outros, ajudando as pessoas, promovendo seus interesses legítimos e importantes, incluindo que os fortes devem proteger os fracos e vulneráveis (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Nesse contexto, as relações de poder são negociadas e renegociadas constantemente nas interações com os profissionais de acordo com as demandas e com a definição das identidades dos participantes (LUPTON, 2003).

Assim, resgatando Trevisan (1988), a mesma considera que o serviço de enfermagem mais facilita o serviço de outros profissionais na realização de suas atividades na unidade de internação do que concretiza os objetivos de seu próprio serviço. Nesse sentido, ela limita-se a solucionar problemas para médicos, para funcionários de laboratórios, para nutricionistas, dentre outros (LIMA; BINSFELD, 2003).

Lima e Binsfeld (2003) acrescentam também que o cotidiano de trabalho do enfermeiro no hospital é suficiente para se afirmar que suas atividades são prevalentemente administrativas, embora isso não se dê por opção, mas por uma certa imposição da filosofia da administração hospitalar, a qual espera que o enfermeiro se responsabilize pelo bom funcionamento das unidades e por manter a casa em ordem. Dessa forma, o enfermeiro incorpora tal missão, talvez pela autoridade que lhe é conferida e passa a estar comprometido com os interesses da estrutura organizacional.

[...] envolve hierarquia, envolve a filosofia institucional, o que a instituição quer [...] então de repente você começa bater de frente com isso aí você não sabe o que fazer, então o que é para mim fazer, é tanta coisa, é o funcionário que não veio, é funcionário de menos, é a instituição que às vezes é [...] a filosofia dela visa é lucro, então o que eu tenho que fazer, é onde o enfermeiro se perde [...] (E23)

A assistência de enfermagem deve corresponder aos objetivos do serviço de enfermagem e da organização, ou seja, é necessária a coerência na filosofia, nas metas e nos objetivos da organização, no serviço de enfermagem e da unidade (MARQUIS; HUSTON, 1999). Com isso, alguns autores corroboram que implementar a SAE pressupõe a existência e divulgação de uma filosofia e de objetivos compatíveis com esse método assistencial de trabalho (FUGULIN; ANDREONI; RAVAGLIO, 2001).

Outra característica da dinâmica hospitalar, que aponta para o deslocamento da enfermagem para a assessoria de apoio, é de que esta obedece a uma estrutura hierárquica burocraticamente mecanizada e verticalizada de cima para baixo, diferentemente do núcleo

operacional, que atende a uma linha democrática, de baixo para cima (LIMA; BINSFELD, 2003).

[...] o problema também é mais embaixo ou nesse caso mais em cima, porque já vem lá de cima, porque a gente não tem feedback [...] quer dizer, a gente faz o papel lá de cima, porque eu já fiz esses tipos de queixa mas não adianta, não tem, não vai andar mais que isso [...] (E25)

À luz de Ferraz (1995), a dialética do controle é uma característica marcante da Gerência Clássica, a qual centraliza as ações do gerente na supervisão e no controle das atividades desenvolvidas. O estilo de gerência em enfermagem, norteador nos moldes da administração tradicional, tem conduzido o pessoal da enfermagem a experimentar uma solidariedade mecânica resultante da forte pressão social dos poderes instituídos hierarquicamente, inibindo a pluralidade de ideias, as distinções e as complementaridades profissionais (FERRAZ, 1997). Em que essa questão prevalece, deixando o enfermeiro de mãos atadas:

[...] a cultura organizacional que nós temos hoje dificulta muito isso, porque a cultura que a gente tem aqui é assistencial. Então, assim, é tratar a patologia, então eu trato aquilo, meu horário de serviço é esse, então eu não tenho, por exemplo, que às vezes assumir, igual coloca uma música, então, ninguém pensa assim, nossa coitado desse paciente que está aqui no quarto não escuta uma música, não vê uma televisão, não tem uma revista para ler [...] o paciente que está ali, será que ele não vai se sentir satisfeito pelo menos com algum estímulo, porque ficar no quarto fechado 24 horas por dia sem ter nada para fazer não é fácil e eles não enxergam assim. (E20)

A cultura organizacional pode ser concebida como um conjunto de valores, de normas, de rituais e de formas de resolver problemas compartilhados por seus membros. Muitas vezes, os funcionários esforçam-se para cumprir as políticas e filosofias da instituição, mas se a instituição não explicita quais são elas, o que é esperado dos funcionários é de não promover qualquer tipo de sensibilização para a dimensão ética de atuação. Assim, uma vez que a instituição não define e não informa quais são as condutas esperadas, cada indivíduo estabelece as suas (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005).

A enfermagem, como parte integrante do setor de prestação de serviços de saúde, ainda sofre influência dos modelos tradicionais de gestão, resultando em um processo de organização de trabalho focado em tarefas e com uma visão fragmentada do cliente, numa estrutura centralizadora e pouco flexível. Esse modelo tem levado à insatisfação dos profissionais e de seus clientes, inviabilizando o sucesso no alcance dos objetivos das organizações de Saúde (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

A busca por novas formas de gestão nos serviços de saúde torna necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades por parte dos enfermeiros, sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição (FÁVERO, 1996).

Todavia, a Enfermagem necessita também acompanhar as transformações da sociedade contemporânea, cabendo aos enfermeiros, que são responsáveis pela gerência da assistência, buscarem cada vez mais inovações na gestão dos serviços, que permitam amenizar as consequências do modelo tradicional de administração, adotado até hoje, na maioria das instituições hospitalares (FERNANDES et al., 2003).

[...] acho que tem que ter uma mudança na estrutura do serviço de enfermagem para que a assistência de enfermagem vá funcionar conforme deveria [...] (E3)

Nesse sentido, no cotidiano de trabalho do enfermeiro observa-se que a maioria aprova o modelo de gestão participativa cujos envolvidos participam dos processos de desenvolvimentos os quais enriquecem o conhecimento dos profissionais que certamente ajudarão a instituição a atingir os resultados que garantirão o alcance e a sustentação do sucesso. No entanto, o papel do gestor é fundamental em qualquer programa de desenvolvimento nas empresas, uma vez que o mesmo lidera as equipes pressupondo a capacidade de influenciar e ao mesmo tempo de ser influenciado pelos subordinados, buscando alcançar os objetivos pré-estabelecidos (MOREIRA et al., 2011).

Contudo, a Enfermagem por ser um grupo profissional bastante expressivo, em número de pessoas e de atividades no hospital, precisa ter sua participação na maioria dos processos e acompanhar as tendências para participar da construção de alternativas que respondam aos desafios de melhorar a oferta, a qualidade e a equidade dos serviços prestados à população (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Percebe-se que, enquanto prevalecerem os modelos baseados em Taylor e Fayol, a prática da SAE não será totalmente concretizada, uma vez que a vontade dos gestores da instituição em implantar essa proposta deve se transformar em viabilização dos recursos necessários à sua implementação e manutenção (SANTOS; RAMOS, 1998).

Nesse sentido, para se alcançar a excelência da SAE, é preciso que a gestão mantenha um equilíbrio de satisfações, atendendo às necessidades identificadas de todos os seus sustentáculos, ou seja, as partes interessadas, incluindo os pacientes; os colaboradores ou empregados da instituição; os fornecedores; a sociedade em geral em que a organização está

inserida; as entidades pagadoras e todos os que sustentam financeiramente a estrutura organizacional (MEDEIROS, 2011).

Por conseguinte, é imprescindível que os modelos contemporâneos de administração, conduzidos por estratégias que permitem a flexibilização nos processos de produção, propiciam uma análise e um diagnóstico situacional, dando aos gerentes condições para antecipar o futuro, reduzindo riscos e incertezas na tomada de decisão. Dessa forma, as empresas deverão ser capazes de atender às demandas do mercado em tempo hábil, respondendo à clientela e ao avanço tecnológico, tornando suas empresas cada vez mais competitivas e garantindo o desenvolvimento institucional (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

6.2.2 Impasse na assistência: doença X integralidade do cuidado

Ao se discutir essa subcategoria, é imprescindível realizar o resgate histórico dos modelos gerenciais e assistenciais que perduram até os dias de hoje. Nesse sentido, a enfermagem desde os tempos de Florence Nightingale, vem tentando obter a sua cientificidade própria em vez de ficar se sustentando nos conhecimentos do modelo biomédico.

Assim, resgatando Capra (1982), o mesmo afirma que o corpo humano é visto como uma máquina e suas peças, tendo a doença como o mau funcionamento das estruturas biológicas e o papel dos médicos, a intervenção para consertar o defeito de um determinado mecanismo danificado.

O modelo norteador da medicina científica ocidental se caracteriza historicamente por privilegiar o diagnóstico da doença e, em consequência, o profissional da equipe de saúde mais próximo, o médico, com uma tendência em menosprezar o trabalho de outros profissionais, em especial o dos enfermeiros. Nessa lógica do atendimento da doença, o modelo conduz uma série de escolhas de prioridade, como por exemplo, a da cura sobre a higiene e o bem viver; do corpo sobre a psicologia; das especializações sobre a medicina geral, e assim por diante, o que determina escolhas políticas e econômicas (FOUREZ, 1995).

As práticas de saúde no Brasil em geral têm se fragmentado em ações médico-sanitárias (caráter preventivo) e em ações de assistência médica individual (caráter curativo), com a supremacia destas em detrimento das primeiras, trazendo o significado em que ainda prevalece um modelo com ênfase na cura, centrado em atendimento médico nos hospitais (MENEZES, 1998).

Na maioria dos serviços de Enfermagem, há restrição ao modelo que se volta predominantemente para a execução das ações prescritas pelo profissional médico interferindo diretamente na assistência ao cliente, aliada ao fato de que na maioria das vezes o número de enfermeiros é insuficiente para a operacionalização da SAE. Esse fato justifica a falta de tempo disponível para a realização da assistência sistematizada no atual modelo vigente de atendimento nas instituições, ou seja, no modelo da integralidade preconizada pelo SUS (CARVALHO et al., 2007). Envolvidos por essas limitações, os enfermeiros encontram dificuldades em implantar e em implementar a SAE, face à resistência da equipe e de outros profissionais, como evidencia a fala de E13 [...] *a gente é muito preso à parte médica [...]*, o que também corroboram os depoimentos de E8, E9 e E15:

Nós poderíamos estar prescrevendo, então acaba ou não, entre aspas, nós acabamos sendo escravos deles, porque você nunca pode sair da rotina deles, então é a rotina, não a rotina da casa, sim, a rotina do médico, quando você sai um pouquinho, você tenta trabalhar como enfermeiro eles já vêm e já te puxam, “olha o teu limite, porque que você fez isso, quem deu ordens para você agir dessa forma”, entendeu? Então, às vezes, são muitas coisas que a enfermeira acaba ensinando para o técnico que ele não pode relatar, porque se ele relata aquilo ali, compra uma briga enorme. (E8)

[...] os médicos, eles não conhecem a sistematização da enfermagem. Eles acham que o diagnóstico de enfermagem vem para impor alguma coisa diante do diagnóstico deles, mas não é, porque nós olhamos num todo, eles olham somente aquela é [...] patologia do momento [...] (E9)

[...] a gente gostaria que fosse feito não só seguindo a prescrição médica, às vezes, a gente é muito mais importante na nossa sistematização do que a própria prescrição, não que ela não tenha a sua importância no tratamento, porque ele está aqui para isso, mas o que eu acho é que às vezes fica um pouquinho a desejar, é isso [...] (E15)

A busca de estratégias resolutivas passa a ser necessária pela forma de atuação do enfermeiro, que necessita usar seu conhecimento e sua autonomia profissional junto à clientela, para a qual a resolutividade não deve ser entendida apenas na perspectiva da doença, mas também no sentido de promoção e de prevenção da saúde (LUCENA et al., 2006).

O modelo biomédico tem conduzido o exercício da enfermagem e é tradicionalmente a base do exercício da medicina no mundo ocidental nos últimos cem anos. Nesse modelo, o homem é analisado apenas como um ser biológico composto por células que formam os tecidos e estes formam os órgãos, que por sua vez irão formar os sistemas, assim, os sistemas devem se comunicar e interagir de forma a existir harmonia e equilíbrio em um estado

chamado homeostasia, que é considerado a situação de saúde, como reflexo do modelo positivista (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

As influências desse modelo na enfermagem ainda são descritas, de certa forma, pela interpretação e pela trajetória do cuidado, que aqui se pode traduzir como uma forma de conhecimento. Este é abordado sob diversos prismas, dentre eles as questões históricas, as influências do capitalismo, bem como do próprio modelo de saúde (LUCENA et al., 2006).

Esse fato é referenciado pelo enfermeiro E10, que se sente amarrado em suas ações decorrentes do modelo biomédico:

[...] eu tenho, às vezes, dificuldade mesmo em relação com o paciente de não poder dar aquela assistência que a gente tem que dar juntamente com a equipe pela prescrição, a gente não pode mostrar o nosso serviço porque tem que seguir aquela prescrição médica, a gente está seguindo aquilo, aí eu acho a maior dificuldade que eu tenho quanto a isso, a gente ter que seguir aquilo.

Ao se discutir o processo de trabalho do enfermeiro, convém destacar que a assistência tem se tornado amplamente tecnicista e muitos profissionais deixaram de realizar em seu cotidiano pequenas ações que poderiam resultar em maior aproximação entre o profissional e o ser humano. No atual cenário, no qual os profissionais de enfermagem desempenham sua prática, nota-se a execução do trabalho como uma obrigação, principalmente ao seguir rigorosamente a prescrição médica, em que a participação ativa e prazerosa foi substituída por uma ação mecanizada (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

Observa-se que a influência da perspectiva biomédica no saber/fazer da enfermagem, exemplificando que, muitas vezes, as ações desenvolvidas seguem o enfoque individual, dentre elas, a doença e o tratamento médico, o fornecimento das medicações, a triagem dos mais graves, a referência para especialistas e emergências. Desse modo, o enfoque se centra na prevenção/tratamento/reabilitação da doença, desconsiderando-a como acontecimento coletivo (LUCENA et al., 2006).

Dessa forma, um dos caminhos a serem trilhados pela enfermagem seria assumir esse novo desafio na sua prática cotidiana, superando a predominância dos conceitos do modelo biomédico e de sua tecnologia no tratamento da doença, na assistência de enfermagem, dispensado aos usuários dos serviços de saúde (LUCENA et al., 2006). No entanto, é necessário que a enfermagem se recorra sob o impacto de suas ações e assuma na construção de uma prática interdisciplinar, o seu núcleo de competência e de responsabilidade, o cuidar (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Apreende-se pelo depoimento do enfermeiro E11 e E19 que essas premissas de competência e de responsabilidade devem vir à tona para que a profissão seja mais valorizada pelas classes superiores:

[...] eu sei que é uma coisa que não pode ser feita, eu fiz do jeito que tem que ser feito e pronto acabou, se amanhã ele questionar comigo a gente senta e a gente discute [...] chega lá querendo fazer coisas do arco da velha, mas não pode, depois que você fala que não pode por causa disso, porque acontece isso, tudo, ele não vai querer o mal do paciente dele, porque na verdade vai sobrar para ele. Então, ele acaba aceitando. (E11)

[...] acho que a gente precisa mudar o jeito que está hoje [...] tanto no ensino quanto no processo assistencial em si, porque muita coisa vem acontecendo é pelo modelo que a gente está trabalhando hoje, acho que a gente precisa valorizar mais a profissão. (E19)

Atualmente, surgem iniciativas de incorporação de novos modelos dentro das organizações, inclusive daquelas que prestam assistência à saúde, modelos caracterizados por uma participação mais ativa dos diversos atores que fazem parte dessas instituições. Talvez esses novos modelos e tendências de gestão organizacional permitam à enfermagem vislumbrar uma atuação mais efetiva dentro das instituições, o que pode facilitar a implantação da SAE (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

A prática da assistência de enfermagem vai além do modelo biomédico, visto que ela é baseada em um referencial próprio e por este instrumentalizada, a SAE, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, o qual possibilita a junção entre a teoria com a prática. Assim, o uso de marcos conceituais explícitos na prática assistencial altera a estrutura da forma da assistência, possibilitando ação participativa e crítica, fundamentada em conceitos científicos, o que exige maior conhecimento da disciplina de enfermagem (PAIM; TRENTINI, 1993).

Às vezes, sabe o que eu escuto no meu dia-a-dia? Eles falam assim : “ah! eu não vou fazer, por quê? Porque o médico não falou”[...] mas eu estou te passando, eu estou te colocando, é uma coisa que eu estudei e que vai ser de melhor para o paciente [...] “ah! mas o médico não falou, onde está prescrito, então vem cá, coloque aqui com sua letra”, entendeu? Então, acaba que a enfermagem, eles ficam preso aos médicos. (E8)

O reconhecimento do contexto de atuação e da necessidade de aprendizado pode ser considerado um fator positivo e propulsor para o enfermeiro concretizar a SAE. Nesse sentido, de acordo com Silva e Moreira (2010), é necessária uma reflexão acerca das necessidades em sistematizar a assistência de enfermagem, a qual indica o momento certo

para novas investigações em prol do conhecimento contínuo da prática de enfermagem embasada em princípios científicos que precisam ser realizadas à medida que a profissão busca por mudanças e transformações, por quebras de modelos diante de uma nova visão de realidade indo de encontro à hegemonia do modelo biomédico.

Compreende-se que a organização social e tecnológica do trabalho em saúde está baseada no modelo clínico, caracterizado por uma centralização no atendimento médico individual e curativo, com foco na doença e na terapêutica médica (MERHY, 1997; GONÇALVES, 1994). Com isso, no que tange à hierarquia e à autoridade, é importante ressaltar que os enfermeiros que trabalham no hospital obedecem a pelo menos duas linhas de autoridade, pois recebem ordem de sua enfermeira RT, que representa a administração hospitalar, assim como dos vários médicos responsáveis pelos vários clientes (LIMA; BINSFELD, 2003).

