

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL**

CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS

RIO DE JANEIRO
JUL/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL**

CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS

ORIENTADORA: PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE

RIO DE JANEIRO
JUL/2008

DANTAS, C. de C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem**: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional. Rio de Janeiro, 2008. 223p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Orientadora: Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite.

D192rDANTAS, Claudia de Carvalho.

Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional /Claudia de Carvalho Dantas. – RJ, 2008.
223f.

Orientadora: Joséte Luzia Leite.

Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, 2008.

1. Enfermagem – gerência – cuidado – modelo teórico – Teoria Fundamentada nos Dados
I Escola de Enfermagem Anna Nery
II Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional

CDD 610.73



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Joséte Luzia Leite

RIO DE JANEIRO
JUL/2008

**RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL**

CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado por:

Presidente: Prof^ª Dr^ª Joséte Luzia Leite – Orientadora

1^a Examinadora: Prof^ª Dr^ª Alacoque Lorenzini Erdmann – UFSC

2^a Examinadora: Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida de Luca Nascimento – UNIRIO

3^a Examinadora: Prof^ª Dr^ª Marlucci Andrade Conceição Stipp – UFRJ

4^a Examinadora: Prof^ª Dr^ª Gláucia Valente Valadares – UFRJ

Suplente: Prof^ª Dr^ª Marléa Chagas Moreira – UFRJ

Suplente: Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini – UNIRIO

RIO DE JANEIRO
JUL/2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes de minha vida.

São elas:

*Minha vó querida **Maria Denise** (In memoriam),*

*Meus pais **Francisco e Raquel,***

*Meus irmãos **Marcelo e Fernanda,***

*Minha filhota **Lola;** e*

*Minhas sobrinhas, **Mel e Danada.***

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Primeiramente a Deus pelo milagre da vida e por todos os dons, graças que recebo a cada dia e por tudo aquilo que tem me permitido ter e ser. Obrigada, Senhor, pelo refúgio, pelo amor, pelas bênçãos e pela proteção.

Obrigada minha Nossa Senhora da Conceição e Nossa Senhora da Glória por tudo. Olhai seus filhos, olhai por mim. Peço que continuem olhando por mim, cobrindo-me com Vossos Mantos Sagrados.

À minha doce e eterna Vó querida, Maria Denise, também minha mãe, por tudo o que fez e continua fazendo em minha vida, que sem seu amor, carinho e “pulso firme”, certamente não chegaria aonde cheguei e, certamente, não seria hoje quem sou. Tenho certeza que em qualquer lugar que esteja, sei que estás olhando por mim. Minha vó querida, novamente lhe digo: não consigo exprimir em palavras tudo aquilo que gostaria de dizer-lhe neste momento. Sem a senhora, certamente não estaria aqui. TE AMO DEMAIS: meu espelho, minha luz, minha vida, meu eterno exemplo!!!

Aos meus pais adorados, Francisco e Raquel, obrigada pela vida, pelo carinho, pelo amor, pela paciência, pela compreensão, pelo sorriso e pelo apoio em todas as fases de minha vida. Amo vocês!!!

Aos meus queridos irmãos, Celo e Neninha, meu muito obrigada pelo apoio de sempre, pelos conselhos, pelas palavras amigas, pela torcida em tudo o que faço. Por mais que escreva todas as palavras no mundo não seriam suficientes para agradecer por tudo o que fazem e representam em minha vida. Obrigada pela compreensão nos momentos de angústia, mau humor, pela ajuda em tudo, na formatação desta pesquisa, no auxílio ao computador, nas orientações para vida, no enfrentamento das dificuldades. Obrigada por serem sempre presentes em minha vida, pois vocês são minha vida. Meus doces, queridos, amados, companheiros e eternos irmãos: muito obrigada. Dou minha vida por vocês!!!

A Memelza, Lolinha e Nanadíssima, pelo carinho com o qual me recebem a cada dia que retorno a casa, com beijos e abraços infinitos.

Nenhuma palavra é capaz de exprimir o amor que sinto por vocês, a gratidão e o carinho por tudo que vocês são e representam em minha vida. Muito obrigada a todos vocês: vovó, papai, mamãe, mano, mana, Loleca, Mel, Nanada. Que Deus e Nossa Senhora os abençoem e os protejam cada vez mais, por toda eternidade!!!

PROFESSORA JOSÉTE

Grande pela capacidade profissional que sempre esteve presente nos momentos difíceis de minha vida e nunca omitiu seus conhecimentos e dúvidas;

Grande pela sua ética profissional, postura competente à pessoa que és;

Grande por definir que o mestre não é reconhecido somente pelo ato de ensinar, mas também pela dedicação aos seus;

Grande por fazer nos ver que o profissional é aquele que não mostra o resultado da conquista, mas sim, o de conquistar;

Grande pelo coração de professora, amiga, orientadora, mãe, confidente, que dentre muitas outras funções desempenhas em minha vida;

Grande por se fazer entender que a busca pelo conhecimento não é somente o único momento, mas sim a todos, pois quando se dá algo a alguém, este o consome até acabar, entretanto quando alguém lhe ensina a conseguir, este por sua vez consumirá em todos os momentos;

Grande por compartilhar seu precioso tempo de descanso para sanar minhas dúvidas, ouvir meus problemas, vibrar com minhas conquistas;

Grande por contornar assuntos delicados e confusos, transformando-os em simples soluções;

Grande pela sua simplicidade, apesar de todas as suas qualificações;

*Grande por ser invisível nos momentos que errei, mas visível em não me deixar
errar mais;*

*Agradeço a senhora, minha eterna e sempre mestra, professora Joséte, a senhora
que sempre mostra o caminho certo, agradeço por me lapidar e me transformar no
que sou hoje;*

Agradeço a Deus pela sua vida em minha vida. (Adaptado de Xavier (2006))

*MEU MUITO OBRIGADA, MINHA SEMPRE E ETERNA
PROFESSORA!!!!!!*

AGRADECIMENTOS

A minha escola, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO), pela formação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio nesta pesquisa.

À Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) que, primando pela tradicional excelência em seu padrão de qualidade, abriu-me suas portas, transformando-me em um de seus personagens, extendendo-me o horizonte.

Às Professoras Dras. Maria Aparecida de Luca Nascimento, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Gláucia Valente Valadares, Marléa Chagas Moreira, Teresa Tonini e Marluci Andrade Conceição Stipp, por aceitarem fazer parte das bancas de projeto, qualificação e defesa, contribuindo na construção e realização desta pesquisa, com suas experiências e visão críticas.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelas valiosas contribuições ao meu estudo e ao meu aprendizado profissional.

Todos os professores do Curso de Doutorado em Enfermagem da EEAN/UFRJ, pelos conhecimentos compartilhados, pelas contribuições a minha pesquisa no transcurso das aulas, por oportunizarem momentos de reflexão e aprendizagem.

Ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem - GESPEen, pela acolhida e contribuições de seus integrantes ao meu trabalho

À minha querida enfermeira professora Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura, pelo acolhimento, carinho, incentivo e palavras de fé que me deram forças para superar as dificuldades e caminhar sempre em frente. Que nossa Senhora permaneça sempre protegendo-a.

*Aos colegas do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da EEAN/UFRJ,
pela interação e discussões no transcorrer das aulas, outrossim
compartilhamentos do cotidiano acadêmico e das angústias, que fizeram parte de
uma de minhas páginas de vida.*

*As instituições que aprovaram o projeto e permitiram a realização desta
pesquisas em suas dependências, com suas equipes competentes de enfermeiros.*

*Aos enfermeiros e enfermeiras, que participaram do estudo, compartilhando suas
experiências referentes ao gerenciamento do cuidados, na construção do modelo
teórico desta tese.*

*Às enfermeiras, que participaram do estudo, compartilhando suas experiências
referentes ao gerenciamento do cuidados, no processo de validação do modelo
teórico desta tese.*

*A amiga Geilsa Valente que mesmo à distância se mantém tão próximo e presente
em minha caminhada. Agradeço pelo carinho, pela força e pela amizade sincera,
que se mantêm fortalecida apesar do espaço geográfico que nos separa.*

Aos amigos sinceros, eternos e presentes: Janaína Galvão, Mônica Nascimento, Marliete Aguiar, Renata Marques, Andrea Gaudio e Fabiano Mizael, pelo carinho, companherismo e orações: meus filhotes que muito me orgulham, agradeço a vocês pela força e companherismo de sempre

A amiga Rita Ribeiro, pedagoga, pela revisão do português

Aos funcionários da secretaria da EEAN/UFRJ, em especial, Soninha e Jorge pela orientação e simpatia de sempre.

A todas as pessoas que apostaram nesta pesquisa, contribuindo direta ou indiretamente para a realização da mesma.

A todas as pessoas que apostaram em mim e que almejam meu crescimento profissional.

Por fim, quero reforçar e deixar aqui registrado meu imenso prazer e satisfação da conclusão de mais uma etapa de minha vida, na certeza de ter

crescido profissionalmente e pessoalmente. Para aquelas pessoas que auxiliaram, ajudaram direta ou indiretamente, confiando em meu potencial, meu muito obrigada.

Para os demais, a prova do meu esforço concretizado nesta Tese e a certeza de que para se conseguir algo “basta ser sincero e desejar profundo, você será capaz de sacudir o mundo” (SEIXAS, COELHO E MOTTA, 1989). E nunca, desistir nunca, pois acredito no amanhã, num mundo melhor, numa enfermagem melhor, num profissional melhor, num cuidado melhor (DANTAS, 2005).

Que Deus e Nossa Senhora nos abençoe sempre!!!

A TODAS AS PESSOAS, FÍSICAS E JURÍDICAS, QUE PARTICIPARAM DA CONSTRUÇÃO DESTA TESE DE SOUTORAMENTO, MEU MUITO OBRIGADA!!!!!!

"Ter talento é ser dono de um dom, uma paixão, um desejo de triunfar tão ardente que não há poder no mundo capaz de sufocá-lo".

Neil Simon

Daqui a cinco anos você estará bem próximo de ser a mesma pessoa que é hoje, exceto por duas coisas: os livros que ler e as pessoas de quem se aproximar".

Charles Jones

RESUMO

DANTAS, C. de C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional.** Rio de Janeiro, 2008. 223p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Orientadora: Prof^ª Dr^ª Joséte Luzia Leite.

A presente tese de doutorado encontra-se inserida na Linha de Pesquisa Gerência e Exercício Profissional do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem. Objetivos: analisar os significados atribuídos à gerência do cuidar realizada pelo enfermeiro, discutir a gerência realizada pelo enfermeiro e suas implicações para o cuidar e para a profissão e desenvolver um modelo teórico representativo dessa vivência. Trata-se de pesquisa qualitativa que teve como referencial teórico-metodológico o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados, respectivamente. Para o levantamento e análise comparativa dos dados, que foram coletados por meio de 13 entrevistas em 2007, emergiram dois grupos amostrais. Os locais da coleta foram dois hospitais públicos localizados no estado do Rio de Janeiro. Os dados foram validados por três enfermeiros. O modelo teórico formulado foi **reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional**. Este modelo confirma a tese defendida de que **o enfermeiro reconstrói formas de gerenciamento relativos ao seu cuidar, em consonância com o ambiente organizacional em que se encontra, a partir do enfrentamento das dificuldades e facilidades encontradas na própria realidade vivida, visando a resolutibilidade das demandas da clientela física (paciente) e jurídica (organização hospitalar).**

Palavras-chave: Enfermagem, Gerência, Cuidado, Modelos, Teoria Fundamentada nos Dados

ABSTRACT

DANTAS, C. de C. **Constructing ways to manage in nursing: facing the challenges of institutional and professionally.** Rio de Janeiro, 2008. 223p. Thesis (Nursing Doctorate) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Center of Sciences of the Health, Federal University of Rio de Janeiro, 2008. Person who orientates: Josete Luzia Leite.