[...] eles não conhecem, eles debatem, só que o nosso vai totalmente diferente, é no cuidado e não na terapia. Mas o problema é que aqui, você vai ver com o médico fazer um protocolo de alguma assistência eles não querem fazer, eles não querem perder o espaço. (E9)

O atual modelo de saúde vigente, o SUS, consagrado pela Constituição Brasileira em 1988, constitui uma nova formulação política e organizacional que visa a uma progressiva mudança da organização dos serviços de saúde, passando de um modelo assistencial, fundamentado na doença, para um modelo de atenção integral, incorporando práticas de promoção e de prevenção, além da recuperação da saúde (CHIANCA; ROCHA, 2011; BRASIL, 1988).

O SUS vislumbra uma reorganização técnica e gerencial dos serviços, por meio da adoção de modelos gerenciais flexíveis e de garantia da participação popular como estratégia de ação. No entanto, para que ocorram mudanças no sistema de saúde, é preciso que haja uma transformação nas ações de saúde, por meio do envolvimento dos profissionais com o serviço e com o cliente, proporcionando maior resolutividade. Em consequência, espera-se uma transformação na forma de organização da instituição, para responder às necessidades do novo modelo gerencial (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Diante desse novo modelo de reorganização da saúde, o profissional enfermeiro tem assumido um papel diferenciado nas equipes, o que acaba por exigir uma reflexão sistematizada da sua atuação nesse novo contexto, especialmente no que tange à integralidade do cuidado. Entretanto, a atuação do enfermeiro nos serviços de saúde exige a SAE com a

incorporação de novos conhecimentos e o desenvolvimento de tecnologias para atender à complexidade que esse novo modelo implica (CHIANCA; ROCHA, 2011).

[...] o foco é o paciente e tudo que você faz desde lavanderia, farmácia, enfermagem, médico, é tudo em prol do paciente [...] ninguém vê o todo [...] ser humano como um todo, a gente repercute como um todo, então é baseado mesmo na queixa principal, acho que é um modelo da assistência, o modelo que hoje temos na assistência. (E19)

A grande dificuldade na inserção desses novos valores é incluí-los na cultura do cotidiano das instituições. Compreende-se que o investimento no capital humano possa ser a chave para as mudanças dos grupos, dentro das organizações e é sobre ele que vamos nos direcionar para refletir sobre algumas mudanças necessárias para o desenvolvimento da Enfermagem e para a absorção do modelo assistencial vigente (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Acrescentam as mesmas autoras que essas características parecem ser simples, mas envolvem processos de desenvolvimento que, para serem concretizados, devem romper, muitas vezes, o modelo prioritariamente hospitalocêntrico centrado na cura da doença, do ambiente cultural, dos valores pessoais, das condições econômicas, do desenvolvimento educacional, e do terrível jogo de poder que predomina nesse processo (MAGALHÃES; DUARTE, 2004). O que é referenciado pelo enfermeiro E23, o qual sabe até que ponto pode intervir, mas muitos profissionais ainda não sabem lidar com o ser humano:

A gente sabe onde tem que chegar [...] tem até o modelo epidemiológico, mas quando você vê o contexto como um todo, hoje como que está, é não saber lidar com o ser humano, não sabe mesmo, com quem que nós estamos conversando hoje, é com o computador. Então, assim, eu não vejo, é o caminho que as coisas estão tomando de chegar, que é de acolher, de escutar, porque todo pessoal que está vindo aí está não só na mão da universidade, está na informática, nessa estrutura, nesse contexto que a gente vive hoje. Então, assim, vai melhorar, vai piorar, se depender, independe, a gente não sabe, mas se não tiver um desvio desse foco, a gente não vai chegar onde a gente está querendo [...] (E23)

Nessa direção, utiliza-se a proposta do desenvolvimento de tecnologias leves e a importância em se construir espaços intercessores entre o usuário e o trabalhador produtor do ato. Esses espaços podem ser construídos para além da carência e da falta de algo, mas na dimensão de um sujeito que deseja positivamente existir. Isso tudo, pautado numa ótica pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho em saúde, como na relação de acolhimento e da escuta, na criação do vínculo, na produção da

resolutividade e na criação de maiores graus de autonomia, no modo de as pessoas andarem a vida (MERHY; ONOCKO, 1997).

Nesse contexto, o discurso da Medicina, nos dias de hoje, define o papel dos profissionais curadores e do doente, que diz respeito à aplicação e à recepção das tecnologias de cura, apoiadas pelo domínio do conhecimento científico, que é aceito pelos mais desprovidos de poder (GUBRIUM; HOLSTEIN, 2003).

Diante desse impasse em face do descompasso dos profissionais entre a cura e a integralidade do cuidado, apreende-se que o enfermeiro acaba por cumprir ordens, perfazendo papel de tarefeiro e não de perito do cuidado:

[...] o foco é [...] eu estou aqui para medicar na hora certa, fazer o procedimento certo, cumprir meu horário e pronto. (E20)

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência emane de um momento histórico social, em que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das transformações do mundo moderno e, conseqüentemente, às demandas de saúde do cliente, da família e da coletividade. Assim, o modelo da integralidade se apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, adentrando uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005).

[...] eu sempre falo com as meninas, para você internar um paciente, se for para você dar medicação para ele, deixa que a gente dá, horários exatos em cima dos horários, o paciente adquiriu úlcera por pressão, adquiriu infecção hospitalar, manda ele para casa, acho que ele vai ser melhor assistido [...] (E19)

A partir dessa premissa, o enfermeiro, ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual, as chamadas necessidades básicas de saúde, as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e de recuperação, o que exige desse profissional uma síntese sofisticada de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER; GONÇALVES, 1996).

Assim, a dificuldade do atual modelo assistencial está no processo de trabalho médico que acaba operando centralmente na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária

uma ação que reorganize o trabalho do médico e das outras classes profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

[...] às vezes, acham que isso é um papel do médico e a enfermagem não toma parte disso, mas quantas vezes eu chego no médico e começo argumentar com propriedade [...] (E1)

É notório enfatizar que inicialmente o médico desempenha sozinho todas as etapas do processo de trabalho. No entanto, a complexidade do conhecimento e a ampliação da infraestrutura hospitalar levam à necessidade de agregar outros profissionais, dentre eles os enfermeiros e, conseqüentemente, separar o trabalho em momentos intelectuais e manuais, cabendo ao médico a apropriação do intelectual, o que lhe confere um espaço de poder sobre os demais trabalhadores em saúde. Nessa perspectiva, cabe à enfermagem o trabalho manual e este aparece como parte do trabalho médico, sendo a sua ação um instrumento que cuida ou que faz cuidar do corpo doente (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Em continuidade a essa análise, o enfermeiro traz consigo uma bagagem de saberes, como a Anatomia, a Fisiologia, a Farmacologia, dentre outros, tendo a autonomia de intervir no processo saúde-doença do cliente, uma vez que este profissional não foca apenas na queixa do momento e, sim, no contexto como um todo do ser humano, o que é evidenciado pela fala do enfermeiro E1 participante do estudo:

[...] eles conseguem ver que o papel do enfermeiro é quase que essencial mesmo, porque o técnico confia muito mais na gente do que no médico. Então o meu conhecimento, às vezes, por Anatomia que eu tive, por Fisiologia que eu tive, me faz diferente dele até na técnica [...]

Com isso, a influência do modelo biomédico à enfermagem, enquanto disciplina, deu-se em seus instrumentos e objeto de trabalho, que reforçam as ideias de que o corpo individual, objeto de trabalho do processo de trabalho do médico, passa a ser conseqüentemente também o objeto da atividade de cuidar da enfermagem, do mesmo modo que o objeto, a finalidade deste cuidar é a mesma do trabalho médico, ou seja, curar corpos individuais (ALMEIDA; ROCHA, 1997; CASTELLANOS, 1987). A partir disso, a enfermagem passa a se organizar no sentido de também buscar maneiras para desenvolver um corpo de conhecimentos próprios que ainda hoje sofre a influência do modelo clínico (LUCENA et al., 2006).

Dessa forma, o enfermeiro, ao praticar o modelo biomédico, acaba por não avaliar o cliente de uma forma holística, deixando de lado certas particularidades que poderiam amenizar seus problemas, sendo esse impasse apresentado pelo enfermeiro E13:

[...] às vezes ele está ali por algum motivo, mas ele tem algum outro problema que às vezes acarreta aquele problema ali.

Embora o modelo clínico tenha fortes influências na enfermagem, cabe considerar que o modelo epidemiológico veio para dar conta das necessidades de saúde das sociedades, sendo que neste modelo a concepção da doença não é o fenômeno individual centrado no corpo doente, mas a doença como fenômeno coletivo. Assim, a enfermagem, nesse modelo é uma parcela do trabalho em saúde em nível coletivo, como também um instrumento de trabalho, porém não mais do trabalho médico, mas, sim, um dos instrumentos de saúde em que todos os saberes e práticas subordinam-se às necessidades sociais de saúde da clientela (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Ainda que esses dois modelos descritos não sejam excludentes, observa-se que na prática ainda existe um predomínio do modelo clínico em relação ao epidemiológico. Ao falar disso, reporta-se à experiência profissional dos enfermeiros participantes deste estudo que, no contexto hospitalar, como enfermeiros com encargos gerenciais e assistenciais em diversas áreas de atendimento, sofrem a grande influência dos princípios do modelo clínico (LUCENA et al., 2006).

Os serviços que têm por finalidade tratar clientes enfermos dispõem de organização própria, funcionando como ilhas dentro do sistema de saúde, contando com tecnologia avançada e tratamento altamente especializado, o que talvez colabore para que o trabalho de enfermagem seja, muitas vezes, orientado numa única direção, a cura de corpos doentes, enfocando predominantemente o aspecto biológico e individual, desconsiderando o contexto psicossocial e político, em que estão inseridos os indivíduos que se assistem (LUCENA et al., 2006).

Por conseguinte, os saberes gerenciais específicos do enfermeiro instrumentalizados pela SAE são de fundamental importância para a construção do modelo assistencial vigente que é o modelo da integralidade, em uma perspectiva de emancipação do trabalhador, do usuário e da humanização do cuidado de saúde, de acumulações “em seu saber-ser”, articulada com seu “saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver”. Assim, o enfermeiro, tendo como referência seus conhecimentos, os quais, complementados com o de outros

profissionais, contribuem para reorientar o processo de trabalho no sentido de construir novas práticas sociais necessárias às adequações do modelo da integralidade, o SUS (WITT, 2005).

6.3 CONFORMAÇÃO DE SABERES DO ENFERMEIRO PARA A SAE NA PRÁXIS

É notório enfatizar que a conformação de saberes e as competências gerenciais do enfermeiro estão relacionadas, uma vez que as competências necessárias à formação do enfermeiro são reflexos da necessidade do cotidiano do mercado e da população que requerem profissionais competentes e conscientes em seu papel social. Dessa forma, as transformações ocorridas no mundo do trabalho, advindas das mudanças tecnológicas e do impacto dos interesses capitalistas exercem sobre as relações sociais, refletem na formação do enfermeiro e na Enfermagem enquanto prática social e profissional (PERES; CIAMPONE, 2006).

As constantes demandas sociais e as transformações exigem, de fato, permanentes revisões dos modos de operar, com evidência para o ensino. Nesse sentido, superar a dicotomia entre a teoria e a prática continua sendo um grande desafio para os órgãos formadores e para as instituições hospitalares (SILVA et al., 2012).

Nesse sentido, a dicotomia entre a teoria e a prática tem sido alvo de permanente discussão tanto no âmbito do ensino como da assistência de enfermagem. Tal discussão muitas vezes assume o discurso de que essa dicotomia afeta o preparo do enfermeiro para o mercado de trabalho (ITO et al., 2006).

Essa categoria é composta por duas subcategorias. A primeira aborda a dicotomia entre a teoria e a prática, debatendo o distanciamento que predomina entre o ensino e a realidade das instituições de saúde, fazendo com que os enfermeiros não assumam de forma efetiva a operacionalização da SAE. A segunda subcategoria identifica os saberes gerenciais do enfermeiro, que abarcam tanto a autonomia como o respaldo legal para o exercício da profissão.

6.3.1 Dicotomia entre teoria e prática

Na expectativa de compreender as vivências e os diferentes significados atribuídos pelos enfermeiros a respeito da SAE, observa-se que existe certo distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem. Esse distanciamento entre o saber e o fazer no cotidiano da enfermagem é muito observado nas instituições hospitalares como um reflexo das mudanças atuais, considerando-se a heterogeneidade, as incertezas e as buscas constantes de equilíbrio

nas ações. Todavia, apesar desse descompasso, a SAE ainda é um instrumento assistencial imprescindível à saúde, mas é preciso uma reflexão por parte dos enfermeiros e um maior comprometimento frente às articulações nas práticas a fim de envolver toda a equipe de saúde, para que seja implantada e implementada nas instituições hospitalares com um maior respaldo (KOERICH et al., 2007).

Diante disso, ainda que muitos profissionais percebam a importância do cuidar sistematizado, acabam reproduzindo o modelo biomédico aprendido durante a sua formação acadêmica e reforçado por aqueles que já atuam na área há algum tempo. Esse modelo é enfatizado em muitas escolas e é possível perceber que muitos discentes realizam a SAE de forma fragmentada e não reflexiva, sem relacionar os motivos ou as razões que provocam as respostas dos clientes a determinadas situações, refletindo na forma com que os mesmos desenvolvem sua prática e desempenham tarefas, deixando de lado o gerenciamento do cuidado, método de trabalho que deveria ser o norteador de sua atuação profissional (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007).

Um dos principais impasses para a implantação da SAE na instituição de saúde, relatados por alguns entrevistados, foi a dicotomia entre a teoria e a prática, o que pode ser observado nas falas:

A academia vai lá com o acadêmico de enfermagem, ele assume um paciente e ele fica floriando aquele paciente ali o tempo todo [...] não está errado, está certo, só que quando ele chega na realidade do serviço de saúde, ele leva um choque muito grande, porque ele vê que não é só aquilo. E a questão da sistematização também na faculdade ela é uma beleza, ela é só para aquilo. (E3)

[...] a realidade e o que você aprende são duas coisas [...] eu acho que são duas realidades muito diferentes [...] Improvisar infelizmente você aprende quando você está ali e não tem o correto que você aprendeu na faculdade. (E6)

[...] na faculdade, a gente aprende a sistematização de enfermagem inteira, infelizmente, aqui hoje a gente não consegue colocar em prática isso ainda [...] por mais que a gente tenta colocar conforme você aprendeu que deveria ser feito, infelizmente até hoje [...] não sei se é um pouco de comodidade da gente que achou que o negócio está desse jeito e não forçou um pouquinho para tentar colocar daquele jeito, sei lá. (E12)

[...] na faculdade, no caso, por exemplo, era assim menos paciente, a gente era coordenador/supervisor, gerenciava tudo bem, mais ali no dia-a-dia é muito complicado. (E21)

[...] a teoria é totalmente diferente da prática [...] uma complementa a outra, mas a prática é diferente [...] (E25)

Apresentam Andrade e Vieira (2005) que a formação acadêmica dos enfermeiros, muitas vezes, contribui para que estes não busquem nem apliquem a SAE de forma sistematizada, uma vez que, durante as aulas práticas, pode-se perceber uma preocupação maior, tanto por alguns docentes, quanto pela maioria dos alunos, em adquirir habilidades técnicas. Dessa forma, deixam de levantar os diagnósticos de enfermagem do cliente e de planejar os cuidados, ficando a assistência limitada a ações isoladas no decorrer de suas tarefas, o que está desvelado nos depoimentos de E19 e E27:

[...] eu saí com uma formação para assistencial, porque, assim, se me colocasse na assistência eu daria muito bem [...] se eu pegar um paciente para cuidar, cuido muito bem dentro das técnicas, o que precisa ser feito [...] (E19)

[...] eu me formei muito técnica, eu não tinha essa noção de estar atenta a um exame, estar atenta se ele é um paciente contaminado, ele não é [...] (E27)

Esses apontamentos evidenciam-se como relevantes, ao se pretender confrontar o saber adquirido e sua aplicação na vivência dos participantes. Durante sua formação, o enfermeiro se apropria de conhecimentos que lhe serão úteis no decorrer de sua prática. Com isso, espera-se que esse saber adquirido seja por ele incorporado, adotado e implementado também em sua práxis profissional (BEGHINI et al., 2006).

Sobre o saber adquirido e sua aplicação na prática cotidiana do enfermeiro alude-se que nem sempre é possível concretizá-lo na assistência, visto que a academia está bem longe da realidade dos serviços de saúde, o que é referenciado pelos enfermeiros participantes do estudo:

[...] está muito longe a academia da realidade vivida no serviço de saúde, muito longe. (E3)

[...] eu acho que tanto a faculdade quanto o curso técnico [...] acho que ele ensina o que é para ser feito e a nossa realidade infelizmente é outra totalmente diferente do que você aprende na faculdade. Na faculdade você aprende tudo bonitinho, cheio de flores e bordados e aí quando você chega aqui na realidade não tem aquilo ou tem muito pouco daquilo que você aprendeu na faculdade [...] eu acho que ainda está assim, está muito longe o que se ensina e o que é a realidade do serviço em si. (E6)

[...] se eu for pegar uma referência de curativos em geral, tem muitas instituições que não têm como te proporcionar uma clorexidina, não tem como te proporcionar o que é um alginato de cálcio. Então, na literatura, fala que é bom, mas e na realidade? (E7)

[...] não adianta eu querer que a realidade brasileira [...] é diferente, os recursos são diferentes, os profissionais são diferentes, conhecimentos diferentes e quando a gente chega, a gente, às vezes, se depara com uma situação que nunca viu, que não sabe o que vai fazer naquela hora [...] (E11)

Que a teoria é toda bonitinha, toda redondinha e a hora que você vai para prática, a prática não tem nada ver. (E19)

Tal característica, de que a formação está bem distante da realidade, contribui para uma assistência de saúde fragmentada, com equipes que não se comunicam e não priorizam seus saberes e suas ações educativas na produção do cuidado, tais como o educativo, o preventivo, o psicossocial e o comunicacional, que podem colaborar para a humanização da assistência (PEDUZZI, 2001).

Desse modo, um dos fatores mais graves da dicotomia entre teoria e prática é o conflito no desempenho do papel profissional. Os enfermeiros, participantes deste estudo, enfatizam a existência de um excesso de delegação de ações e de responsabilidades feitas pelo enfermeiro aos demais membros da equipe, pontuando que certas atividades podem ser delegadas, desde que previstas na Lei do Exercício Profissional (RIBEIRO; BORENSTEIN, 2005; COFEN, 1986).

Complementando, Ribeiro e Borenstein (2005) acreditam que isso ocorra em parte, devido à equipe de enfermagem viver mergulhada em uma variedade de atividades repletas de rotinas e de normas que fazem parte da emaranhada rede que é o seu próprio cenário profissional.

[...] na faculdade você aprende que quantos mais diagnósticos fizer, mais rico será sua prescrição e mais bem assistido seu paciente será, nós sabemos disso, se tivesse os recursos humanos necessários, se tivesse o tempo disponível e se você fosse exclusivo de um setor [...] (E1)

[...] ao invés da gente pegar uma literatura americana e ficar procurando todos aqueles diagnósticos, escrevendo quatro ou cinco linhas só de diagnósticos e depois a gente prescrever, o técnico ele não vai ler aquilo, ele não tem tempo pra ler tudo aquilo [...] (E3)

[...] é tanto papel, é tanta coisa, o livro, o NIC, o NOC, a NANDA, é não sei o que [...] aí você naquela papelada toda para preencher uma coisa só, você toma um tempo danado e você não vai dar a assistência adequada ao paciente, então quer dizer, você fica no papel e não vai assistir. (E9)

[...] você tem a parte assistência e você tem a parte administrativa, são duas partes diferentes [...] porque é o administrativo, a parte burocrática puxando para um lado e a parte assistencial puxando para o outro [...] (E19)

Empiricamente, tem-se percebido uma dicotomia entre o ensino e a prática de trabalho nas instituições, que origina inseguranças e descrédito nos futuros profissionais enfermeiros, uma vez que muitas situações de ensino situam-se no nível do ideal sistematizado, buscando a qualidade, enquanto os serviços realizam suas aprendizagens práticas no nível real deixando de atentar para essas condições. Essa problemática se intensifica, principalmente, pelo fato de o campo das aulas práticas de enfermagem ser o hospital universitário, o qual deveria priorizar e adotar um modelo de assistência de enfermagem, visando e proporcionando condições essenciais e necessárias ao processo de formação do enfermeiro, o que diverge da realidade atual (ANDRADE; VIEIRA, 2005). Isso é evidenciado pelo enfermeiro E23:

E aí entra a questão das realidades, das realidades institucionais, talvez o que eu esteja falando deva ser uma utopia, não é possível porque lá na universidade você tem tudo bonitinho para fazer, aí chega aqui no meu campo não é a mesma realidade [...] não está articulado à realidade [...] O que você vê muito dentro da universidade é o que é real, o que seria ideal, a gente vê aquilo que seria ideal, quando você vai para realidade não existe aquele ideal, então o que a gente tem que fazer é articular essas duas coisas, tentar aplicar aquilo que eu aprendi lá e jogar dentro da minha realidade e aí que a gente encontra dificuldade, porque a gente acha que é tudo redondinho, só pegar o que está lá e por aqui e a hora que você chega isso não acontece. Então, aí, você vai ter que pegar isso que está lá e isso que está aqui, juntar e extrair o que é possível disso tudo [...] eu acredito que é isso mesmo [...] é tentar conciliar as duas coisas, ver lá o ideal, mas tentar jogar para prática o mais próximo do ideal [...]

Os enfermeiros, participantes deste estudo, também revelam que o ensino na instituição está marcado pela fragmentação entre a teoria e a prática, entre pesquisar e ensinar, entre assistir e cuidar, entre abordagem clínica e social, assim como entre gerência e assistência:

[...] na minha graduação, eu lembro quando eu ficava de supervisora, aquele tanto de papel, aquele monte de coisa para preencher, por fim eu não conseguia falar com os assistenciais e virava aquele bolo [...] a supervisora falava, você não vai fazer, aí eu falava, ou faço isso aqui e dou conta até às 13 horas ou eu vou falar com os assistenciais porque não dá tempo, é muito papel porque você tem que pegar um para por no outro, ver resultado, ver diagnóstico, ver prescrição, até sair para os assistenciais por lá [...] tal hora fiz isso, já acabou o plantão. (E9)

Na formação dos enfermeiros, muitas vezes, pode haver a ideia de que a teoria e a prática estão separadas. É preciso combater essa dicotomia e afirmar que a formação é única, teoria e prática ao mesmo tempo, assim como reflexão-crítica e criadora de identidade, em que as mesmas acontecem em toda parte, nas aulas teóricas, nos estágios, na práxis

profissional, nos seminários, entre outros (PERRENOUD, 2002). Mesmo diante de tantos conflitos entre a teoria e a prática, o enfermeiro E9 consegue reconhecer que o ensino é o unânime, seja em qual parte do país o discente estiver:

[...] o que é ensinado na faculdade é universal ali, dentro do país, é assim, você pega um livro e a mesma coisa que você ensinou aqui em Minas Gerais, às vezes, é o que você aprende no Rio de Janeiro, que você aprende lá em Belo Horizonte e, às vezes, os hospitais de lá não são os mesmos hospitais daqui ou mesmo os hospitais de lá ainda não está dentro da realidade do que está nos livros, do que é explicado dentro da sala de aula.

Diante dessa premissa, é notório enfatizar que o saber ou o não saber estão diretamente relacionados ao fazer com frequência. Se há o hábito de fazer rotineiramente, dificilmente se esquecerá do conhecimento e/ou da técnica recomendada. Desse modo, a não execução poderá prejudicar a incorporação desse conhecimento e interferir na melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes (BEGHINI et al., 2006).

No entanto, ação e reflexão acontecem mutuamente. O conhecimento é construído, criado e considerado como fruto de uma assimilação ativa do discente. Os educadores não apenas instruem, mas estimulam o aluno a tomar decisões, fazer observações, perceber relações e trabalhar com hipóteses. Faz-se necessário saber e entender que a teoria e a prática não se separam, que o vínculo entre as mesmas forma um todo e que a partir dessa fusão, nasce o saber com caráter libertador (MAYUMI et al., 2004).

Assim, nos discursos dos enfermeiros, é possível perceber que eles possuem a visão de que as instituições formadoras cumprem com os seus papéis de moldar o futuro profissional de acordo com que é preconizado pelo Ministério da Educação (MEC):

[...] a faculdade, ela ensina o correto, ela não ensina o que é fora, ela faz o papel dela [...] ela tem que ensinar o que é certo e não o que é para você de vez em quando improvisar [...] (E6)

[...] eu acho que a gente tem uma base boa [...] (E15)

[...] a universidade, ela nos mostra o caminho, acho que a gente tem que ter capacidade para pensar, refletir e ter atitude diante dos nossos problemas [...] (E23)

[...] a faculdade dá muito embasamento [...] uma carga muito grande para gente estar seguindo [...] (E30)

Vale ressaltar que as instituições formadoras cumprem com o seu papel de passar os conhecimentos para o aluno, porém cabe às mesmas uma parcela considerável de

compromisso quanto ao preparo dos profissionais de enfermagem numa abordagem científica, organizada e sistematizada. Porém, muitas barreiras são encontradas nessa trajetória, tais como as realidades institucionais, em que não se utilizam metodologias assistenciais, dificultando o desempenho didático; o despreparo dos docentes, uma vez que a maioria destes durante sua formação, não teve oportunidade de desempenhar habilidades para a SAE (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Assim, apreende-se pelas falas dos enfermeiros participantes deste estudo que os docentes, às vezes cobram muito dos alunos, mais daquilo que eles podem executar nas práticas hospitalares, influenciando diretamente no processo ensino-aprendizagem:

[...] porque na faculdade as pessoas, como nós enfermeiros, às vezes, a gente pegava um paciente e o professor pedia para a gente listar dez diagnósticos [...] (E3)

[...] a gente aprendeu na faculdade a ter tudo pronto, tudo pré-moldado. Então, assim, eu tenho um checklist que não é da minha cabeça, que eu tenho que perguntar, eu já tenho lá um tiquezinho para mim marcar para ficar mais prático para mim, então eu acabo não pensando, eu vou só no que está no papel. (E20)

Acompanhar o paciente, entendeu? Isso que está faltando na faculdade, acompanhar a evolução de um paciente que fosse. (E24)

Dá impressão, assim, que a faculdade quer muito que na formação o enfermeiro se envolva mais com o paciente, dá impressão que a faculdade quer isso [...] Então, aí, a faculdade também dá essa impressão, também quer, tenta passar isso para gente, mas também não consegue praticar isso, quer que o enfermeiro envolva cada vez mais, saiba mais sobre o paciente, esteja ali mais interagindo com a equipe e não exercita. (E25)

[...] por mais que a professora esteja muito atenta, ela não consegue discutir tudo e a gente acaba tendo um tempo [...] A gente, quando é aluno, a habilidade é lenta, você é devagar, tudo que você faz demora muito mais tempo e aí a gente acaba ficando muito técnica, por quê? Porque você está doído para aprender a desenvolver aquela técnica, aí, você vai preparar o medicamento você demora horas para preparar, você vai passar uma sonda você demora horas e isso acaba, às vezes, você não estudando a patologia no paciente realmente. (E27)

A extensão desse problema é resgatada por Ferreira (1990), o qual enfatiza que, em vários estudos sobre a dicotomia do processo ensino-aprendizagem, é afirmado que o principal objetivo do ensino de enfermagem é o de preparar o enfermeiro para o planejamento e para a execução da assistência ao cliente, todavia, quando profissional, as instituições de saúde esperam dele conhecimentos e ações relacionadas à gerência da unidade ou do serviço.

[...] eu tenho um indicador alto de perda de sonda nasogástrica, mas e, aí, o que eu vou fazer depois que eu descobrir isso, entendeu? Então, como que eu vou trabalhar, o que falta para mim trabalhar? Às vezes, você consegue até identificar o problema, mas, aí, você está com um problema na mão e não sabe o que fazer para resolvê-lo, então acho o que falha [...] (E20)

Entretanto, a necessidade de novos enfoques para a produção do conhecimento científico e da intervenção prática com o objetivo de vislumbrar o ser humano como um ser integral por meio da interdisciplinaridade no trabalho em saúde só foi intensificada a partir da década de 1980 com o conceito ampliado de saúde, já que a predominância da fragmentação e da especialização do conhecimento gera um modelo de atenção em saúde marcado por um grande número de especialistas, com o trabalho focado no médico, na doença e num grande número de procedimentos, assunto já abordado na categoria anterior (GOMES; DESLANDES, 1994; SOUZA; SOUZA, 2009).

A enfermagem, em seu cotidiano, necessita evoluir, aproveitar as oportunidades e conquistar o seu espaço de cuidado, usando plenamente de seus saberes/conhecimentos e deixando de lado os afazeres rotineiros com foco nas tarefas. Nesse contexto, para superar a realidade vigente, é preciso que o profissional enfermeiro esteja apaixonado pelo saber-fazer diário, indo em busca do conhecimento com coragem, com vontade e com ousadia para romper com o instituído. Assim, o mesmo deve mudar sua postura de comodidade para uma postura mais comprometida e profissionalmente responsável, pois é cômodo aos profissionais permanecerem rigidamente em uma posição de defesa sem nada fazer para a concretude da enfermagem idealizada (SAUPE, 1998).

Contudo, ainda que o ensino seja considerado uma das atividades do enfermeiro, posto que esse profissional é visto como educador e como orientador da sua equipe, fazendo seu papel de promoção e de prevenção da saúde e, em se tratando de um hospital escola, observa-se uma certa resistência por parte dos enfermeiros em realizarem esse tipo de atividade, não somente para com os acadêmicos, como também para os clientes, para os familiares e para a equipe de enfermagem, o que distancia, ainda mais, essa categoria das suas reais atividades (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

[...] qualquer enfermeiro aqui da ala, ele tem que ensinar no curso técnico o que é a [...] não o que é a realidade, mas o que é correto, aí chega aqui, a realidade é outra, é diferente, então, assim, são duas coisas realmente complicadas, muito complicadas. (E6)

[...] eu acho que seria interessante a enfermagem fazer portfólio, porque, assim, eles pegam um estudo de caso e fazem tudo daquele paciente, diagnóstico, intervenção, a implementação, o que foi feito, os resultados até

a alta do paciente. Então, você pega o paciente do começo ao último dia, independente se ele foi de alta para casa ou se ele evoluiu para o óbito [...] (E20)

Corroborando, Sampaio e Pellizzetti (2000) afirmam que a resolução dos problemas, eficiente e eficaz, dos questionamentos da enfermagem clama pelo usufruto dos saberes/conhecimentos profissionais. Portanto, é preciso dominá-los, o que pode ser adquirido por meio de leituras, de exaustiva análise crítica e de insaturação no uso dos mesmos.

Dentre os depoimentos dos enfermeiros participantes do estudo, evidencia-se que estes profissionais não conseguem distinguir a SAE como sendo um ritual de planejamento e de organização da assistência em si, fazendo muitas contradições no que tange às etapas do PE instrumentalizadas pelas Classificações de Enfermagem Norte-Americanas, em que se demonstra uma fragmentação clara entre a teoria e a prática:

Na minha época, não tinha, não passou, não tinha nada disso, não tinha NANDA, não tinha sistematização, não tinha nada, eu não tive semiologia, eu não tive várias coisas [...] (E14)

[...] às vezes, a gente se perde na NANDA, é uma verdade, eu às vezes me perco, assim [...] a gente não tem um cronograma para seguir. (E15)

[...] aqueles instrumentos [...] NANDA é difícil para você ler, você escreve, você pega, você vai lá e aí você copia, na hora que você vai pôr na prática é diferente, o paciente é diferente para você, a realidade é diferente [...] (E18)

[...] na época, tinha a NANDA, alguma coisa, pelo amor de Deus, eu não lembro disso, é a Amanda, a NANDA. Então, eu lembro que a gente trabalhava algumas coisas que não é realidade, você não aprende aquilo em momento algum. (E19)

Acredita-se que, para a equipe de enfermagem trabalhar em conformidade com a Lei do Exercício Profissional, seria interessante todos os profissionais terem em mãos o texto da referida lei e demais documentos que a suplementam, bem como o Código de Ética para serem mais bem instrumentalizada, uma vez que há certo desconhecimento com relação ao respaldo da profissão. Além disso, poderiam promover encontros ou grupos de discussão, para debaterem amplamente as dúvidas suscitadas no cotidiano profissional. Esses momentos reflexivos poderiam contribuir para um desempenho profissional mais consciente, eficiente e seguro (COFEN, 1986; COFEN, 2000; RIBEIRO; BORENSTEIN, 2005).

Destaca-se que, na realidade da formação profissional, as questões que borbulham das observações feitas pelos discentes de enfermagem precisam ser refletidas coletivamente. Ao surgir contradições, há a necessidade de trazê-las para a discussão, pois estas questões servem

para impulsionar o processo de mudança. Não se pode ignorar as inquietações dos alunos, contribuindo para a continuidade da submissão profissional e da mística/cultura do silêncio. É preciso colocar compressas quentes e deixar os conflitos virem à tona para fortalecer os novos profissionais, capacitando-os a encontrar saídas para a superação da dicotomia entre teoria e prática (RIBEIRO; BORENSTEIN, 2005). Essa questão de deixar o aluno expor seus pontos de vista seria uma excelente estratégia para se conseguir quebrar a fragmentação entre teoria e prática, como foi evidenciado pelo enfermeiro E23:

[...] às vezes a gente pega aversão à coisa, entendeu? A coisa é tão traumática que você pega aversão [...] e você trabalhar isso depois [...] às vezes, até acontece na prática também, o enfermeiro não quer nem saber daquilo, fica muito traumático. Então, eu acho que a gente quando trabalha com aluno é difícil, porque às vezes você não consegue visualizar e ver isso, então a gente tem que estar atento a isso, porque às vezes a gente traumatiza o nosso aluno e depois nunca mais ele quer saber daquilo.

A falta de conhecimento da Lei do Exercício Profissional tem reflexos diretos nas atitudes assumidas pelo enfermeiro em suas atividades cotidianas e ainda torna seu fazer pouco visível (RIBEIRO; BORENSTEIN, 2005). Diante dessa premissa, ainda persiste a prática fragmentada entre o ato de gerenciar e o ato de assistir, embora ambos sejam reconhecidos como fundamentais para o desenvolvimento da prática efetiva do enfermeiro, bem como para sua visibilidade. Mais do que isso, ambos são essenciais para o exercício legal da profissão que pretende cumprir seu papel, ou seja, enfermagem como defensora dos direitos do paciente e sua aliada na luta por serviços e práticas de saúde de qualidade e acessível a todos (MONTEZELI; PERES, 2009).

No discurso do enfermeiro E22, observou-se que predomina uma dicotomia nos seus afazeres administrativos e assistenciais, em que o profissional acaba por realizar ações que poderiam ser delegadas ao técnico e/ou ao auxiliar de enfermagem:

[...] no começo, eu tinha muita dificuldade como supervisora, foi muito difícil esse impacto. Então, eu não sabia se eu era assistencial ou se eu tinha que mexer com a parte burocrática que era um monte de coisa.

Essa realidade apresenta uma provável perspectiva das instituições empregadoras quanto à atuação dos enfermeiros, vendo nesses profissionais aqueles que realizam o papel de administrar o serviço e de se responsabilizar pela equipe que faz a assistência direta, reproduzindo a divisão técnica do trabalho da enfermagem (MEIRA; KURCGANT, 2009).

[...] o sistema nosso hoje precisa ser mudado, a formação do enfermeiro hoje precisa [...] nós somos enfermeiros assistenciais, somos mesmo. Eu acho que nós somos enfermeiros assistenciais, nós não somos formados para gerenciar uma unidade, uma equipe [...] (E19)

[...] a questão de divisão, gerenciar, de administração é mais difícil. (E21)

Na formação acadêmica, apesar de obter conhecimentos acerca do processo gerencial, o enfermeiro ainda vivencia conflitos e inseguranças no decorrer da sua atuação ocupacional. Isso se dá pelo fato de esse profissional incorporar funções gerenciais ao seu trabalho, que, somando-se às demais atribuições, gera uma dicotomia entre o que se espera do enfermeiro, na visão dos teóricos de enfermagem e o que se verifica em seu cotidiano nas instituições hospitalares (TREVISAN et al., 2002; NÓBREGA et al., 2008).