This doctoral thesis has been inserted in the lineup Management Research and Training Exercise in the Nucleus of Research in Health Management and Practice of Professional Nursing. It has for objectives: to examine the meanings attributed to the management of care performed by the nurse, to discuss the management performed by nurses and their implications for the care and for the profession and to develop a theoretical model representative of that experience emerged from the assumptions of the grounded theory. This study has as a theoretical reference the Symbolic Interactionism and as a methodological reference the Grounded Theory. The places for the data collection were two University Hospital of Rio de Janeiro. The participants of the research had been 13 nurses. The used collection methods were an interview collect in 2007. The data were validated by three nurses. The used theoretical model was **having to (re) construct ways to manage in nursing: facing the challenges of institutional and professionally.** The formulated theoretical model confirms the defended thesis **that nurse reconstruct forms of management for their care, in line with the organizational environment where, from the face of difficulties and facilities found in the reality experienced, aimed at resolutibilidade the physical demands of patient and hospital.**

Key-words: Nursing, Management, Care, Models

RESUMEN

DANTAS, C. de C. **Reconstruyendo la forma de gestionar en enfermería: hacer frente a los desafíos institucionales y profesional.** Río de Janeiro, 2008. 223p. Tesis doctoral, (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciencias de la Salud, Universidade Federal de Rio de Janeiro, 2008. Asesor: Prof Dr Josete Luzia Leite.

Esta tesis doctoral se ha insertado en la alineación de Gestión de Investigación y Entrenamiento del Centro de Investigación en Gestión de la Salud y la Práctica Profesional de Enfermería. Objetivos: Analizar los significados atribuidos a la gestión de la atención realizada por la enfermera, debatir la gestión realizada por enfermeras y sus implicaciones para la atención y para la profesión y desarrollar un modelo teórico representante de esa experiencia surgió a partir de la hipótesis de la Teoría Puesta en Los Datos. Se trata de una investigación cualitativa que tuvo como referencia teórica el Interactionismo Simbólico y metodológico la Teoría Puesta en Los Datos. Para el estudio y análisis de datos comparativos, recogidos a través de entrevistas en 2007, se establecieron dos grupos de muestra, formada por 13 enfermeras. Los locales de la colección fueron dos hospitales ubicados en el estado de Río de Janeiro. Los datos fueron validados por tres enfermeras. El modelo teórico usado fue **tener que (re) construir la forma de gestionar en enfermería: hacer frente a los desafíos institucionales y profesional.** El modelo teórico formulado confirma la tesis defendida que **la enfermera (re) construir las formas de gestión para su atención, en consonancia con el entorno organizativo donde, de la faz de dificultades y facilidades encontradas en la realidad vivida, con el objetivo de resolubilidad las exigencias físicas de los clientes y hospital.**

Palabras-clave: Enfermería, Gestión, Cuidado, Modelos

SUMÁRIO

xx

	Pág.
DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS ESPECIAIS	vi
AGRADECIMENTOS	x
EPÍGRAFE	xv
RESUMO	xvi
ABSTRACT	xvii
RESUMEN	xviii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xxii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xxiv
LISTA DE DIAGRAMAS	xxv
LISTA DE QUADROS	xxvii
TECENDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1

	xxi
CAPÍTULO I: PROBLEMATIZANDO O OBJETO DE PESQUISA: DA EMERSÃO DO OBJETO DE TESE ÀS JUSTIFICATIVAS, CONTRIBUIÇÕES E OBJETIVOS DA PESQUISA	5
CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DA PESQUISA: UMA SÍNTESE SOBRE GERÊNCIA E CUIDADO	18
CAPÍTULO III: APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	39
3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO	40
3.2 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS (GROUNDED THEORY)	45
CAPÍTULO IV: APRESENTANDO A ANÁLISE DOS DADOS: DESVELANDO UM MODELO ALUSIVO AO GERENCIAMENTO DO CUIDAR REALIZADO PELO ENFERMEIRO A PARTIR DE SUAS VIVÊNCIAS EM ÂMBITO HOSPITALAR	60
4.1 CARACTERIZANDO A AMOSTRA	60
4.2 CARACTERIZANDO OS CENÁRIOS DA PESQUISA	62
4.3 APRESENTANDO O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO: FAZENDO EMERGIR OS CÓDIGOS, AS SUBCATEGORIAS, AS CATEGORIAS E O FENÔMENO DA PESQUISA.	64
4.3.1 Condição causal: relacionando-se com o ser paciente gerador da gerência do cuidado	112
4.3.2 Contexto: discutindo o cenário de realização do cuidado	115
4.3.3 Estratégias de ação/interação: buscando formas de gerenciar o cuidado	118
4.3.4 Condição interveniente: convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado	121
4.3.5 Conseqüências: reflexionando as repercussões do cuidado gerenciado pelo enfermeiro	125
CAPÍTULO V: FAZENDO A INTERCONEXÃO DAS CATEGORIAS	132

CAPÍTULO VI: DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL: TRAÇANDO UM DIÁLOGO COM DOUTORES EM GERENCIAMENTO E ENFERMAGEM**CAPÍTULO VII: VALIDANDO O MODELO TEÓRICO DA** 144**REFERENCIANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS** 156**REFERÊNCIAS** 164**APÊNDICES** 173

Apêndice – A Termo para comissão de ética 174

Apêndice – B Roteiro da entrevista (Grupo Amostral A) 175

Apêndice – C Roteiro da entrevista (Grupo Amostral B) 176

Apêndice – D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Amostral A/B 177

Apêndice – E Instrumento para codificação 178

Apêndice – F Roteiro para validação Modelo teórico 179

Apêndice – G Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo amostral C 180