Nesse contexto, há carência na formação do enfermeiro para atuar como gerente. Com isso, apesar de o Curso de Enfermagem ser um dos poucos, na área de saúde, que apresenta nas suas diretrizes curriculares fundamentos direcionados para o processo de trabalho e para o gerenciamento/administração em enfermagem, essa formação ainda é incipiente, distante da prática e do âmbito organizacional (ALVES; PENNA; BRITTO, 2004).

Contudo, apreende-se também pelos depoimentos dos enfermeiros E4, E19, E20 e E28 que mesmo com a Lei do Exercício Profissional preconizada desde a década de 1980, ainda, para eles, é quase que recente a normatização da SAE:

[...] quando eu fiz faculdade, a gente não trabalhava sistematização assim, a gente falava processo de enfermagem, então eu vim a aprender isso, reforçar esse aprendizado bem mais tarde, há poucos anos, acho que uns oito anos com a implementação da Sistematização. (E4)

[...] eu fui aquela aluna que eu não peguei sistematização, quem pegou sistematização foi uma turma atrás da gente, nós não pegamos. Então, eu já saí com essa dificuldade, então aí eu chego no hospital, nos grandes centros, aonde isso fala alto e aí a gente começa [...] só que o pessoal começa jogar aquele processo, aquele processo não formado, aquela sistematização não baseada no paciente, é como se você fizesse geral [...] (E19)

[...] o diagnóstico do paciente hoje é uma coisa muito isolada e é assim que a gente aprendeu, foi assim que foi a minha parte de sistematização [...] (E20)

[...] quando eu formei, não via sistematização [...] a gente fazia aleatoriamente, só não estava implantado. (E28)

Entre as diversas situações conflitantes, como o desencontro entre os pensamentos dos profissionais enfermeiros envolvidos na assistência, o desconhecimento sobre a SAE, a sua execução de forma mecanizada, com pouca troca de informações, trazem que um dos fatores

principais ligados a essa fragmentação corresponde às falhas apontadas no processo de formação do enfermeiro, contribuindo para convicções comuns acerca da temática, como mais um trabalho que não funciona. Essa reflexão fortalece a necessidade de o enfermeiro adquirir, ao longo de sua formação, a visão do todo, realizando o planejamento na gerência da assistência, compreendendo que a SAE é um instrumento assistencial para realizar suas ações, desde o pensar estratégico na sua implantação, envolvendo conhecimento teórico e habilidade prática (SILVA; MOREIRA, 2010; GOMES; BRITO, 2012).

Nesse sentido, compreende-se, pela fala do enfermeiro E19 participante do estudo, que o profissional vai para a práxis trabalhadora e o mesmo se perde, tendo em vista que, na formação, pontos fundamentais da teoria em junção com a prática passaram despercebidos, ou seja, a questão do planejamento que é a SAE propriamente dita:

Acho que a questão de planejamento é uma questão muito séria que a gente não sabe, não sai com essa questão de planejamento, a gente não sabe planejar [...] por exemplo, no meu setor, meu problema não é flebite, meu problema é extubação. Então, eu tenho que montar um indicador para mim ver qual que é a causa da minha extubação [...] trabalhei, melhorei, parto para outra coisa. Então, isso faz parte do nosso hoje, os enfermeiros hoje, eles não têm essa formação, eles não têm essa visão [...]

Para tanto, o futuro profissional enfermeiro necessita, em sua formação, de ser capaz de planejar, de organizar e de desenvolver suas ações de modo a suprir as necessidades do cliente/usuário com resolubilidade (BENITO; FINATTO, 2010). Assim, acrescentam Amante, Rossetto e Schneider (2009) que a maioria reconhece a SAE como um programa desenvolvido pela enfermagem na aplicação de seus conhecimentos na assistência ao cliente. Entretanto, não basta reconhecê-la com um método sistemático e prático na aplicação dessa assistência, é necessário que haja um envolvimento maior da equipe no processo de implantação desse instrumento, conhecendo seus princípios, passo a passo, e principalmente sabendo como cada um destes deve ser executado no cotidiano da práxis.

Esse fato decorre principalmente dos enfermeiros que já exerciam a função de técnicos de enfermagem, estando tão acostumados a serem tecnicistas e tarefeiros, os quais não demonstram interesse para a concretização da SAE. Contudo, possuir esse conhecimento sobre a SAE e, ao mesmo tempo, não saber colocá-lo em prática, faz do profissional enfermeiro incapaz de sistematizar suas atividades para sua equipe, conseqüentemente refletindo diretamente na assistência ao paciente, o que é apreendido pelos enfermeiros E19, E20 e E30 participantes do estudo:

[...] eu acho que gerenciar realmente precisa ser melhor trabalhado, porque eu falo assim, é tentar levar um pouco a teoria, nós precisamos mais tentar levar um pouco para realidade porque, às vezes, você tem um enfermeiro para o hospital todo, você pode trabalhar em um hospital aí dos grandes centros, ou de primeira linha, tudo bem, aí como você pode trabalhar em um hospital que você não vai ter nada, não vai ter esse porte, então vai depender de você implantar todo serviço, estruturar todo aquele serviço, então assim você pode parar em qualquer lugar, você pode ir para saúde pública, você pode ir para uma empresa, hoje você pode entrar em qualquer campo, para auditoria, você pode fazer qualquer coisa, vai depender de cada um [...] (E19)

[...] eu acho que a enfermagem, infelizmente, ela tem que aprender a fazer uma boa anamnese, um bom exame físico pelo profissional, não pelo que está no papel e é o que a gente faz, a gente faz aquilo que está no papel, porque se você não põe no papel, um olha e copia, um outro não olha [...] (E20)

[...] chega na prática, para colocar mesmo em prática, são poucos itens que lá na teoria a gente coloca mesmo ali no dia-a-dia [...] (E30)

Coaduna-se com o relato de Silva et al. (2012) que os enfermeiros consideram que há um descompasso entre a teoria e a prática. Na verdade, pouca aplicação da teoria à prática, pelo fato de praticamente não se terem atividades práticas para se concretizar a SAE. Nesse sentido, quando os estudantes estão realizando o estágio obrigatório do último ano, se veem em um mundo quase que desconhecido, o de gerenciar a assistência de enfermagem. O que é apreendido quando os enfermeiros participantes do estudo relatam em seus depoimentos:

[...] eu vi muito assim que lá na faculdade [...] no papel estuda bastante, porque quando eu formei, no papel mostrou tudo, mas por na prática, no estágio eu não tive essa oportunidade de ir no hospital e fazer, passar, tipo dividir, isso não [...] eu vi muito papel pronto, muito instrumento pronto, mostraram, explicaram como fazia, ia avaliando os resultados, o que tinha que mudar o que não, o que tirava, o que acrescentava, no papel eu vi bastante, mas pôr em prática, nunca tive. (E16)

[...] teoricamente, a gente tem muito, mas pôr na prática, passar aquilo para o dia-a-dia é muito difícil, eu não consigo, eu não consegui ainda, de falar que eu consigo passar o que eu aprendi teoricamente da sistematização para a prática [...] (E18)

[...] eu lembro que eu me perdi mesmo porque assim eu não sabia a rotina, eu não sabia tipo assim [...] eu lembro que me chamaram para punccionar um porta-a-chat. Aqui oh! [...] enfermeiro tem um porta-a-chat [...] eu falei assim e agora o que é porta-a-chat, porque a gente não mexia com oncologia, então eu nunca ouvi falar em porta-a-chat [...] (E19)

[...] a gente aprendia assim, fazer escalas, o que eu tenho que olhar de indicadores de qualidade, trabalhar em cima do indicador de qualidade, mas isso na prática é completamente diferente, porque na prática para mim

trabalhar um indicador de qualidade eu preciso que todos os supervisores deste setor notifiquem para mim, todas as flebites, todas as quedas, tudo, todos os riscos que o paciente corre, quantas sondas eu perdi, porque que eu perdi essa sonda, se foi por obstrução, se foi por tração, quantos acessos eu perdi e isso a gente não aprende na faculdade [...] a gente ouve falar sobre os indicadores, mas a gente não aprende como que eu tenho que trabalhar com esse indicador. (E20)

[...] a dificuldade é exatamente essa, é operacionalizar, você detém o conhecimento, mas você chega, você não sabe [...] porque está desvinculado, não está articulado, acho tentar articular melhor isso lá na prática, de repente no começo não é nem levantar todos os diagnósticos que o paciente tem, você não consegue mesmo, mas de repente levantar um só, dentro desse diagnóstico trabalhar até o final aquele diagnóstico porque a pessoa consiga ver, visualizar, porque, às vezes, o aluno fica com vergonha de falar que não entendeu porque a turma toda entendeu, só eu que não entendi, então, bom, eu também entendi e vai levando. (E23)

[...] a gente não consegue ter essa visão de gerente e tudo aquilo que a gente via na faculdade a gente não conseguia visualizar isso praticamente [...] (E24)

Pode-se observar, pelas falas dos enfermeiros deste estudo, que muitos integrantes da equipe de enfermagem têm noção sobre o valor do conhecimento e sobre a ação na operacionalização da SAE, mas por outro lado foram evidenciadas muitas dúvidas sobre como colocar essa metodologia em prática, uma vez que o enfermeiro sempre precisa de algum rascunho ou checklist para orientar a assistência ao cliente (GOMES; BRITO, 2012).

[...] uma coisa que eu vejo que é a [...] não querendo comparar, mas a medicina vê muito bem isso, eles fazem o exame físico completo e eles não têm um checklist na mão para ver o que eles têm que fazer no exame físico, agora a enfermagem não, a enfermagem já vai com um papelzinho, com uma cola bem dizer, vai com uma cola para gente não esquecer o que a gente tem que olhar, o que a gente tem que perguntar [...] eu acho que tem que trabalhar isso melhor na faculdade. (E20)

À luz de Freire (1996), a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da analogia Teoria/Prática, sem a qual a teoria pode ir virando *blablablá* e a prática um mero ativismo. Contudo, outro apontamento extraído pelos depoimentos dos enfermeiros foi o método da problematização, ou seja, o PBL, em que o discente, ao mesmo tempo em que estuda a teoria, vivencia esta na prática, conformando os saberes.

[...] se o acadêmico fizesse esse estudo com o paciente do dia que ele entrou ao dia que ele saiu, tudo bem, não vai conseguir todos os dias ir, mas ler o prontuário, ler o relatório, ver quais as medidas foram feitas e acompanhar esse paciente, acompanhar e ver alguém que acompanhe o setor, o que aconteceu no setor, os indicadores daquele setor para ele conseguir

visualizar no fim de um mês o que ele pode ter que vivenciar depois que ele tiver formado. (E20)

[...] é aquela coisa de ir para comunidade logo no primeiro ano, de está vivenciando a realidade ali mesmo das pessoas e não aquela [...] muito teoria e ir mais tardiamente [...] eu tenho vivenciado mesmo na prática é isso, os meninos, eles colocam que nossa é outra coisa, quando o professor fala na sala que eles no outro dia vão, que eles conseguem entender, daí eles estão em contato com o paciente, o paciente fala, então quando a gente fala lá o que acontece, eles já vivenciaram, então eu acho que é isso, tem que ser muito próxima, teoria e prática. (E23)

[...] quando você vivencia, aí você consegue ligar a teoria, enxergar aquilo que você via lá na faculdade, lá no quadro, no slide e tudo, mas quando você só está lá no slide, você não consegue ter uma visão daquilo na real. Então, quando você começa a trabalhar, aí você fala, nossa é aquilo, que bacana, pouco a pouco você volta aprender tudo que você aprendeu lá trás, entendeu? Porque, quando a gente é acadêmico, a gente não consegue ter essa visão de um setor [...] (E24)

[...] por exemplo, quando a pessoa já é técnico de enfermagem e está fazendo, às vezes, ela já consegue ir ligando umas coisas porque ela está aqui dentro, ela está vivendo, está vivenciando [...] (E25)

É muito mais fácil você está ali olhando, é muito mais fácil. (E27)

Por conseguinte, implantar a SAE ativamente, sem que a equipe esteja devidamente capacitada, é quase impossível sob o ponto de vista do conhecimento científico, pois não há fundamentação teórica e prática para efetuar-la. Isso porque, quando ainda acadêmicos, são orientados em diferentes escolas, que mostram a SAE de forma distinta. Cada instituição hospitalar possui característica própria diante das diversas especificidades dessa metodologia, necessitando adequar-se a ela, de acordo com as suas condições e com sua estrutura organizacional. Com isso, surge a necessidade de se investir na educação continuada e permanente desses profissionais e na constante atualização das atividades frente às mais diversas necessidades individuais de cada cliente para um melhor desempenho da assistência (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

6.3.2 Saberes gerenciais do enfermeiro

No contexto das organizações de saúde, o cargo de gerenciamento envolve a prestação e o controle dos serviços de saúde aos clientes, uma atividade que requer compromisso, ética e respeito (RESENDE, 2004). Compreende-se que o gerenciar se traduz no desenvolvimento de competências que podem ser definidas como o conjunto de atividades que envolvem três dimensões: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem ao profissional

desenvolver suas funções/tarefas/atribuições gerenciais com eficácia e eficiência em benefício do cliente, da família e da coletividade (BENITO, 2007).

Os serviços de saúde, em especial no âmbito hospitalar, que tradicionalmente procuram adequar-se aos novos modelos advindos da indústria, têm procurado incorporar essas novas tendências. Dessa forma, novas ferramentas gerenciais como o *balanced score-card*, a gestão do conhecimento, da informação e das competências, a liderança *coach*, as unidades de negócios, vêm sendo aceleradamente introduzidos nos hospitais, modificando o cenário desta gerência antes relegada a modelos muitas vezes empíricos e pouco profissionalizados (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Assim, considerando que um dos processos de trabalho do enfermeiro é o gerenciar e que este profissional historicamente tem assumido cargos gerenciais de serviços de saúde, torna-se relevante para as instituições, inclusive de ensino, definir e desenvolver as competências gerenciais do enfermeiro (FURUKAWA; CUNHA, 2010). Com isso, as DCN's do Curso de Graduação em Enfermagem determinam a necessidade de dotar o profissional com relação às competências gerais, tais como: tomada de decisão; comunicação; liderança; administração/gerenciamento e educação permanente, sendo esta última uma busca constante pelo conhecimento no que tange à Enfermagem e a outros saberes (PERES; CIAMPONE, 2006).

Contudo, é imprescindível que essas competências estejam contempladas nos Projetos Pedagógicos das Graduações em Enfermagem, fundamentadas nos princípios estabelecidos no Parecer que determina as novas diretrizes curriculares do MEC. Destarte, a formação profissional do enfermeiro é voltada nos primeiros semestres para a área assistencial, todavia, o enfermeiro tem a responsabilidade para uma maior atuação na área gerencial exigida pelas instituições de saúde (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Desse modo, visando ao fortalecimento do SUS, com base nas competências mencionadas nas DCNs e mencionadas nos planos de ensino e nos Projetos Pedagógicos de curso da área da saúde, faz-se necessário aproximar a formação dos profissionais à realidade dos serviços de saúde, procurando dar respostas às necessidades concretas da população brasileira, tanto no que diz respeito à formação de recursos humanos, quanto à produção do conhecimento e à prestação de serviços (BENITO; FINATO, 2010).

Nesse contexto, o significado de palavras como globalização, conhecimento, competências, liderança, competitividade, têm permeado a agenda dos administradores nas organizações. Com isso, novas tendências para a gestão tomaram conta do mercado, fazendo com que os profissionais enfermeiros se vejam às voltas com aprender mais e mais para

responder a essas demandas. Dessa forma, o perfil exigido das pessoas sofreu alterações, sendo preciso adaptar-se a novas situações, ser flexível e ter capacidade de relacionamentos, bem como assumir desafios, dentre outras (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Assim, cabe ao enfermeiro, além do conhecimento e da prestação do cuidado, desenvolver seus saberes gerenciais, que devem estar de acordo com as competências, com os conhecimentos e com os relacionamentos, os quais não significam ocupar seu local de trabalho e seu espaço com poder, mas, sim, demonstrar todo seu potencial de forma humana e humildemente (BENITO; FINATO, 2010).

Neste estudo, é possível perceber nos depoimentos dos enfermeiros E1 e E27 que os mesmos conformam suas competências durante a formação acadêmica, tendo a consciência de que é imprescindível estar concretizando e consolidando as mesmas na práxis profissional para gerenciar o serviço e a assistência de enfermagem:

Minha prática foi exclusivamente baseada em teoria e eu tenho esse conhecimento, quem que me norteia, o que eu quero quando eu trato aquele paciente, quando eu faço um planejamento dele ou, às vezes, quando eu faço uma prescrição de enfermagem. (E1)

[...] hoje eu sei fazer isso, hoje eu olho o paciente, eu sei se o exame dele está alterado se não está, o que eu tenho que olhar para ele, o que eu tenho que estar atenta [...] (E27)

A partir desses apontamentos, a função gerencial do enfermeiro pode ser conceituada como sendo um instrumento capaz de organizar o processo de trabalho de uma equipe com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral (AGUIAR et al., 2005). Assim, entendendo o enfermeiro como gerenciador de uma equipe de enfermagem e como articulador de outros profissionais de saúde, o processo de gestão do trabalho em saúde deve ser um eixo primordial na formação do enfermeiro para que o mesmo detenha posse de seus saberes gerenciais sem criar caso com os demais membros da equipe multidisciplinar (BENITO; FINATO, 2010). O que é apreendido pelos discursos a seguir:

Somos bem comprometidos com a autonomia, a gente tem o respaldo tanto da Coordenação de enfermagem como do Corpo clínico, do diretor clínico [...] (E3)

[...] isso para mim é muito gratificante [...] eles verem o papel de cada um, a importância de cada um e eu falo muito com os enfermeiros isso, que a gente tem que mostrar o que veio para gente conquistar a segurança, a confiança e a valorização que a gente pretende. (E4)

[...] acho que isso faz a diferença, eu acho, assim, que o papel do enfermeiro para mim saber direcionar o meu serviço, a minha equipe, eu tenho que saber como que cada um está trabalhando, será que ele está fazendo conforme é o certo, é o correto. (E22)

Na Enfermagem, o termo competência refere-se à capacidade de conhecer e de atuar sobre determinadas situações, envolvendo habilidades para desenvolver atividades de planejamento, de organização, de implementação e de avaliação, requerendo experiência para executá-los com qualidade (AGUIAR et al., 2005).

Diante disso, a valorização do trabalho do profissional ocorre por meio das habilidades técnicas, da habilidade em lidar com questões, e principalmente, com a atitude que se terá perante o trabalho de forma ética e coerente. Assim, sempre esse profissional irá procurar o aperfeiçoamento e a postura para que tenha o respeito necessário e o valor de si próprio que deve ter (BENITO; FINATO, 2010). Essa postura e respeito são evidenciados quando os enfermeiros E1 e E3 os retratam em suas falas:

Aqui eu percebo bem, é bem nítido que o técnico de enfermagem nos tem como referência mesmo, tanto tecnicamente como administrativamente [...] o papel do enfermeiro é quase que essencial mesmo, porque o técnico confia muito mais na gente do que no médico. Então, eles irão chegar para você, às vezes, irão te pedir uma ajuda, às vezes, irão te passar um problema que eles não vão falar para o médico. (E1)

[...] tem a gente como referência e eles reportam a maioria das coisas quase tudo para nós [...] tanto que a gente que é solicitado nesse processo da assistência, a gente está sempre envolvido, na maioria das vezes, nas atribuições que são nossas. (E3)

Nesse contexto, os saberes gerenciais do enfermeiro contemplam várias formas de abordar as atividades inseridas no seu processo de aprendizado no decorrer de sua formação. Contudo, Resck e Gomes (2008) acrescentam que o planejamento das ações é um dos instrumentos técnicos do processo de trabalho gerencial que fundamenta a tomada de decisão e consiste na elaboração de ações estratégias que visam a alcançar um objetivo definido.

[...] a gente tem autonomia até para tomar certas decisões e eles nos confiam isso. Então, assim, você atua diretamente sobre eles assistencialmente, mas administrativamente também você responde e tem esse respaldo. Nós fazemos um planejamento norteado num embasamento teórico que foi estudado, que já foi comprovado e tem um respaldo científico e acadêmico. Então, eu acho que a nossa diferença na prestação dos serviços que fazemos é esse respaldo acadêmico. Então, é nosso diferencial mesmo. (E1)

Cabem também aos enfermeiros outras atividades 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, sendo exigidos conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas para desempenhar seu papel, objetivando resultados positivos. Contudo, é indispensável que ele seja competente naquilo que faz, bem como que garanta que os componentes da sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas (MARQUIS; HUSTON, 1999).

[...] eles nos confiam e a gente tem segurança que eu já passo para eles [...] eles não fazem nada que irão ter dúvidas ou que não foram diretamente designados a eles, o que é competência deles, são sempre no chão. Então, possa ser que eu não esteja na internação, mas se um paciente complicar, se tiver um procedimento mais criterioso, mais invasivo eles me ligam, se puderem esperar eles esperam, se não puder, vai por prioridade mesmo [...]
(E1)

[...] a aquisição dos equipamentos, eles passam pela gente, normalmente deixam para a gente experimentar o aparelho inteirinho e é levado muito em consideração a nossa opinião e também a questão de materiais, então acho que isso aí é um benefício para a gente, porque, se a gente acha que o material não é adequado, a gente reportando isso à pessoa responsável, consegue que isso não seja mais adquirido. (E4)

As mudanças no perfil de competências dos profissionais enfermeiros visam a atender às necessidades de saúde, demandando que os mesmos saibam agir, mobilizar e transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e se engajar em resposta às exigências e às necessidades das organizações. A gerência das mudanças e a adoção de estratégias de como mudar o perfil das competências profissionais devem ser feitas por aqueles que conduzem os processos de trabalho, exigindo pessoas que liderem as mudanças sob os preceitos da qualidade e da produtividade (MANENTI et al., 2012).

Manenti et al. (2012) ressaltam a complexidade do processo de trabalho gerencial e as exigências que incidem sobre o enfermeiro responsável pelo mesmo, tais como, atingir metas de diminuição de custos, exigência de manutenção e melhoria da qualidade da assistência prestada. Essa complexidade e exigências foram destacadas por alguns enfermeiros participantes do estudo:

[...] a gente consegue diminuir tempo de internação, às vezes, por uma úlcera de pressão que não se formou, às vezes, por um curativo que não infectou, às vezes, por uma sonda que não se perdeu e não fez uma pneumonia aspirativa. (E1)

[...] todo o nosso trabalho, toda movimentação do hospital [...] então, de alguns anos para cá a alta diretoria começou a descobrir realmente o que o enfermeiro está fazendo aqui e a gente apresentando esses índices, apresentando todo esse trabalho que é feito, as comissões que são feitas, o trabalho dessas comissões que existem [...] (E4)

Com isso, as instituições de saúde valorizam pessoas com perfil para assumir posições de gerência, reunindo características como saber definir prioridades, conhecer suas competências e saber explorá-las, desenvolver suas habilidades, descobrir como atingir resultados e aprender também com aqueles que não são clientes, buscando continuamente a atualização de seus conhecimentos, preparando-se sempre para mudanças (QUINN et al., 2003).

Para Marx (2006), a necessidade de aprimorar os conhecimentos e de promover um aprendizado contínuo dentro das instituições hospitalares tem se mostrado mais importante do que nunca. Ter um novo modelo de pensar e de incluir novos recursos para capacitar os funcionários às inovações é a única forma de acompanhar os avanços da modernização.

Apreende-se pela fala do enfermeiro E4, que a instituição na qual ele trabalha incentiva os profissionais a estar realizando sempre cursos de capacitação para a melhoria pessoal/profissional e, conseqüentemente, para a assistência ao paciente:

[...] a nossa própria capacitação, se a gente tiver interesse de fazer algum curso, nós somos estimulados a isso [...] nós somos convidados a cursos, nós somos estimulados a participar e isso é importante para gente. Nós mesmos temos um programa interno, nós fazemos a capacitação periódica, na admissão e depois na mudança de função.

Todavia existem organizações de saúde que não investem ou investem pouco no desenvolvimento dos saberes gerenciais de seus enfermeiros, por não estarem preparadas para tal. Isso remete ao fato de que não somente os profissionais devem buscar atualização e a capacitação, mas as organizações também devem investir no próprio desenvolvimento e no dos seus profissionais (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Isso foi relatado pelos enfermeiros E5, E9 e E12, que a instituição promete capacitação para os profissionais, mas não cumpre com o seu papel, fazendo com que os mesmos não se habilitem diante das transformações do mercado de trabalho:

[...] é só uma febre e passa. E, assim, não mantém, se isso mantivesse, seria muito bom para os profissionais e, com isso para instituição. (E5)

[...] porque a instituição também não incentiva. (E9)

[...] a gente vê isso, a gente não fazia porque não queria, não fazia porque o enfermeiro não tinha. (E12)

Acrescentam, ainda, os enfermeiros E9 e E12, que o próprio Conselho Regional de Enfermagem não estimula o profissional a estar se capacitando, deixando o mesmo desmotivado, sem possibilidades para o reconhecimento da profissão:

Mas tem uma coisa que o COREN também fica muito aquém. O COREN de Minas não faz nada para, assim, para incentivar, para fazer uns cursos, umas coisas, às vezes, você paga a anuidade e aquilo ali fica. (E9)

Vai levando enquanto não tem ninguém cobrando vai empurrando o trem para frente. (E12)

Diante dessa premissa, Bitencourt (2003) destaca que cada vez mais o mercado de trabalho está exigindo profissionais com maiores competências, que agreguem conhecimentos e habilidades em seu desempenho profissional, para atingir os objetivos das organizações. Porém ainda prevalecem instituições que não estão conseguindo profissionais capacitados e que demonstram interesse para o desenvolvimento de seu capital humano, o que é apreendido pelo discurso do enfermeiro E9:

[...] a maioria das instituições não estão conseguindo profissionais capacitados para estar inserindo no mercado. Às vezes, fica aquela vaga ociosa porque não tem, porque ela vai fazer uma prova para entrar e não tem capacitação.

Bezerra (2003) e Ricaldoni e Sena (2006) afirmam que o profissional enfermeiro precisa ter interesse em adquirir, em desenvolver e em aperfeiçoar constantemente seus saberes gerenciais, o que pode acontecer mediante a participação em cursos de aperfeiçoamento, de educação continuada, entre outras diversas possibilidades, bem como em buscar a complementação pela Educação Permanente nos cursos de *Lato Sensu e Stricto Sensu*, o que foi evidenciado pelos depoimentos dos enfermeiros E15 e E28:

[...] se a gente não estiver sempre estudando, a gente vai ficar para trás mesmo, não adianta, o estudo é uma coisa eterna, contínua, seja em que área que a gente atuar. (E15)

[...] quem tem vontade de estudar, realmente querer ser um enfermeiro [...] tudo que eu sou hoje eu devo a minha formação acadêmica, lógico que depois vêm as pós-graduações [...] um complemento, mas a base foi muito importante, me ensinou como que é isso, aonde que está a base, então a gente pode fazer n pós-graduações, mas a base, o berço, é eterna. (E28)

Outras formas facilitadoras do desenvolvimento dos saberes gerenciais dos enfermeiros é a participação em grupos de pesquisa. Os enfermeiros justificam que muitas mudanças ocorrem e que isso requer que o mesmo estude e se atualize constantemente. Ademais, é necessário que o profissional tenha flexibilidade e saiba identificar em que situações seus conhecimentos podem ser mobilizados e articulados (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009). Sendo assim, os enfermeiros buscam cursos de atualização para suprir as lacunas deixadas pela graduação ou pelo descomprometimento das instituições com o seu desenvolvimento profissional (PERES, 2006).

[...] a faculdade te dá uma base e depois, para você continuar a caminhar, você tem que estudar muito. Acho que a faculdade ela realmente é só a pontinha do iceberg, porque quando você está na área, aí, sim, você vai ver a realidade com que você estudou, aí você vai ter que estudar muito mais para estar aprofundando naquilo. (E6)

[...] eu acho também que a gente está sempre [...] é bom estar fazendo curso, isso ajuda muito, é muito bom, acho que a gente não deve ficar parado, sempre estar [...] que as coisas muda também, as técnicas mudam [...] você tem que estar também correndo atrás, não ficar parado só com a graduação. (E31)

Desse modo, é quase impossível a implantação efetiva da SAE ocorrer sem que o enfermeiro esteja devidamente preparado, sob o ponto de vista do conhecimento científico e da habilidade prática. Portanto, deve fazer parte das etapas de planejamento para a sua implantação, o reconhecimento da necessidade da capacitação da equipe de enfermagem e do investimento, se necessário, no preparo para o desempenho desse instrumento assistencial (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

A partir dessas reflexões, os saberes gerenciais do enfermeiro são construídos, aprimorados e renovados de forma permanente, em um fluxo que requer aprendizado contínuo. Entretanto, não basta aprender, é preciso empreender (COELHO, 2000; ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009). Dessa forma, os enfermeiros ressaltam que, para se concretizar qualquer conhecimento, tem-se que estar colocando o mesmo sempre em prática por meio da educação continuada:

Eu acho que uma forma legal disso aí é o pessoal da enfermagem sempre ter uma própria educação continuada e estar servindo para gente novamente, não sei se tudo mundo tem essa dificuldade que eu tenho [...] você não usa, você acaba esquecendo. Então o fato de não estar exercendo realmente o que ele deveria estar fazendo, pôr em prática, então a gente acaba esquecendo, eu esqueci. Então, eu acho que deveria estar usando ou estar tendo educação continuada para gente estar usando. (E12)

[...] não pode parar, porque se parar como é que você vai assim [...] a evolução é grande, e se você não conseguir você não acompanha isso. E a educação continuada, ela tem que existir mesmo, mas, assim, essa educação continuada de sistematização terão que voltar muito para fazer. (E14)

No entanto, faz-se necessária a capacitação da enfermagem para a aplicação da SAE dentro da própria instituição, isso porque os enfermeiros são formados em escolas distintas e essas os ensinam de forma diferente. Além disso, é preciso habilitar os enfermeiros em relação às características desse instrumento no contexto institucional, como o uso de instrumentos próprios e específicos, a aplicação do SAE diante das particularidades de cada setor, dentre outros (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

[...] eles implantam uma coisa e não te enviam, na realidade eles implantam aquilo porque acham que vai ser bom até porque muitas vezes, muita gente, muitas vezes, as pessoas que fazem um projeto, não é a pessoa que está trabalhando lá. Então, assim, é muito bonitinho, funciona tudo no papel, na realidade é outra forma. Então, assim, muitas vezes, o que é para ser o correto, pelo menos na visão de quem montou, não é o que é correto quando chega lá na instituição, aí, às vezes, exige uma coisa porque na cabeça deles aquilo funciona daquela maneira e chega lá na instituição não dá certo. (E6)

[...] o instrumento eu acho que não tem como, porque você vai no hospital, vê e traz para cá, tem que fazer um de acordo com a realidade aqui [...] (E16)

Outro fator que os enfermeiros apontaram foi a realização e a participação em aulas de reciclagem, uma vez que ainda é um assunto muito incipiente, pois se observa que a área gerencial desperta pouco interesse para os assuntos que realmente tangem essa função, havendo preferência pela área assistencial, não se efetuando a SAE (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

[...] eu formei tem cinco anos, mas também já fui técnico [...] eu vi isso muito tempo atrás, então eu acho assim que teria que ter uma revisão e estudar, porque na verdade o que você aprende na faculdade, você larga depois, deveria trazer o conhecimento aqui de dentro, só com o tempo você não está usando conforme foi discutido sobre isso, você não está utilizando certos conhecimentos para aquilo, talvez você esqueça alguma coisa, mas teria que estar fazendo uma revisão novamente para você fazer uma reciclagem para poder estar lembrando de tudo novamente para você poder botar em prática. (E12)

Diante disso, é essencial, para a implantação da SAE, o desenvolvimento de uma reciclagem aprofundada no tema com o envolvimento de toda a equipe de enfermagem e,

escolher o referencial que guiará a assistência por meio desse instrumento (MATTÉ; THOFEHRN; MUNIZ, 2001; HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Na assistência de enfermagem, as Teorias de Enfermagem têm contribuído quando utilizadas como referencial para a SAE, adaptadas às necessidades/especificidades dos clientes, sem perder de vista os conceitos e pressupostos originários da teoria da qual fazem parte (SOUZA, 2001; HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Complementando, Hermida e Araújo (2006) enfatizam que escolher o referencial teórico para se embasar a assistência de enfermagem pressupõe o conhecimento das Teorias de Enfermagem, exigindo análises e discussões entre a equipe. Assim, a utilização de uma teoria norteia os saberes gerenciais do enfermeiro fazendo com que esse profissional detenha o fundamento de sua prática, o que é apreendido pelo discurso do enfermeiro E1 deste estudo:

[...] tendo o nosso conhecimento que a gente teve acadêmico, nós nos formamos para isso, vários são os respaldos que nos garante a assistência que fazemos hoje, que são as Teorias de Enfermagem. Então, assim, quando eu faço o planejamento, quando eu vou executar minhas tarefas, eu tenho em mente aquilo que me norteia que é uma teoria de enfermagem mesmo, que foi o respaldo acadêmico que nós tivemos para nos formar assistenciais. Então, eu lembro que eu gostava muito da Dorothea Orem, que é a teoria de enfermagem do autocuidado [...] eu chego lá e vejo meu paciente e quando eu vou definir os papéis que eu vou querer que ela faça, a gente tem essa norteação.

Resgatando Benko e Castilho (1992), os mesmos ressaltam que muitas vezes uma única teoria é levada à prática, dependendo das características da clientela atendida. Assim, pode ser necessário que se utilize, em uma mesma instituição hospitalar, mais de um referencial teórico.

Contudo, não basta ser gerente, é necessário ser um bom gerente. Para isso, é necessário possuir características essenciais a essa condição, bem como ser capaz de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, aplicando-os em situações reais e concretas, de forma individual ou na coletiva, com a equipe de trabalho (SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006).

Percebe-se, neste estudo, que os enfermeiros que já possuíam cargos de técnicos de enfermagem se sentem mais seguros para estarem atuando como gerentes, bem como para concretizarem seus saberes na práxis profissional:

[...] eu fui técnico também, então eu vejo os dois lados da moeda, graças a Deus tenho uma bagagem muito grande por isso. (E3)

[...] eu já tive a experiência de técnico, trabalhei mais tempo como técnico do que como enfermeiro. (E16)

[...] eu, quando fiz enfermagem, eu já era técnica já há muito tempo, então eu tinha uma certa facilidade de fazer as técnicas [...] então, eu tinha noção, a professora falava lá e já vinha na minha cabeça o que ela estava falando. Então, assim, eu tive uma certa facilidade por isso [...] (E17)

[...] eu trabalhei como técnica também aqui [...] e me formei, depois de oito meses consegui entrar, graças a Deus, eu estou como enfermeira um ano e três meses. Então, assim, eu comecei no pronto socorro, eu fui muito bem recebida e ali eu não tive dificuldade de delegar as funções, todos já me conheciam, eu sabia o que eu podia ajudar, eu ajudava, o que eu tinha dificuldades, eu tentava resolver com eles, eles me ajudavam também [...] (E29)

[...] a bagagem de técnica me ajudou muito, entendeu? E aqui também eu trabalhei em vários setores, então eu tive um pouquinho de prática em cada uma [...] mas foi uma experiência muito boa. (E31)

Em se tratando dessa questão, autores destacam a liderança, a comunicação, a motivação da equipe e a competência interpessoal como competências importantes para a prática gerencial do enfermeiro como também o gerenciamento de conflitos, uma vez que o enfermeiro diariamente se depara com situações diversas que exigem dele tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, coordenação da equipe, planejamento e empreendedorismo, a fim de atingir os objetivos da organização e dos clientes (CUNHA; XIMENES NETO, 2006; SIMÕES; FÁVERO, 2003).