188

ANEXOS

Anexo – A Autorização campo de coleta de dados HUGG 189

Anexo – B Autorização campo de coleta de dados HUPE 190

NOTA EXPLICATIVA DAS FIGURAS/IMAGENS 191

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
IS	Interacionismo Simbólico
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
GESPE _n	Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem
NUPEGEPEN	Núcleo de Pesquisa em Educação, Gerência e Exercício Profissional da Enfermagem
HIV/VIH	Human Immunodeficiency Vírus/Vírus da Imunodeficiência Humana
Aids/Sida	Acquired Immune Deficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DIP	Doença Infecto-Parasitária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Ex.:	Exemplo
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Enfa	Enfermeira (o)
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Pág.
ILUSTRAÇÃO 1	TECENDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS	xxxi
ILUSTRAÇÃO 2	PROBLEMATIZANDO O OBJETO DE PESQUISA	4
ILUSTRAÇÃO 3	CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DA PESQUISA	17
ILUSTRAÇÃO 4	APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	38
ILUSTRAÇÃO 5	REPRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS CONCEITOS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO CONCATENADO AOS PRECEITOS DA PESQUISA	
ILUSTRAÇÃO 6	APRESENTANDO A ANÁLISE DOS DADOS	59
ILUSTRAÇÃO 7	FAZENDO A INTERCONEXÃO DAS CATEGORIAS	108
ILUSTRAÇÃO 8	DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL	131
ILUSTRAÇÃO 9	VALIDANDO O MODELO TEÓRICO DA TESE	143
ILUSTRAÇÃO 10	REFERENCIANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	155

LISTA DE DIAGRAMAS

		Pág.
DIAGRAMA 1	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO ESTABELECIMENTO DAS RELAÇÕES/ INTERAÇÕES ENFERMEIRO, PACIENTE, INSTITUIÇÃO, EQUIPE DE SAÚDE	65
DIAGRAMA 2	RELACIONANDO-SE COM O SER PACIENTE GERADOR DA GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM	68
DIAGRAMA 3	DISCUTINDO O CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM	75
DIAGRAMA 4	BUSCANDO FORMAS DE GERENCIAR O CUIDADO EM ENFERMAGEM	87
DIAGRAMA 5	CONVIVENDO COM AS BARREIRAS E FACILIDADES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM	95
DIAGRAMA 6	REFLETINDO AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO GERENCIADO PELO ENFERMEIRO NA ENFERMAGEM	103
DIAGRAMA 7	CONDIÇÃO CAUSAL	114
DIAGRAMA 8	CONTEXTO	117
DIAGRAMA 9	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO	120

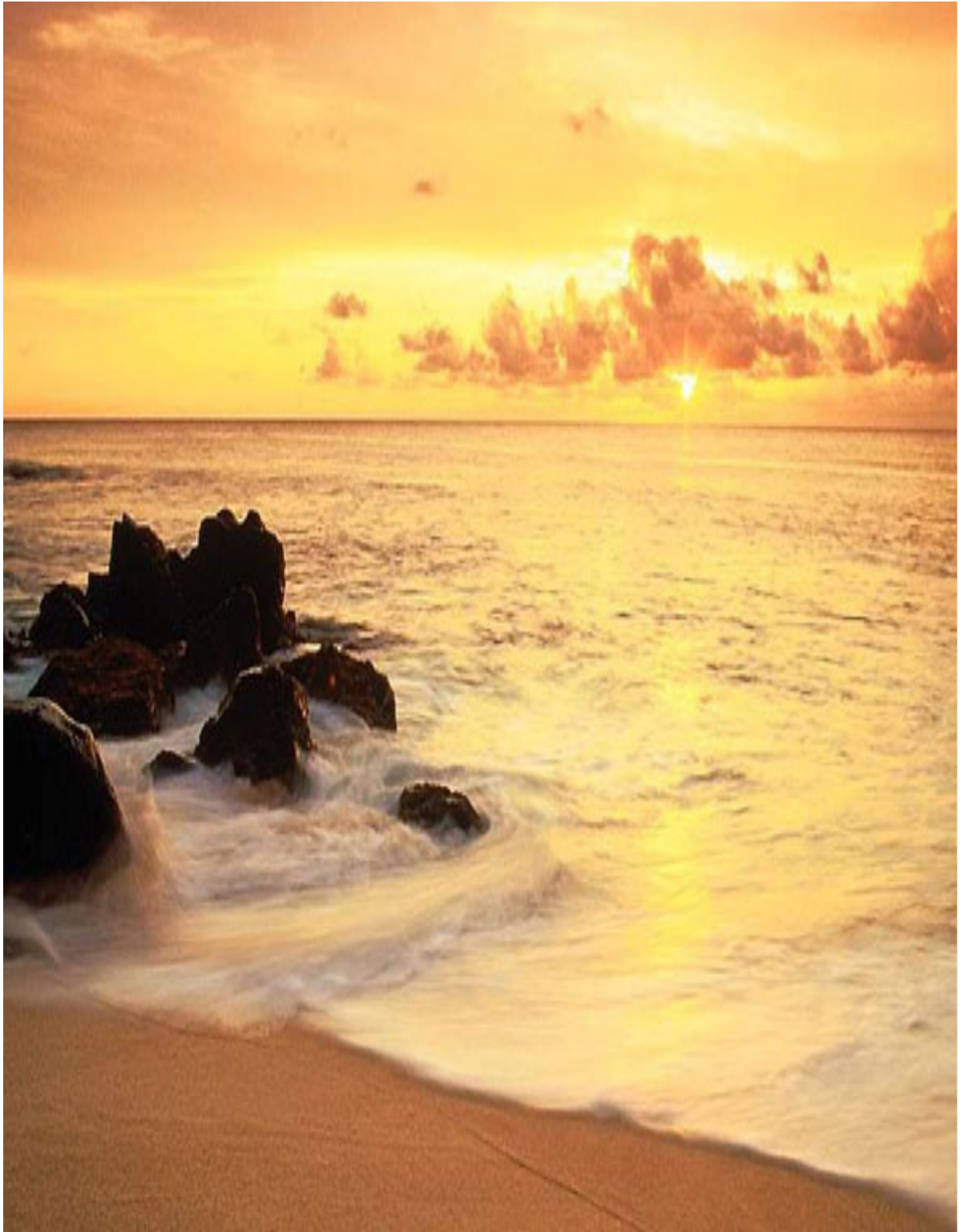
DIAGRAMA 10	CONDIÇÕES INTERVENIENTES	124
DIAGRAMA 11	CONSEQÜÊNCIAS:	128
DIAGRAMA 12	FENÔMENO CENTRAL: TENDO QUE (RE) CONSTRUIR FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO	130

LISTA DE QUADROS

		Pág.
QUADRO 1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DA DISSERTAÇÃO DE DANTAS (2005)	5
QUADRO 2	DEMONSTRATIVO DAS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO POR ÊNFASE, ENFOQUE E ANO	23
QUADRO 3	ALGUMAS ESPECIFICIDADES DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	48
QUADRO 4	CRITÉRIOS/JUSTIFICATIVAS PARA SELEÇÃO DE SUJEITOS	50
QUADRO 5	QUADRO DEMONSTRATIVO DA CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	60
QUADRO 6	QUADRO DEMONSTRATIVO DA CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS DA PESQUISA	63
QUADRO 7	APROXIMANDO-SE DO SER PACIENTE	69
QUADRO 8	TENDO QUE FAZER O CUIDADO	70
QUADRO 9	EXISTINDO O CUIDADO	72

QUADRO 10	FRAGMENTANDO O CUIDADO	xxix 73
QUADRO 11	RECEBENDO O PLANTÃO	76
QUADRO 12	VIVENCIANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR	77
QUADRO 13	CONTINUANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR	79
QUADRO 14	REALIZANDO A GERENCIA DIRETA DO CUIDADO	80
QUADRO 15	REALIZANDO A GERENCIA INDIRETA DO CUIDADO	81
QUADRO 16	VALORIZANDO O CUIDADO IMEDIATISTA NO GERENCIAMENTO	85
QUADRO 17	VENDO DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO	88
QUADRO 18	PERCEBENDO A NECESSIDADE DE MUDANÇAS	90
QUADRO 19	PROCURANDO ADAPTAR-SE A REALIDADE HOSPITALAR	91
QUADRO 20	REALIZANDO APRIMORAMENTO PROFISSIONAL	93
QUADRO 21	SENDO (O ENFERMEIRO) IMPRESENDIVEL NO CONTEXTO HOSPITALAR	97
QUADRO 22	SENTINDO A FALTA DE APOIO INSTITUCIONAL E SENDO COBRADO PELA CHEFIA	99

QUADRO 23	RECONHECENDO A FALTA DE RECURSO HUMANO COMO DIFICULTADOR	xxx 100
QUADRO 24	NÃO CONSEGUINDO TEMPO PARA FICAR COM O PACIENTE	101
QUADRO 25	AFASTANDO-SE DO CUIDADO	104
QUADRO 26	PREOCUPANDO-SE COM ATIVIDADES QUE NÃO SÃO DE SUA COMPETÊNCIA	105
QUADRO 27	PERCEBENDO O (A) CRESCIMENTO (IMPORTÂNCIA) DOS PROFISSIONAIS DE NIVEL MÉDIO	106
QUADRO 28	FENÔMENO CENTRAL: TENDO QUE (RE) CONSTRUIR FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL	110
QUADRO 29	CARACTERIZAÇÃO DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL (GRUPO DA VALIDAÇÃO DA TESE DE DOUTORADO)	145



TECENDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS

TECENDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente tese de doutorado encontra-se inserida na Linha de Pesquisa Gerência e Exercício Profissional do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEEn)¹ da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tendo o intuito de investigar questões concernentes ao gerenciamento do cuidado realizado por enfermeiros. Neste sentido, elegi como objeto de estudo: **o significado que o enfermeiro atribui ao gerenciamento de seu cuidado ao paciente em ambiente hospitalar**².

O interesse em estudar e pesquisar tal objeto decorre de minha vivência como profissional, bem como de algumas questões emergidas em minha dissertação de mestrado, defendida na EEAN/UFRJ, intitulada: **“A enfermeira gerenciando o cuidado de cliente com HIV/AIDS³: o não dito pelo feito, visando um cuidado igualitário, independente da patologia”**⁴. Neste estudo, investiguei o significado que os enfermeiros atribuem à gerência do cuidado a clientes com HIV/AIDS, mediante a aplicação dos referenciais teórico-metodológicos, Interacionismo Simbólico (IS) e Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Tendo em vista perquirir alguns questionamentos/ hipóteses emergidos na dissertação supracitada, acerca do gerenciamento do cuidado realizado pelo enfermeiro, bem como de observações em campos de prática profissional, delineou-se esta pesquisa que está equacionada em sete capítulos. Estes serão, brevemente, apresentados a seguir.

¹ GESPEEn: Núcleo de pesquisa vinculado ao Departamento de Metodologia em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Criado em 2007, decorrente da fragmentação do NUPEGEPEEn (Núcleo de Pesquisa em Educação Gerência e Exercício Profissional em Enfermagem, desde 1999), tendo por objetivo agregar docentes, profissionais assistenciais e discentes de quaisquer áreas da Enfermagem, que tenham afinidade e interesse pelas temáticas investigadas pelo núcleo.

² Grifo da autora.

³ HIV/AIDS → *Human Immunodeficiency Virus* (= HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana) / *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (= AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

⁴ Grifo da autora.

CAPÍTULO I

Neste capítulo contemplam-se aspectos inerentes à dissertação de mestrado da autora, uma vez que as premissas do delineamento da proposta de tese de doutoramento, emergiu dela, concatenado ao senso crítico da prática assistencial. Assim, encontra-se uma súmula da dissertação em questão, bem como as justificativas, contribuições, questões norteadoras e os objetivos traçados para a pesquisa.

CAPÍTULO II

Neste capítulo apresenta-se uma breve contextualização acerca da temática inerente ao objeto de estudo. Desta forma, encontram-se, brevemente contextualizados, aspectos referentes à gerência e ao cuidado em enfermagem.