[...] a gente tem um contato muito bom e muito constante com os familiares aqui, por ser um hospital particular, a gente tem a presença do acompanhante muitas vezes, a gente abre exceções, a gente tem autonomia para abrir essa exceção, quando a gente vê que o paciente precisa, a gente tem esse papel muito importante [...] a gente sente segurança da família nas nossas atitudes, nas nossas condutas, muitas vezes é procurado fora daqui ou para questões educativas mesmo, isso é importante. (E4)

É de fundamental importância, que os enfermeiros responsáveis pelos processos gerenciais tenham sensibilidade para captar as demandas emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e flexibilidade para se adaptar às diferentes situações que se apresentam nas relações e nas interações do cotidiano das organizações do cuidado (BACKES et al., 2008).

Entretanto, em cada organização, é necessária a atuação de enfermeiros gerentes que tenham o papel de solucionar problemas, de dimensionar recursos, de planejar sua aplicação,

de desenvolver estratégias, de efetuar diagnósticos situacionais, de garantir o desempenho do pessoal de enfermagem, entre outras atividades (NÓBREGA et al., 2008).

Com isso, o enfermeiro dentro da ambiguidade de sua formação acadêmica que segue tanto para gerência da assistência quanto para o cuidado em si, geralmente tem escolhido por uma delas em função de vários fatores, incluindo a carga de trabalho, as exigências organizacionais, as preferências individuais e a polêmica que envolve a definição da sua função (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

A contribuição da graduação e da prática profissional para o desenvolvimento de competências acontece de formas distintas no gerenciamento do serviço e do cuidado. De modo geral, as disciplinas curriculares abordam os conceitos básicos e abalizam diretrizes para tais processos. Contudo, é papel do docente das disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem discutir com o discente a relação da teoria com a realidade da prática gerencial. Dessa forma, tendo resultados de aproximações teóricas e reflexivas com o auxílio docente, o aluno ampliará seu conhecimento sobre a relação entre o gerenciamento do serviço e do cuidado (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

De acordo com os enfermeiros participantes do estudo, nem todas as vezes é possível concretizar a teoria dos saberes gerenciais na prática, pois somente quando chegam na realidade dos serviços de saúde, é que os profissionais colocam em prática aquilo que aprenderam na graduação:

[...] eu nunca fui técnica de enfermagem, nunca trabalhei na assistência, eu me formei enfermeira e a primeira vez que eu punçãoi eu já tinha me formado. (E1)

[...] eu nem sabia nada, quando eu fui punção a primeira vez eu estava já formada [...] (E2)

[...] a gente tem medo mas a parte técnica a gente aprende, tem que está estudando, fazendo para ter mais destreza em técnica [...] mas a gente sabe que teoria é o princípio básico. (E15)

Teoricamente, a gente tem muito. (E18)

[...] no meu primeiro emprego, a gente ficava com o técnico de enfermagem [...] então você não via gerenciamento, você via técnica [...] (E19)

É mais fácil ser assistencial porque você resolve o problema do paciente e acabou. Agora, quando você tem que planejar e observar isso que você implementou, funcionou ou não, dá muito mais trabalho. (E20)

Nesse sentido, Rothbarth, Wolff e Peres (2009) enfatizam que as instituições hospitalares também são responsáveis pelo desenvolvimento gerencial dos seus enfermeiros, uma vez que é seu papel investir em recursos humanos, cobrando dos enfermeiros resultados que reflitam na qualidade do serviço.

Assim, Peres e Ciampone (2006) enfocam que a liderança é um dos principais saberes a serem adquiridas pelos profissionais de saúde, fundamentada em compromisso, em responsabilidade, em empatia, em habilidade para a tomada de decisões, de comunicação e de gerenciamento de forma efetiva e eficiente. Com isso, Simões (2003) refere que o melhor desempenho do enfermeiro como líder acontece com a mudança de comportamento, adotando uma busca por novos conhecimentos e desenvolvendo habilidades ativas para a liderança, as quais englobam qualidades pessoais, habilidades interpessoais e a capacidade de dominar democraticamente o âmbito organizacional.

Neste estudo, é possível perceber que alguns enfermeiros possuem o espírito de liderança democrática, traçando metas positivas para a instituição hospitalar e obtendo satisfação pessoal:

[...] a gente adquiriu até a confiança do médico [...] às vezes, eu auxilio um paciente alimentar, chego lá na internação ele está comendo, isso traz satisfação. Então para mim isso é norteador. (E1)

[...] todos participam bastante, dão sugestões, reportam à gente os problemas que eles encontram e a gente consegue, por ser um hospital pequeno, fazer uma supervisão bem de perto do funcionário e do paciente [...] (E4)

[...] nós podemos fazer todos os cuidados que a gente quer que faz com o paciente [...] (E14)

[...] a gente vai adquirindo credibilidade das pessoas e as pessoas vão confiando em você e vão vendo que você é daquele jeito porque você tem que ser, porque é o cargo que você ocupa e aí o negócio vai ficando naturalmente. (E32)

É notório enfatizar que o enfermeiro, por meio da liderança, faz o elo para conformar os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem, almejando o aprimoramento da prática profissional e a qualidade da assistência prestada. (GALVÃO, 2005). Portanto, o enfermeiro é caracterizado como elemento facilitador do trabalho da equipe (BACKES et al., 2008).

Além de líder e protagonista principal da equipe de enfermagem, cabe ao enfermeiro, de acordo com a tradição, o gerenciamento de recursos físicos, materiais, humanos e de

informação, o que requer conhecimento e habilidades para desenvolver o trabalho com atitude ético-política (OLIVEIRA et al., 2009).

[...] a instituição está preocupada com o benefício do paciente e, às vezes, não mede esforços para comprar uma coisa que vai garantir uma assistência melhor. Então, nessas questões materiais, a nossa instituição, por ser particular, nos garante uma qualidade muito boa. Eu já trabalhei em hospital do SUS que, às vezes, você fica triste mesmo, você ia para casa chorando porque, às vezes, falta um material que assim é quase que banal, às vezes, não tinha um curativo para você fazer, uma gaze para você fazer um procedimento, isso é doloroso para nós que mexemos diretamente com o cuidado no paciente e aqui a gente não sente isso. Então, a gente tem outros problemas, mas essa parte assistencial na garantia do serviço eu acho que é satisfatório. (E1)

Sendo assim, urge a necessidade de buscar novos saberes em diferentes áreas do conhecimento para desmistificar os modelos burocráticos e centralizadores, fortalecendo a rede de conexões/interconexões necessárias para o cuidado humano, que se apresenta amplo, dinâmico, multifacetado e complexo (BACKES et al., 2008).

As atividades demandadas de educação permanente em enfermagem estão direcionadas para a realização de cursos com ênfase na formação profissional. A enfermagem reveste-se de complexidade, uma vez que a finalidade social do profissional enfermeiro exige o domínio de um conjunto de conhecimentos gerais e especializados que devem se desenvolver e assegurar no progresso teórico e técnico que a profissão requer (DIAS, 2006). Nesse sentido, outro ponto-chave destacado neste estudo foi à necessidade de o enfermeiro estar sempre ligado à capacidade de ampliar sua educação permanente, o que é evidenciado pelos participantes E7, E14, E20, E24, E27 e E31:

[...] eu não sei e vou correr atrás para tentar melhorar [...] (E7)

[...] mas, se você não procurar, você não aguenta, você tem que acompanhar o dia-a-dia, a evolução, como é que faz se a gente parar, não tem jeito. (E14)

[...] nós somos obrigados a estudar, porque, assim, a gente forma, não tem como, é impossível você não estudar [...] (E20)

[...] a importância de sempre você continuar estudando porque você consegue visualizar uma coisa com a outra. (E24)

A verdade é que tem que estar sempre buscando mesmo, porque a gente ler ali, chegar para fazer é diferente. (E27)

[...] você tem que estar também correndo atrás, não ficar parado só com a graduação. (E31)

A partir desses apontamentos, o enfermeiro em um cenário de crescentes e profundas mudanças gerenciais, deve posicionar-se de forma aberta e sensível para acompanhar a evolução e se adequar aos novos desafios organizacionais, administrativos e assistenciais. Nesse contexto, é preciso que o enfermeiro tenha conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer criativamente a equipe diante de metodologias participativas e reflexivas, sendo capazes de problematizar a realidade concreta na organização dos serviços com competência técnica e humana (BACKES et al., 2008).

A gerência aborda o planejamento, a organização, a direção e o controle que trata do ciclo P-O-D-C de todas as atividades que ocorrem dentro de uma organização, sendo esse planejamento imprescindível para a existência, para a sobrevivência e para o sucesso da mesma (CHIAVENATO, 2000). Porém o profissional enfermeiro possui autorização legal para praticar a assistência bem como para delegar funções compatíveis com o nível de instrução para o técnico de enfermagem. Para tal, são exigidos conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados às tomadas de decisões, bem como ao planejamento para a execução e para a avaliação dos planos assistenciais (CHAVES et al., 2010).

[...] você garantiu uma eficiência, exercitou um trabalho, tanto planejamento com tanta consciência, não é nem empírico, mas propriedade acadêmica mesmo [...] você está mostrando para eles que aquilo está sendo melhor [...] às vezes, quando é um procedimento mesmo, se você vai pegar uma veia na mão, você sabe que, às vezes, vai poder errar, mas o nível de complexidade que aquela veia vai favorecer no paciente não é tanto assim, isso te dá uma segurança. Então, assim, se eu errar aquela veia ali, por mais que eu erre e o procedimento não seja satisfatório, a complicação vai ser mínima. Então, assim, você tem esse conhecimento, te dá uma segurança. (E1)

À luz de Merhy (1994), o planejamento é visto como elemento dos processos de gestão das organizações e como impulsionador das práticas sociais transformadoras, tornando um assunto cada vez mais imprescindível na vida do profissional contemporâneo. Complementando, Kurcgant (1991) afirma que o planejamento é uma atribuição de extrema importância no cotidiano do enfermeiro, já que costuma figurar como a primeira das atividades gerenciais e uma das mais importantes, uma vez que serve de base para as demais.

[...] o setor é a cara do enfermeiro, então, se é um setor organizado, a gente tem que ter essa vigilância, que, aí, às vezes, a gente se perde, a gente não consegue, agora, quando você treina a sua equipe, já fica mais fácil. (E22)

Dessa perspectiva, é de grande importância na Enfermagem obter uma produção de conhecimentos sobre a SAE, ou seja, o planejamento e a organização das ações, de forma que, transformando esse conhecimento em aprendizagens profissionais, seja possível capacitar a equipe a intervir constantemente nos níveis de saúde da população (BENITO; FINATTO, 2010).

Nesse sentido, identificar quais são os saberes gerenciais do enfermeiro que o tornam apto a planejar a assistência de enfermagem aumenta a probabilidade de que seja possível ensinar e desenvolver tais saberes, para que o profissional produza ações fundamentais para lidar com as realidades diante das quais se encontra (KURCGANT, 1991).

Outro saber gerencial do enfermeiro que merece destaque é a criatividade. Criatividade não é sinônimo de inventar coisas, desrespeitando normas ou leis, em que cada um faz o que der vontade. Criar não é coisa de quem não planeja e precisa improvisar para se sair das situações problemáticas (DUTRA, 2004). O que o enfermeiro E11 referencia em seu discurso:

[...] a gente tem trabalhado dentro da lei, porque lá a gente tem as nossas normas, a gente tem as nossas leis que tem que seguir, porque senão vai dar errado em algum momento e o que eu vou responder?

A criatividade precisa ser contextualizada por meio de um olhar atento aos objetivos institucionais, que compartilha conceitos e processos acerca das dimensões organizacionais da noção de competências, e interage com sua história, visão, negócio, missão, valores, princípios e estratégias. Por isso, a criatividade e a inovação são consideradas saberes do processo de gestão por competência e são compreendidas para melhor instrumentalizar os enfermeiros a vencer barreiras no ambiente de trabalho (FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008).

A partir dessas reflexões, a disseminação do ensino na área da enfermagem tem sido estimulada devido à constatação de que a profissão somente solidifica um corpo de informações por meio de conhecimentos científicos. Assim, é marcante a discussão sobre a inclusão de conteúdos, de disciplinas e de estratégias que estimulem o ensino nas universidades (CAMPONOGARA et al., 2007).

Tais afirmações vêm ao encontro dos depoimentos dos enfermeiros E1, E2, E4, E19 e E32 pesquisados, nos quais os mesmos comprovam que as suas formações acadêmicas demonstraram a preocupação em transmitir os saberes necessários para lidar nos seus processos de trabalho gerencial e assistencial:

[...] eu tenho esse conhecimento que a academia me formou e eu sou diferente de um técnico de enfermagem ou, às vezes, de um auxiliar de enfermagem porque eu tenho respaldo acadêmico [...] Então, acho que a nossa diferença do planejamento que eu vejo que o técnico, às vezes, é serviço braçal mesmo, ele pega uma prescrição e segue o que está prescrito e nós não [...] você é uma referência técnica e prática por ter um diferencial científico, isso eu consigo reconhecer bem no meu dia de trabalho e eu sei que eu sou diferente deles por isso [...] Então, eu acho que a academia, no meu caso principalmente foi essencial, eu não tive experiência técnica nenhuma antes e a academia me formou para ser uma enfermeira e hoje eu executo as partes técnicas com a teoria que eu tive [...] eu falo com o técnico, olha eu vou fazer isso aqui no paciente, eu sei o que eu quero e qual é o retorno que eu estou esperando [...] (E1)

[...] a gente olha o paciente como um ser holístico, olha como um todo, então a gente faz, a faculdade ajudou a gente a ver por inteiro, não só a patologia ou só uma ferida, a gente vai também no psicológico do paciente [...] (E2)

[...] eu acho que a gente tem um acepto educacional muito importante e a gente aplica isso no dia-a-dia, é um diferencial nosso e nós somos procuradas por isso [...] é claro que a academia me ajudou muito porque eu consigo hoje fazer o que a gente faz, nós temos trabalhado de forma mais correta, vamos dizer assim [...] e várias outras coisas que é da minha função a gente consegue fazer graças ao preparo que nós tivemos [...] acho que isso é essencial, impossível a gente conseguir fazer nosso trabalho se a gente não tivesse respaldo acadêmico. (E4)

[...] eu saí com uma formação, a base que eu precisava sair, o conhecimento que eu tenho hoje, a forma de trabalho, essas coisas, eu aprendi na faculdade, eu carrego isso comigo, então, assim, se eu ia construir uma casinha, uma mansão e um castelo, ia depender de mim, porque a faculdade ela tem que te dar a base para você ir embora, e a base foi muito bem feita, foi muito sólida [...] o básico em si, o enfermeiro, compromisso, responsabilidade, essas coisas, para mim foi perfeito. (E19)

[...] a base que nós tivemos foi muito boa, o curso, quem tem vontade de aprender, quem gosta de ler, tem tudo na mão, então, eu acho que foi muito bem passado, muito bem feito [...] (E32)

Entretanto, é fundamental que o ensino da graduação em enfermagem inclua em todo o seu desenvolvimento, atividades ligadas à reflexão na ação para a constituição de sujeitos críticos e criativos na sua prática profissional. Para tanto, a formação acadêmica deve ser o cerne da prática educativa em enfermagem, uma vez que se percebe uma estreita analogia entre a formação de um profissional crítico-reflexivo e a atitude investigativa (REIBNITZ; PRADO, 2003). A partir dessa questão, o enfermeiro E19 afirma que, se fosse possível, ele faria novamente a graduação em enfermagem:

A minha base foi boa, porque se falasse assim você faria de novo, mesmo com todas as dificuldades, eu juro por Deus eu faria de novo [...]

Assim sendo, a necessidade de capacitação e de atualização dos enfermeiros provém do aumento da demanda dos usuários do SUS, cabendo, portanto, às instituições formadoras, a missão de preparar profissionais comprometidos com a promoção da saúde (CECCIM; FERLA, 2009). O trabalhador é responsável por articular as mudanças no mundo do trabalho com seu rol de saberes adquiridos durante processos formais e informais de sua formação (RODRIGUES; CALDEIRA, 2009).

Nesse sentido, buscar nos princípios estudados os itens de significado que desvelam a inserção da Promoção de Saúde e Vigilância em Saúde na formação do enfermeiro do curso de Enfermagem, significa que, para atuar preventivamente, o enfermeiro precisa desenvolver ações que permitam controlar esses fatores que estão determinando a ocorrência dos problemas de saúde. (RENOVATO et al., 2009).

Disso decorre que o gerenciamento dos serviços de enfermagem, em instituições de saúde, constitui-se em uma atividade extremamente complexa e polêmica, visto que exige dos profissionais um perfil fundamentado em saberes peculiares para a implantação e para a implementação de estratégias adequadas ao contexto (NÓBREGA et al., 2008). Dessa perspectiva, autores complementam que as atividades do enfermeiro se resumem em cinco “saberes”, que são o saber “ser”; saber “gerenciar”; saber “fazer”; saber “conhecer” e saber “conviver”.

No saber “ser”, o enfermeiro tem que possuir postura ética e inteligência emocional; ser criativo e inovador; ter espírito de empreendedor; ter coerência; ser imparcial; ser flexível; desenvolver a liderança; ser objetivo e claro; dinâmico e convincente; possuir humildade; ser comunicativo; ter comprometimento e envolvimento; bem como ser cooperante e ter iniciativa para desenvolver o autoconhecimento (MANENTI et al., 2012).

No saber “gerenciar”, o enfermeiro tem que dirigir o processo de trabalho; atingir e manter o equilíbrio nas relações de trabalho; garantir o bom funcionamento dos setores; promover a difusão da filosofia e da cultura institucional; garantir as condições para a implantação e para a implementação da SAE, proporcionando resultados positivos; promover a educação permanente e a qualificação profissional (MANENTI et al., 2012).