CAPÍTULO III

Enfocam-se questões alusivas ao referencial teórico-metodológico utilizado para realização da pesquisa, conjugado com aspectos inerentes ao objeto investigado. Neste sentido, são explorados os seus marcos históricos, bem como, definições, pressupostos, conceitos, estruturas e repercussões, que fazem da concatenação da Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo Simbólico, referenciais apropriados e indicados para construção do saber em enfermagem.

CAPÍTULO IV

Neste capítulo apresenta-se a análise dos resultados fundamentado no processo de codificação do Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin (1990). Assim, em um primeiro momento, delinea-se a caracterização da amostra da pesquisa bem como alguns aspectos dos

campos de coleta de dados e, posteriormente, o processo de codificação aberta, axial e seletiva.

CAPÍTULO V

Neste capítulo, realizou-se a interconexão das categorias, visando à construção dos elementos do modelo paradigmático, de modo a definir as bases da categoria central, modelo desta tese de doutoramento.

CAPÍTULO VI

Neste capítulo discute-se o fenômeno central (Modelo Teórico da Tese) à luz dos outros referenciais/literaturas sobre o assunto. Assim, realizou-se um diálogo entre o modelo teórico e as demais pesquisas que abordaram/discutiram a mesma temática sobre o gerenciamento do cuidado.

CAPÍTULO VII

Este capítulo aborda o passo-a-passo do processo de validação do modelo teórico, onde compartilharam-se vivências ímpares acerca do gerenciamento do cuidado prestado pela enfermagem entre um grupo de três profissionais, atuantes na enfermagem.

Ao término de tais capítulos, encontram-se ainda, algumas reflexões finais e uma retrospectiva sobre os principais resultados da pesquisa. E, por fim, as referências utilizadas para o suporte ao objeto de estudo, bem como os anexos e os apêndices construídos para atender e otimizar o alcance dos propostos da pesquisa.



CAPÍTULO I:

PROBLEMATIZANDO O OBJETO DE PESQUISA.

CAPÍTULO I: PROBLEMATIZANDO O OBJETO DE PESQUISA: DA EMERSÃO DO OBJETO DE TESE ÀS JUSTIFICATIVAS, CONTRIBUIÇÕES E OBJETIVOS DA PESQUISA

A Dissertação de Mestrado, defendida pela autora desta tese de doutorado, foi desenvolvida dentro dos preceitos dos referenciais teórico-metodológico Intencionismo Simbólico e Teoria Fundamentada nos Dados, que gerou a seguinte teoria substantiva acerca do cuidado ao portador do HIV: **A ENFERMEIRA GERENCIANDO O CUIDADO DE CLIENTE COM HIV/AIDS: O NÃO DITO PELO FEITO VISANDO UM CUIDADO IGUALITÁRIO INDEPENDENTE DA PATOLOGIA⁵**.

Para realização da Dissertação de Mestrado, houve a participação voluntária de vinte e três (23) profissionais de nível superior, atuantes na enfermagem, que desenvolveram ou estavam desenvolvendo atividades voltadas para o portador do HIV.

A análise dos códigos preliminares, dos códigos conceituais, das subcategorias e das categorias subsidiou a construção de uma teoria substantiva. Desse processo de construção da teoria através do Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin (1990), evidenciaram-se questões de pesquisas, onde alguns conceitos requerem ser melhor explorados.

Neste contexto, questões relativas ao cuidar independente da patologia bem como questões que apontam para o afastamento do enfermeiro para o cuidado direto ao cliente. Assim, ressalta-se os sujeitos enfatizavam que as atividades gerenciais realizadas pelos enfermeiros, os deixam distantes do toque, do relacionamento direto com o cliente, pelo fato de estarem na maior parte do tempo, desenvolvendo a gerência do setor, da unidade ou do hospital.

⁵ Grifo da autora.

A categoria que praticamente realiza os cuidados diretos (com/no paciente) referidos pelos enfermeiros é o profissional de nível médio (auxiliar/ técnico de enfermagem), sendo o enfermeiro que realiza esse procedimento apenas quando aqueles profissionais não o conseguem, conforme depoimentos colhidos pela dissertação de mestrado citada.

Inicialmente, quando chego ao meu serviço, recebo plantão, procuro saber não só do meu colega enfermeiro que passa pra mim o plantão, mas principalmente do técnico que desenvolve a maioria dos cuidados no paciente, das intercorrências do setor, porque desta forma tem como eu ver quais atividades devo iniciar primeiro, quais aquelas que estão pendentes, de modo que no final do dia tudo possa estar resolvido... . (Enfa 3,1).

(...) meu trabalho é no sentido de prover, prever material de modo que o período referente às 24 horas ocorra sem nenhuma intercorrência, dentro da maior normalidade possível. (Enfa 2,2).

(...) quando da impossibilidade de minha equipe, apenas realizo as atividades que são da enfermeira, tais como um curativo mais complexo ou cateterismo vesical. (Enfa 7,3).

Meu trabalho aqui eu resumiria a papel... Por quê?... Por que o enfermeiro ele é contratado para coordenar a equipe e setor restando, praticamente, nada para a assistência. Em virtude de todas as responsabilidades que temos em termos de administração resta, eu diria, pouquíssimo tempo para estar com o paciente... (Enfa 10,3).

Tendo em vista documentos legais que norteiam e fundamentam o agir dos profissionais de enfermagem, principalmente, a Lei 7498/86⁶ e o Decreto 94406/87⁷, têm-se, em termos das atividades de cada categoria (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira), as seguintes atribuições:

- Enfermeiro:
 - “Art. 11 - O Enfermeiro exerce **TODAS**⁸ as atividades de Enfermagem...”. É importante ressaltar que este artigo possui dois incisos, onde o primeiro elucida atividades privativas do enfermeiro, ou seja, apenas ele pode exercer, não cabendo a nenhum outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, sendo inclusive enfatizado, pela atual Resolução COFEN 311/2007, que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem: “DAS PROIBIÇÕES. Art. 80 - Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de Enfermagem ou de saúde, que não seja Enfermeiro.”. O profissional que exercer uma das atividades privativas do enfermeiro⁹, estará suscetível a penalidades pelo Conselho de

⁶ Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Assinada pelo Presidente da República, José Sarney.

⁷ Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Assinada pelo Presidente da República, José Sarney.

⁸ Grifo da autora.

⁹ São atividades privativas do enfermeiro, de acordo com o Decreto 94406/87:

“Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

Enfermagem. De acordo com o Código de Ética, tais penalidades podem ser: multa, censura e suspensão do exercício profissional, uma vez transgredindo esse Artigo 80 (COFEN, 2007).

- Técnico de Enfermagem:
 - ”Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce **atividade de nível médio**¹⁰, envolvendo **orientação e acompanhamento**¹¹ do trabalho de Enfermagem **em grau auxiliar**¹², e participação no planejamento da assistência de Enfermagem.”
- Auxiliar de Enfermagem:
 - “Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce **atividades de nível médio, de natureza repetitiva**¹³, envolvendo **serviços auxiliares**¹⁴ de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento.”
- Parteira:
 - Atribuições não mencionadas na Lei 7498/86, apenas no Decreto 94406/87. São suas funções: “I - prestar cuidados à gestante e à parturiente; II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e III - cuidar da puérpera e do recém-nascido. Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo **são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra**¹⁵, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que

h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;”

¹⁰ Grifo da autora.

¹¹ Grifo da autora.

¹² Grifo da autora.

¹³ Grifo da autora.

¹⁴ Grifo da autora.

¹⁵ Grifo da autora.

possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.”

Haja vista os dispositivos da Lei e do Decreto que subsidiam o agir da enfermagem, verifica-se dependência direta dos profissionais de enfermagem de nível médio de enfermagem aos de nível superior, fato este ratificado pelo seguinte artigo da Lei 7498/86: “Art.15 - As atividades referidas nos artigos 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.”

Considerando percepções da autora no dia-a-dia, depoimentos dos sujeitos da dissertação de mestrado e dispositivos legais que fundamentam o agir do enfermeiro, encontra-se a preocupação de como tem sido a gerência do enfermeiro em seu cotidiano, bem como quais são os fatores intervenientes na realização desse cuidado e as implicações da não realização deles.

Percebe-se um distanciamento do enfermeiro em relação ao cuidado e à sua gerência. Na esfera do sistema organizacional têm-se encontrado enfermeiros desenvolvendo atividades que não são da sua competência técnica, incompatíveis com as estabelecidas pela legislação vigente. Em termos do quantitativo de pessoal, tem-se uma certa incoerência com os dispositivos que auxiliam o cálculo de dimensionamento de pessoal, e na maioria das vezes, com a contratação de enfermeiros inferior ao que se necessita em campo assistencial. Isto acarreta repercussões no âmbito da equipe, corroborando para sobrecarga administrativa ao enfermeiro e, por outro lado, assistencial, de cuidado, aos profissionais de nível médio.

A não mobilização desse cenário poderá, futuramente, propiciar o foco de atuação do enfermeiro em ações meramente administrativas e relativas a teorização do cuidado. E, a aplicabilidade, ou seja, a prática desse cuidado, independente do nível de complexidade, ser realizada por técnicos/auxiliares de enfermagem.

Nesta linha de raciocínio, caso a profissão se desenvolva por esse caminho, haverá repercussões negativas, tais como: redução do número de contratações/concursos de profissionais de nível superior e, conseqüente aumento das contratações de profissionais de nível médio (enfermagem); desvalorização do profissional de nível superior em termos das atividades que requeiram destreza manual no tocante aos procedimentos do cuidar ao paciente que seriam realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem; dentre outras que poderão incidir sobre o processos de formação profissional em termos de suas diretrizes curriculares, se adequando as exigências do mercado brasileiro, em termos de seu fazer.

Neste sentido, urge a discussão do papel deste enfermeiro em termos da gerência do cuidado, buscando estratégias para a confluência e integração destas duas áreas, cuidado e gerência, através do conhecimento dos entraves que impossibilitam/dificultam essa unificação.

Outra questão evidenciada na citada dissertação de mestrado, repousa sobre o fato do enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), baseado nas necessidades apontadas pelo cliente, independente da patologia. Contudo, ao serem solicitados a dissertarem sobre a realização do cuidado, os mesmos referem que, voltam-se para o modelo biomédico, focando apenas a doença, não conseguindo cumprir os princípios norteadores da SAE.

A priorização da doença, baseado no modelo biomédico, em detrimento das ações de promoção e de prevenção, distanciam a enfermagem de um de seus focos principais, que consiste no cuidado holístico, em especial de seus princípios fundamentais, conforme encontrado no atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem:

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a

universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da ética e da bioética. (COFEN, 2007)

Assim, inquietações que repousam não apenas sobre a dicotomia; gerenciar versus cuidar, outrossim, repercussões futuras acerca do papel do enfermeiro no contexto organizacional, constituem focos de atenção nesta tese de doutoramento, que traz como subsídio, as minhas percepções sobre a profissão de enfermagem e os achados de minha dissertação. Haja vista o exposto delinear-se os seguintes pressupostos:

PRESSUPOSTO I:

O enfermeiro, no cotidiano de sua atuação, volta-se para as ações gerenciais, visando ao bem estar do paciente bem como ao cuidado direto para a resolução imediata dos problemas que emergem, independentes da sua patologia.

PRESSUPOSTO II:

O enfermeiro prevê assistência que é delegada aos profissionais de nível médio, enquanto realiza ações de cunho gerencial, afastando-se do cuidado direto ao paciente.

PRESSUPOSTO III:

O enfermeiro realiza suas funções gerenciais de enfermagem de forma parcial, não atendendo em sua plenitude as relativas ao cuidado direto, em virtude de fatores intervenientes oriundos do âmbito organizacional.

Seguem outros trechos dos discursos de enfermeiras, bem como alguns memos construídos no transcorrer da realização da Dissertação.

As enfermeiras salientam, em seu discurso, que o cuidado por elas desenvolvido é no sentido de visar ao bem estar do paciente e não à patologia, ou seja, o que importa é buscar resoluções das necessidades daquele que procura por assistência. (Memorando, DANTRAS (2005)).