No saber “fazer”, o enfermeiro tem que saber criar e saber manusear meios e instrumentos, como o ciclo P-O-D-C; traçar o diagnóstico situacional; avaliação; planos de ação; recursos físicos, materiais e equipamentos; conhecimento técnico-científico e comunicação; determinação de prioridades; implantação de manuais de normas e de rotinas; utilização de procedimentos operacionais padrão, protocolos institucionais e distribuição de funções (MANENTI et al., 2012).

No saber “conhecer”, o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico-científico; promover e estimular o conhecimento da equipe sob sua supervisão e orientação; buscar e incentivar a atualização bem como a capacitação profissional; zelar pelos recursos disponíveis na instituição; conhecer a missão e a filosofia institucional e gerenciar gastos (MANENTI et al., 2012).

E, por último, no saber “conviver”, o enfermeiro deve gerenciar os conflitos existentes na equipe da enfermagem e multiprofissional; ter um bom relacionamento interpessoal e multiprofissional; desenvolver parcerias de trabalho; desenvolver o marketing pessoal; ter vínculo/escuta e relacionar-se com diferentes hierarquias (MANENTI et al., 2012).

O aprofundamento dos cinco “saberes” de tais autores vem ao encontro dos anseios dos enfermeiros E22 e E23, participantes do estudo, no sentido de mostrar que eles são conscientizados, que precisam sempre estar se capacitando para melhor realizar a gerência da assistência:

Não parar no tempo [...] sempre estar correndo atrás, eu acho que a faculdade ela te dá a base e você continua com aquilo. (E22)

[...] hoje a gente tem aí a internet, tem os colegas, tem os mestres, então acho que o importante é não ficar parado [...] (E23)

Contudo, é imprescindível que o profissional enfermeiro deva assumir compromisso pessoal e com a sociedade de continuar sempre estudando para o seu aperfeiçoamento, buscando constantemente seus saberes, pois o que é essencial hoje pode não ser amanhã, o que exige a avaliação e a capacitação constantes acerca do perfil desejado, bem como ações para o desenvolvimento das competências, sobretudo em momentos de transformações dentro ou fora da instituição (BEZERRA, 2003; MANENTI et al., 2012).

Por conseguinte, os enfermeiros buscam obter o domínio dos saberes gerencias para serem bons gerentes, tornando-se fundamental que as instituições possuam políticas de incentivos que os estimulem (MOTTA; MUNARI; COSTA, 2009). Para tanto, os enfermeiros devem estar mais instrumentalizados para melhor gerenciar sua equipe, competindo ao mesmo estar atentos e preparados para as mudanças, procurando alternativas para os serviços de enfermagem caminharem sempre em busca da eficiência e da eficácia do gerenciamento na garantia da excelência da assistência (BOTERF, 1999; DUTRA, 1999).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um pêndulo de constantes idas e vindas, ao conhecer a realidade dos cenários empíricos deste estudo, face à subjetividade dos participantes, os enfermeiros, bem como dos apontamentos da observadora presente durante a realização dos grupos focais, mencionam-se algumas considerações finais, respondendo aos objetivos e às indagações desta investigação.

O fluxo dos depoimentos apreendidos peregrinou para vislumbrar os cenários do cotidiano do enfermeiro em que ainda ocorre uma fragmentação no seu processo de trabalho, no qual este profissional, por tantos motivos, não concretiza a SAE de forma sistematizada e individualizada.

Assim, é notório enfatizar que, na realidade das instituições hospitalares pesquisadas, por meio dos grupos focais, foram pontuadas várias situações em que, às vezes, o profissional deixa de exercer suas ações, em função do que lhe é imposto diante das mudanças e transformações globais. Nesse sentido, fazendo uma ligação dos resultados que se obtiveram com as questões norteadoras, pode-se notar que há um grande obstáculo que perpassa no cotidiano do enfermeiro frente à operacionalização da SAE.

Nessa realidade empírica, na relação entre as instituições pesquisadas, no contexto da categoria facilidades e dificuldades para a SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro, sobressaiu a primeira subcategoria no que diz respeito ao trabalho em equipe. Foi possível perceber que, nos três cenários empíricos, de um modo geral, os enfermeiros possuem um bom relacionamento interpessoal, tanto com a equipe de enfermagem quanto com a equipe multidisciplinar, reconhecendo o limite de cada integrante que a compõe, entendendo que todos são seres humanos providos de acertos e atropelos.

No entanto, observa-se que os enfermeiros ainda enfrentam obstáculos em seu processo de trabalho com relação à equipe, no qual este profissional por ser o porta-voz, encara diversas barreiras tais como: os conflitos; a resistência do funcionário; a escassez de materiais; os salários precários; o estresse; a dupla jornada de trabalho; dentre outros. Contudo, cabe ao enfermeiro, saber gerenciar os conflitos, não pelo fato de ser o autor principal da equipe possuindo espírito de líder autocrático, mas, sim, um líder democrático, sendo flexível a fim de melhorar as condições de trabalho para que se possa ter a colaboração de todos, sem exceção, para a concretização da SAE.

Em relação à segunda subcategoria que ressalta a operacionalização da SAE, observou-se mais dificuldades do que facilidades para a efetivação deste instrumento assistencial, visto que os enfermeiros participantes do estudo pontuaram várias premissas que

perpassam na sua práxis profissional. Todos os participantes possuem em mente da importância da SAE para uma assistência individualizada e qualificada. Dessa forma, pelos discursos dos enfermeiros, é notório enfatizar que os mesmos têm se esforçado para a implantação da SAE, mas nem sempre isso é possível, realizando esse instrumento informalmente, deixando a desejar sua autonomia e seu respaldo legal.

Neste estudo, no âmbito dos três cenários empíricos, identificou-se que a SAE acontece de forma muito fragmentada, mesmo assim, os enfermeiros tentam colocá-la em prática por meio de ações de planejamento e de organização, as quais norteiam a assistência de enfermagem. Com isso, percebe-se que eles até detêm o conhecimento, todavia não conseguem concretizar a SAE por falta de subsídios da própria instituição. Desse modo, como a SAE não está institucionalizada, os enfermeiros se sentem despreparados para assumir o compromisso.

Para tanto, é necessário um maior entendimento por parte das organizações de que a SAE somente será realizada a partir do momento que ela tiver seu devido reconhecimento e valor perante a enfermagem, considerando o próprio enfermeiro, os funcionários da enfermagem e os administradores, chegando a um consentimento de que este instrumento se faz indispensável dentro dos serviços de saúde em que ocorra a assistência de enfermagem.

Outro fator interferente na SAE foi evidenciado na subcategoria gestão de pessoas, a qual, atualmente, sabe-se que é um dos pontos culminantes dentro das instituições hospitalares, trazendo insucesso para a excelência da qualidade da assistência. Nos três cenários empíricos investigados, observou-se uma forte influência da falta de capital humano acarretando a sobrecarga de trabalho, o que leva os enfermeiros a não implementar a SAE. Contudo, os enfermeiros participantes ressaltam que não conseguem separar suas atividades, uma vez que, ora executam cargos gerenciais, ora executam cargos assistenciais, gerando, assim, altos índices de absenteísmo, de rotatividade e de descompromisso com a profissão.

Somando-se a isso, diante dos depoimentos dos enfermeiros, a questão de recursos humanos é a que predominou, prejudicando a estrutura organizacional, bem como a implantação e a implementação da SAE, pois, se a organização não investir em seu capital humano, a mesma nunca irá alcançar seu principal objetivo que é a Acreditação Hospitalar, de modo que, se não houver investimento do pessoal da enfermagem, não se solidifica um cuidado humanizado.

Assim, vale ressaltar, na categoria modelos conservadores vivenciados, que a complexidade das organizações, possuindo no seu corpo de conhecimentos a hierarquia e a verticalização, trouxe a este estudo a centralização de poder que também perpassa no

cotidiano dos hospitais, deixando o enfermeiro incapaz de exercer suas atividades, dentre elas a SAE. Percebe-se que, em apenas um dos cenários empíricos, ocorre essa forte influência dos modelos gerenciais, principalmente de Taylor e Fayol, sendo às vezes por falta de o enfermeiro mostrar que detém conhecimentos científicos e possui o respaldo da profissão em certas decisões.

Entretanto, as organizações bem como os seus gestores devem promover o uso da gestão participativa, mantendo a flexibilidade em suas relações para que, assim, os profissionais, cada um com seu saber, dirijam suas funções sem passar por cima uns dos outros, praticando o respeito mútuo para um único objetivo, o bem-estar do cliente.

Nesse contexto, um problema subsequente à centralização do poder levantado na investigação foi o impasse na assistência, na qual o enfermeiro, na maioria das vezes, se sente muito preso ao modelo biomédico. Dessa forma, compreende-se que, com o modelo vigente, o SUS, a integralidade do cuidado passou a ser o foco e não mais a doença. Nesse sentido, alguns enfermeiros participantes do estudo ainda relatam a resistência presente na assistência quanto ao modelo centrado na cura.

No entanto, é notório enfatizar que as instituições, de um modo geral, persistem em se embasar no modelo biomédico, deixando de lado a SAE que é a própria integralidade do cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro, por meio de seus conhecimentos, pode fazer a diferença, usando das tecnologias leves que nada mais são do que o vínculo, o acolhimento e a escuta do cliente/usuário.

Outro ponto-chave destacado pelos enfermeiros para a não realização da SAE ocorreu na categoria conformação de saberes do enfermeiro para a SAE na práxis, em que ficou nítido, pelas falas dos enfermeiros, um discrepante distanciamento entre a teoria e a prática. Os profissionais pontuaram em vários momentos que a academia ensina o discente a fazer o correto, porém, quando este chega na realidade dos serviços de saúde, leva um baque por não saber como lidar na prática profissional.

Por conseguinte, faz-se necessário, à instituição formadora, reavaliar o modo de como vem transmitindo os conhecimentos aos alunos, uma vez que, pela não realização de certos afazeres privativos dos enfermeiros, no caso a SAE, coloca-se a profissão em jogo, deixando de exercer a Lei do Exercício Profissional.

Diante desses entraves, seria necessária uma proposta de superação tanto das instituições formadoras quanto das instituições hospitalares para estar promovendo constantemente a educação permanente à classe de enfermagem. Assim, construindo e

reconstruindo seus saberes, os enfermeiros sejam capazes de transformar a profissão frente a seus pensamentos críticos e reflexivos.

Contudo, diante de uma gama de obstáculos para a implementação da SAE como instrumento assistencial do seu processo de trabalho, os enfermeiros, na última subcategoria nomeada, saberes gerenciais do enfermeiro, elucidaram que devem se adaptar de maneira crítica e reflexiva, especialmente com relação às competências necessárias para seu bom desempenho profissional. Para tanto, para que essa ação reflexiva aconteça, é imprescindível que os enfermeiros se conscientizem para irem a busca constante da educação permanente de modo que se instrumentalizem para a melhoria de suas condutas.

Em suma, este estudo não se esgota por aqui. É preciso destacar que, embora a SAE para muitos profissionais se trate de um assunto sem muita importância e significância, quando é necessário colocá-la em prática, surgem várias barreiras. Por esse motivo e por dezenas de outros, muito ainda tem que ser cogitado para que os enfermeiros realmente cheguem a um consenso sobre a transformação da práxis trabalhadora no contexto da SAE. Para isso, é preciso que as instituições hospitalares proponham estratégias para melhorar a educação permanente, conseqüentemente, o desempenho dos enfermeiros em relação a SAE, tais como: dinâmicas e oficinas de grupos; grupos de estudo; grupos operativos; elaboração de protocolos e impressos; dentre outras, para despertar o interesse e a motivação de seu capital humano.

Desse modo, o sucesso da operacionalização da SAE se dá por meio de um desenvolvimento mútuo, em que as pessoas são valorizadas pela organização na medida em que contribuem efetivamente para o seu desenvolvimento, assim como as organizações são valorizadas pelas pessoas na medida em que lhes oferecem condições concretas para o seu crescimento.

Por fim, cabe destacar que de nada adianta utilizar a SAE como receita de bolo, mas, sim, adequá-la de acordo com a realidade de cada instituição, sendo necessário considerar o número do pessoal de enfermagem, a complexidade de assistência requerida pelos pacientes e ainda vencer a resistência por parte de alguns enfermeiros que ainda não compreendem a SAE como respaldo legal da profissão, uma vez que esse instrumento veio para somar e avigorar a autonomia do profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 203-207, mar./abr. 2005.
- AGUIAR, A. B. A. et al. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 318-326, 2005.
- AIKEN, L. H. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **J. am. med. assoc.**, Chicago, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.
- ALMEIDA, P. J. S. **O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência**. 2007. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITTO, M. J. M. Perfil de gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2004.
- AMANTE, L. N. et al. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 201-207, 2010.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009.
- AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-449, out./dez. 2006.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, mai./jun. 2005.
- ANTUNES, M. J.; EGRY, E. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107, jan./mar. 2001.
- ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal, estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004.
- BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008.

BACKES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta sci., Health sci.**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006.

BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2008. 206 p.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 41, n. esp., dez. 2007.

BARROS, S. M. P. F. Gerenciamento em saúde – implicações, tendências e perspectivas para a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1993, Recife. **Anais...** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1994. p. 93-103.

BARROSO, M. G. T. Cuidado humano, ética e tecnologia: reflexão teórica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2004, Gramado. **Anais...** Gramado: Brasília (DF): ABEn-Nacional, 2004, p. 24-29.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, jul/ set. 2007.

BEGHINI, A. B. et al. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 637-644, out./dez. 2006.

BENDER, D. E.; EWBANK, D. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. **Health Transition Review**, v. 4, n. 1, p. 63-104, apr. 1994.

BENITO, G. A. V.; FINATTO, P. C. Competências gerenciais na formação do enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 140-149, 2010.

BENITO, G. A. V. Modelagem dos processos das competências dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS/Programa/Estratégia de Saúde da Família. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 23, 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Univali, 2007.

BENKO, M. A.; CASTILHO, V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M. C. (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1992. p. 89-111.

BENNER, P. **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001.

BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, out./dez. 2006.

BITENCOURT, C. **Gestão contemporânea de pessoas**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

BORGES, R. F.; LUZIO, C. A. Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 14-23, 2010.

BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BOTERF, G. L. **Compétence et navigation professionnelle**. Paris: Editions d'Organisation, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 5, p. 13-14, abr./jun. 1996. Supl. 3.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

CAIXEIRO, S. M. O.; DARGAM, B.; THOMPSON, G. N. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 218-223, abr./jun. 2008.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, (09 telas), jan./fev. 2012.

CAMELO, S. H. H. Políticas de recursos humanos: sistema único de saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 589-594, out./dez. 2009.

CAMPONOGARA, S. et al. Espaço do diálogo na pesquisa em enfermagem: relato de experiência sobre a fase de coleta de dados. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 762-768, out./dez. 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucited/Fiocruz, 2007.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1099-1104, nov./dez. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMOTTI, A. C. Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 1-13, out./dez. 1998.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, G. B.; SILVA, A. L. A. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 451-455, jul./set. 2010.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D.F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, set./out. 2003.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 466, 2009.

CARVALHO E. C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 1, n. 1, p. 95-99, jul./set. 2007.

CASTELLANOS, B. E. P. **O trabalho do enfermeiro - a procura e o encontro de um caminho para seu estudo**: da abordagem mecânico-funcionalista a pesquisa emancipatória. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1987.

CAVALCANTI, P. B. **Qualidade da iluminação em ambientes de internação hospitalar**. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, fev. 2009.

CHAVES, M. M. et al. Competências profissionais do enfermeiro: o método *developing a curriculum* como possibilidade na elaboração de um projeto pedagógico. **Rev. Enfermería Global**, n. 18, p. 1-19, fev. 2010.

CHIANCA, T. C. M.; ROCHA, A. M. CIPESC[®]: Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. In: TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da**

assistência de enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 225-243.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos.** São Paulo: Ed. Atlas, 1997.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa.** 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** 20. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração.** 2. ed. São Paulo: McGraw-hill, 2000.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos.** São Paulo: Atlas, 2000.

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito.** 2009. 305 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro, Guanabara/Koogan, 2010. cap. 4, p. 35-50.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 37-54.

CIANCIARULLO, T. I. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. In: CIANCIARULLO, T. I. **A avaliação do sistema de assistência de enfermagem como base do desenvolvimento do conhecimento na enfermagem.** São Paulo: Ícone, cap.16, p. 293-302, 2008.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

COELHO, C. A. G. **Proposta pedagógica: o campo de ação.** Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

COLOMÉ, I. C. S; LIMA, M. A. D. S; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre às articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP.,** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto n° 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986 sobre o exercício profissional da enfermagem.**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 240/2000, de 30 de agosto de 2000.** Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 20 set. 2013.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **ACM arq. catarin. de medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

CORRÊA, C. G.; SILVA, R. C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Sistematização da assistência de enfermagem. In: QUILICI, A. P. (coordenadora). **Enfermagem em cardiologia**. São Paulo (SP): Atheneu, 2009.

COX, K. The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. **Nurs. adm. q.**, Maryland, v. 27, n. 2, p.153-163, apr. 2003.

CUCOLO, D. F.; FERROCA, M. G. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, (09 telas), mar./abr. 2010.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-482, jul./set. 2006.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, out. 2005.

DAHER, D. V.; SANTO, F. H. E.; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 145-150, mar./abr. 2002.

DALRI, C. C. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica**. 2005. 196 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no cotidiano dos serviços de emergências: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde

Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2000.

DIAS, M. F. P. B. **Construção e validação de um inventário de competências:** contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro como grau de licenciado. Editora: Lusociência, Portugal, 2006. 398 p.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 39, (n.esp), p. 580-588, 2005.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, v. 24, p. 213-225, 2004b.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. pesqui.**, São Paulo, v. 115, p. 139-154, mar. 2002a.

DUSSAULT, G. A gestão de serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. adm. pública.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-18, 1992.

DUTRA, J. S. **Competências:** conceitos e instrumentos para gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

DUTRA, J. S. **Desenhando programas de desenvolvimento a partir da identificação das competências essenciais.** Coletânea Universidades Corporativas – educação para as empresas do século XXI. Coordenação geral Prof^a Marisa Eboli. São Paulo: Schmukler Editores Ltda, 1999.

ELIZALDE, A. C.; ALMEIDA, M. A. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 27, n. 4, p. 564-574, 2006.

FARIAS, F. A. C. Criando um ambiente de cuidado na prática de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 3, n. esp., p. 107-113, 2000.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado.** 1996. Tese (Doutorado) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 239-242, mar./abr. 2008.

FELIX, N. N. et al. Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto-atendimento. **Arq. ciênc. Saúde.**, São Paulo, v.16, n. 4, p.155-160, out./dez. 2009.

FELLI, V. E. A.; CIAMPONE, J. T. **O resgate do conhecimento sobre a saúde do trabalhador de enfermagem.** Livro programa Águas de Lindóia: Escola de Enfermagem da USP, 2002.

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

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, M. S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Ribeirão Preto (SP). **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 161-167, mar./abr. 2003.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 310-315, jul./set. 2006.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem**: da gerência científica à gerência sensível. 1995. 250 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 91-97, 2000.

FERRAZ, C. A. Gerenciamento de enfermagem: do modelo burocrático à administração flexível. In: ENCONTRO NACIONAL DE GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM, 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: 1997.

FERREIRA, L. M. N. A. Sistematização da assistência de enfermagem - Importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 79-84, 1990.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem**: fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2002.479 p.

FIGUEIREDO, R. M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, jun. 2006.

FIORENTIN, K. B. **A gerência de enfermagem e seus desafios de gestão**. 2008. 53 f. Monografia (Especialização). Faculdade de Enfermagem, Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo, 2008.

FOSCHIERA, F.; VIEIRA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 6, p. 189-198, 2004.

FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUREZ, G. O método científico: a ciência como disciplina intelectual. In: Fourez G. A construção das ciências. **Introdução à filosofia e a ética das ciências**. São Paulo: UNESP, 1995. p. 103-143.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 39, n. (esp), p. 597-602, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1999, Águas de Lindóia. **Anais... Águas de Lindóia**, APSP, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 23. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. **Metodologia da pesquisa educacional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I.; MASINI, E. F. S. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 69-902.

FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S.; RAVAGLIO, L. M. M. Processo de gestão da qualidade das ações cuidativas. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 261-78.

FULY, P. S. C. et al. Correntes de pensamento racionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 7-883, nov./dez, 2008.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, 2010.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Coordenadora geral: Maria Madalena Januário Leite, organizadora. **Programa de atualização em Enfermagem: Saúde do adulto (PROENF) – Ciclo 3 – Módulo 3**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008. p. 65-96.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 293-301, dez. 2005.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 233, 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77 p. v. 10.

GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 64-70, jul./ago./set. 2012.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, 1994.

GONÇALVES, F. S. **Vida, trabalho e conhecimento**. 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

GONÇALVES, L. R. R. et al. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 459-465, set. 2007.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas da rede estadual de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. 278 p.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competências e gestão dos talentos**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

GUBRIUM, J.; HOLSTEIN, J. Analyzing interpretative practice. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Strategies of qualitative inquiry**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2003. p. 214-248.

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

HAUSMANN, M. **Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado**. 2006. 111 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HERMIDA, P. M. V.; ARAUJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 675-679, set./out. 2006.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, nov./dez. 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO. **Conheça o HUAV**. s.d. Disponibiliza informações sobre o histórico do Hospital Universitário Alzira Velano. Disponível em: <<http://www.huav.com.br/ohospital.asp>>. Acesso em: 20 maio 2012.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 379-384, 2010.

INSTITUTO DE MEDICINA ESPECIALIZADA DE ALFENAS. Disponível em: <<http://www.hospitalimesa.com.br>>. Acesso em 20 maio 2012.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-577, jun. 2006.

JESUS, I. S. et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 285-292, jun. 2010.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S.; organizadores. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London: Sage, 1999. p.1-20.

KOERICH, M. S. et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 446-451, out./dez. 2007 .

KROGER, M. M. A. et al. **Enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010. p. 432.

KRUEGER, R. A. **Moderating focus groups**. Thousand Oaks: SAGE, 1998.

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

LEILA, P. **Gestão do conhecimento: programa de educação corporativa como diferencial competitivo na formação continuada de docentes**. Estudo de Caso de Uma Instituição de Ensino. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Difficulties experienced by the patient care team at the intensive care unit. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.145-150, mar./abr. 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Saldasof, 2006.

LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LIMA, A. F. C. **Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário**

atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem. 2004. 170 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LIMA, C. A. **Gestão de pessoas.** 2004. Monografia (Especialização) - Curso de especialização em gestão universitária. Superintendência de Recursos Humanos. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 20, p. 86-101, 1999.

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

LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. Processo de Enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 150-157, jan./mar. 2008.

LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, june. 2006.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Most frequent nursing diagnosis in a Brazilian intensive care unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 17, n. 3, p. 139-146, jul./set. 2006.

LUPTON, D. **Medicine as culture.** 2. nd. London: Sage, 2003.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 408-411, jul./ago. 2004.

MALIK, A. M. Planejamento, financiamento e orçamento da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS.** Curso de extensão em direito para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal/Ministério da Saúde – Brasília, DF, 2002. p 159-176.

MANENTI, S. A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 727-733, jun. 2012.

MARQUES, A. S. et al. Gestão de conflitos em instituições de saúde. **Hospitalidade: Revista de Saúde Mental, relações humanas e problemas de marginalização**, Lisboa, v. 68, n. 264, p. 6-12, abr./set. 2004.

MARQUES, D. K. A.; MOREIRA, G. A. C.; NÓBREGA, W. G. Analysis of the horta's basic human needs theory. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 2, n. 4, p. 410-416, out./dez. 2008.

MARQUIS, B.; HUSTON, C. **Administração e liderança aplicada à Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477 p.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem** – teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINS, C. R.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 11-12, jan./mar. 2008.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 351-356, jul./set. 2007.

MARX, C. L. **Competências da enfermagem sedimentadas no sistema primary nursing**. Petrópolis : EPUB, 2006.

MARX, K. **O capital**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. 306 p. v. 1.

MARX, K. **O capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MASLACH, C. Job burnout: how people cope. In: MACCONNELL, E. A. **Burnout in the nursing profession: coping, strategies, causes, and costs**. St. Louis: Mosby, 1982. p. 75-7.

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

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. eletrônica. enferm.**, Goiânia, v. 8, p. 415-421, fev. 2006.

MATTÉ, V. M.; THOFHERN, M.B.; MUNIZ, R. M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 101-122, jan. 2001.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.; PINTO, I. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 233-241, 2001.

MAYUMI, C. et al. O currículo integrado e orientado por competência: perspectiva dos acadêmicos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 285-291, mar./abr. 2006.

MCVIAR, A. Workplace stress in nursing: a literature review. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 44, n. 6, p. 633-642, dec. 2003.

MEDEIROS, V. A. Gestão da sistematização da assistência de enfermagem. In: TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 225-243.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 394-399, jul./set. 2003.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. O ensino de administração na graduação: percepção de enfermeiros egressos. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p.670-679, out./dez. 2009.

MELLEIRO, M. M. et al. A evolução do sistema de assistência de enfermagem no hospital universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 109-130.

MENEZES, C. S. **A unicidade do sistema único de saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

MENEZES, E. J. C. **Objetivo: crescer**. Curitiba: Alternativa, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R.; ORGANIZADORES. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E.; ONOCKO, R. **Praxis en salud: un desafío para lo publico**. Buenos Aires: Lugar, 1997.

MICHAEL, E.; BRIAN, K. The importance of conflict in work team effectiveness. **Team Performance Management**, v. 8, n. 3, 2003.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In: Minayo, MCS, Deslandes SF. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MISHIMA, S. M. **Constituição de gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 335 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 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.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 553-558, jul./set. 2009.

MOREIRA, C. M. A. et al. Gestão e ambiente de trabalho na visão da equipe de enfermagem de uma maternidade, Fortaleza- Ceará, Brasil. **Rev. Enfermería Global**, n. 21, p. 1-15, 2011.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympo, 2003. 240 p.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das organizações**: evolução e crítica. São Paulo: Pioneira, 1986. 112 p.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 19. ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B.; COSTA, F. N. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, v. 1, n. 1, 2009.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 144 p.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 484-486, jul./ago. 2004.

MURPHY, C. A. et al. Patient-entered electronic healthcare records with electronic medical record integration: lessons learned from the field (Paper Presentation). **Comput Inform Nurs.**, v. 26, n. 5, p. 302, sept./oct. 2008.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.643-648, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 174 p.

NÓBREGA, M. F. B. et al. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 333-338, jul./set. 2008.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 648-653, set./out. 2005.

OLINISKI, S.R.; LACERDA, M.R. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 100-104, fev. 2006.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 105-113, 2006.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. saúde pública**, Bogotá, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, J. C. et al. Management competence level on nursing of a private university graduates. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1221-1225, 2009.

OLIVEIRA, L. M., EVANGELISTA, R. A. Sistematização na assistência à enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, v. 1, n. 7, p.83-88, ago. 2010.

OLIVEIRA, S. A. O.; PAIVA, R. F. R. Possibilidade de diminuir o turnover da equipe de enfermagem nos serviços hospitalares. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 60-73, 2011.

OSMO, A. A. Processo gerencial. In: GONZALO, V.N.; MALIK A.M. (Ed.). **Gestão em Saúde**. Cap. 3. Parte 2, p.127-137. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUARYOL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-86.

PAIM, L.; TRENTINI, M. Indo além do modelo teórico- uma experiência de ligação teórico-prática na assistência de enfermagem. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 13-32, jan./jun. 1993.

PALOMO, J. H. S.; DAMAS, B. G. B.; GUTIERREZ, M. A. Avaliação do registro eletrônico da prescrição e evolução de enfermagem. **J. health inform.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

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

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

PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI:** a formação dos professores e o desafio da avaliação. Trad. Cláudia Schilling e Fátima Murad. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Ministério da Saúde (Br). Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Cad. RH saúde.**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-38, 2006.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, jul./set. 2010.

PIRES, D.; GELBECKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer dos trabalhadores de nível médio. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.311-325, set. 2004.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 583-590, 2005.

QUINN, R. E. et al. **Competências gerenciais:** princípios e aplicações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RAFFERTY, A. M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in english hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **Int. j. nurs. stud.**, Oxford, v. 44, p. 175-182, 2007.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 26-33, jan./mar. 2003.

RENOVATO, R. D. et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 231-248, 2009.

REPRESENTAÇÃO do Coren-MG em Alfenas. **Jornal do COREN-MG**, Belo Horizonte, set./out. 2011. p.11.

RESCK, Z. M. R. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro para o trabalho em saúde:** delineando caminhos para a práxis transformadora. 2006. 202 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESCK, Z. M. R.; GOMES, E. L. R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2008.

RESENDE, E. J. **A força e o poder das competências**: conecta e integra, competências essenciais, competências das pessoas, competências de gestão, competências organizacionais. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **Internacional Journal of Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, 2002.

REZENDE, P. O.; GAIZINSKI, R. R. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 152-169, fev. 2008.

RICALDONI, C. A. A.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, nov./dez. 2006.

RIBEIRO, A. A. A.; BORENSTEIN, M. S. A percepção dos formandos a respeito dos instrumentos básicos de enfermagem e sua aplicabilidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 653-658, nov./dez. 2005.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 637p.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Formação na graduação em enfermagem no Estado do Paraná. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 417-423, mai./jun. 2009.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 14-22, abr. 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, dez. 2005.

ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002. p. 21-28.

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

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 570-575, dez. 2007.

SAMPAIO, L. A. B. N.; PELLIZZETTI, N. Método Científico: instrumento básico da enfermeira. In: CIANCIARULLO, T. I.; organizadora. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 25-38.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, ago. 2011.

SANCHES, V. F.; CHRISTOVAM, B. P.; SILVINO, Z. R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar : uma visão dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 214- 220, ago. 2006.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./apr. 2007.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções**. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTOS, J. F.; RAMOS, T. A. G. Implementação da metodologia de assistência de enfermagem em UTI(s) - como está e quais os fatores intervenientes. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 11, n. 1, p. 47-61, 1998.

SANTA CASA DE ALFENAS. CASA DE CARIDADE DE ALFENAS NOSSA SENHORA PERPÉTUO SOCORRO. Disponível em: <<http://www.santacasaalfenas.com.br>>. Acesso em 20 maio 2012.

SAULO, M.; WAGNER, R. Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel. **The American Journal of Managed Care**, Princeton, v. 6, n. 4, p. 473-483. apr. 2000.

SAUPE, R. Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SCHWENGBER, A. I. **Processo de enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem**. 2008. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

SERRANO, M. T. P.; COSTA, A. S. M. C.; COSTA, N. M. V. N. **Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)**. **Revista de Enfermagem Referência – III**, n. 3, p. 15-23, 2011.

SHIMBO, A. Y.; LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Processo de trabalho do enfermeiro em unidade de internação hospitalar: desafios de uma administração contemporânea. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 296-300, jan./mar. 2008.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-449, mai./jun. 2005.

SILVA, A. L. R.; PEREIRA, A. Sistematização da assistência de enfermagem: o significado atribuído pela enfermeira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2005, Gramado. **Anais...** Gramado: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. p. 24-29.

SILVA, J. C. et al. A percepção do formando de enfermagem sobre a função gerencial do enfermeiro. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 296-303, abr./jun. 2012.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. O processo de mudança na educação de enfermagem nos cenários uni: potencialidades e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 412-416, jul./ago. 2003.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Desafios a sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 483-490. 2010.

SILVA, T. G.; MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Processo de ensino- aprendizagem para implementação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 279-286, jul./ago. 2007.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem:** relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 37, p. 109-118, 2003.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 567-573, set./out. 2003.

SOARES, A. V. N. et al. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Mundo saúde.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 344-349, 2011.

SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 117-123, 2009.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

SOUZA, M. F. Método de assistência de enfermagem. In: JUBILEU DE OURO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, 1989,

São Paulo. **Anais...** São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem, 1989. p. 235-240.

SOUZA, M. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1984. p. 230-248.

SOUZA, N. V. D. O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 356-361, jul./set. 2009.

SPAGNOL, C. A.; FERRAZ, C. A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 15-20, jan./fev. 2002.

SPÍNDOLA, T.; SANTOS, R.S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 156-60, mar./abr. 2005.

TAKAHASHI, A. A. et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, jan./mar. 2008.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia Prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 1, p. 9-11, 2010.

TORRES, E. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 730-736, out./dez. 2011.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

TREVISAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 10, p. 85-89, jan. 2002.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, apr. 2009.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./apr. 2007.

VARGAS, R. S. et al. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 883-887, mai./jun. 2007.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 11-15, 2009.

VITARI, F. C. **Administração em enfermagem de um serviço de saúde**. 2006. Disponível em: <<http://www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=News&file=print&sid=248>>. Acesso em: 15 set. 2013.

VIVAR, C. G. Putting conflict management into practice: a nursing case study. **J. nurs. manag.**, Oxford, v. 14, n. 3, p. 201-206, apr. 2006.

WALDOW, V. R. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 140- 145, jan./fev. 2009.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Saint. Panam.**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência”**, desenvolvida pela mestrandia **Mirelle Inácio Soares**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), **sob a orientação da Profª. Drª. Zélia Marilda Rodrigues Resck.**

Mst. Mirelle Inácio Soares
Mestranda
mirelle_soares83@yahoo.com.br
(35) 8804 6111

Profª. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Orientadora
zeliar@unifal-mg.edu.br
(35) 3299 1412
Escola de Enfermagem Unifal-MG

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido(a) que: o objetivo da pesquisa é analisar o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência instrumentalizado pela SAE; o estudo será realizado a partir de grupos focais; que não haverá riscos para minha saúde; que posso consultar as pesquisadoras responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; que a minha participação é voluntária e estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos somente serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; que serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; que não terei nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa e que não terei também quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes do estudo; que esta pesquisa é importante para o melhor entendimento e esclarecimento do assunto da SAE na gerência da assistência. Assim, consinto em participar da pesquisa em questão.

Alfenas, _____ de _____ de _____.

Eu, _____, RG
n. _____ declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), da pesquisa acima descrita.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

APÊNICE B - CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000



CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1- Tempo de experiência profissional: _____ anos

2- Formação

() Graduação

() Especialização: Qual _____

() Mestrado

() Doutorado

() Pós-Doutorado

3- Tempo de serviço na instituição: _____ anos

4- Formação técnica anterior (Técnico/Auxiliar de enfermagem)

() Sim () Não

Se sim, tempo de serviço como técnico/auxiliar de enfermagem: _____ anos

5- Outras considerações

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): INSTRUMENTO PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GERÊNCIA DA

Pesquisador: Zélia Marilda Rodrigues Resck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08899312.8.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 139.518

Data da Relatoria: 05/11/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto bem estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência instrumentalizado pela SAE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados obtidos a partir dos grupos focais mediarão a análise dos fatores que facilitam e/ou dificultam a utilização da SAE como instrumento para o processo de trabalho do enfermeiro na gerência da assistência. E por conseguinte permitir delinear ações estratégicas para o norteamento do processo de trabalho desses enfermeiros em sua prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Utilizarão a abordagem qualitativa, no referencial teórico-metodológico da Hermenêutica Dialética. O cenário será o de atuação do enfermeiro, o qual constará de três Hospitais do município de Alfenas-MG, sendo um privado, um filantrópico e um universitário. Serão fatores de exclusão os enfermeiros que não aceitarem participar do estudo, os que estiverem de licença médica, maternidade, e em período de férias. Para esse procedimento serão utilizadas as questões norteadoras: *Fale sobre o seu processo de trabalho gerencial e assistencial na prática profissional; *A sua formação profissional possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências para o processo de trabalho gerencial e assistencial? A investigação ocorrerá no período de dezembro de

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



2012 a fevereiro de 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consta TCLE e autorização das 3 instituições hospitalares.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

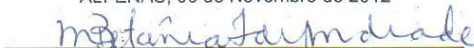
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP ACATA O PARECER DO RELATOR.

ALFENAS, 06 de Novembro de 2012



Assinador por:



Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br