“Por que faria um cuidado diferenciado? Só por que ele tem Aids?” ((Enf 7,3), DANTRAS (2005))

“Aqui trabalho mais na parte administrativa.... aliás em todo lugar... enfermeiro fica na gerência dos serviços.... quando tem procedimento que o técnico ou auxiliar de enfermagem não consegue fazer ou que seja do enfermeiro, eu deixo minha administração e vou resolver.... Aqui procuro priorizar os pacientes.... aqueles mais graves fico mais de olho, este recebe uma evolução mais aprimorada, para alguns faço até plano de cuidados e vejo se a equipe está checando as prescrições corretamente. ((Enf 10,3), DANTRAS (2005))

O âmbito do agir do enfermeiro é de acordo com a sua necessidade e não de acordo com a patologia que apresenta. (Memorando, DANTRAS (2005))

“Eu não penso em termos desta ou daquela doença.... não penso que devemos cuidar por patologia... Penso sim, que o bem estar dele é o principal, se ele tem essa ou aquela queixa devemos procurar resolvê-la.... Busco uma assistência para meu paciente onde ele possa se sentir da melhor forma possível” ((Enf 5,2), DANTRAS (2005))

Percebo que o agir do enfermeiro, na maioria das situações encontradas nos discursos, pauta-se no acontecimento. Não há um rigor ou disciplina no planejamento como um todo no que se refere ao cuidado propriamente dito. Este fica a cargo do profissional de nível médio e, uma vez solicitada, a enfermeira, esta vai ao encontro para sanar as intercorrências do cliente. (Memorando, DANTAS (2005))

Embora no mestrado tenha estudado a gerência do cuidado para o portador do HIV, pude perceber que este cuidado, ora gerenciado, exposto pelos enfermeiros, conforme alguns trechos dos depoimentos e memorandos, pode ser desenvolvido para qualquer paciente, de qualquer patologia. O cuidado de enfermagem é único e deve ter sempre como meta o bem estar, na busca incessante de melhoria das necessidades sentidas e não sentidas que englobe a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

A partir dessa breve contextualização do objeto de pesquisa, traçou-se a seguinte questão norteadora:

- Como o enfermeiro tem realizado a gerência do cuidado e quais fatores interferem na realização desse gerenciamento?

Assim, tendo como norte tais questionamentos, busca-se compreender o significado que o enfermeiro atribui ao gerenciamento do cuidado, cujos objetivos geral e específicos são observados, a seguir:

- **Objetivo geral:**
 - Desenvolver um modelo teórico representativo da gerência do cuidar realizada por enfermeiros, a partir das hipóteses emergidas da TFD.

- **Objetivos específicos:**

- Analisar os significados atribuídos à gerência do cuidar realizada pelo enfermeiro; e
- Discutir a gerência realizada pelo enfermeiro e suas implicações para o cuidar e para a profissão.

Acredito que, à medida que o gerenciamento do cuidado praticado pelos enfermeiros em seu cotidiano profissional for aprofundado em seu conhecimento, será possível a construção de um modelo teórico elucidativo sobre esta atividade, motivo pelo qual pretendo, nesta pesquisa, fundamentá-lo à luz do referencial teórico-metodológico Intencionismo Simbólico e Teoria Fundamentada nos Dados.

Almejo que ao término desta tese as respostas emergidas permitam uma reflexão crítica acerca do objeto proposto e assim colaborar com a construção de um modelo teórico referente à gerência do cuidar, possibilitando discussões acerca do papel do enfermeiro no contexto organizacional, em especial no tocante à equipe de enfermagem.

Este estudo tem por finalidade contribuir para a pesquisa, o ensino e a assistência de enfermagem no campo da enfermagem em gerência, bem como contribuir para o fortalecimento do Núcleo de Pesquisa GESPEEn, mediante o desenvolvimento de uma tese de doutorado, que trará subsídios para reflexão acerca da prática assistencial relativa ao gerenciamento do cuidado no contexto de sua profissão.



CAPÍTULO II:

CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DA PESQUISA

CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DA PESQUISA: UMA SÍNTESE SOBRE GERÊNCIA E CUIDADO

Este capítulo tem por finalidade apresentar uma breve contextualização acerca da gerência e do cuidado em enfermagem, salientando questões concernentes aos aspectos histórico-sociais bem como os princípios que fundamentam a administração em termos de conceitos, teorias e aplicabilidade, uma vez que a enfermagem utiliza seus instrumentos no cotidiano de atuação.

Conforme refere Ferreira (2007) a palavra administração vem do latim *ad* (direção, tendência para) e *minister* (subordinação ou obediência). Vários autores definem de diversas maneiras a administração. O autor anteriormente citado define a administração como um ato de trabalhar com e através de pessoas para realizar os objetivos tanto da organização quanto de seus membros. Ou ainda: administração é administrar a ação através das pessoas com objetivo bem definido, é o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos, a fim de alcançar os objetivos bem como de tomar e colocar em prática decisões sobre objetivos e utilização de recursos.

Davel (2004, p.01) argumenta que “administração é um termo às vezes usado em lugar de gerência, porém é um termo consagrado para indicar a função referente à obtenção de recursos como pessoal, materiais, serviços gerais e outros”. Já Chiavenato (2000a, p.6) complementa, referindo que a palavra administração pode ser assim conceituada:

“ [...] maneira de utilizar os diversos recursos organizacionais – humanos, materiais, financeiros, de informação e tecnologia – para alcançar objetivos e atingir elevado desempenho. É o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz”.

No que tange à gerência, esta palavra teve sua origem na área privada com a finalidade de dar significado a função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores. Gerentes ou executivos são as pessoas responsáveis pela execução das ordens dos diretores, proprietários ou membros dos conselhos de administração das empresas. Davel (2004, p.01) defende que gerência consiste na “obtenção da execução de funções e de atividades de um órgão, por pessoas.”

A profissão de Administrador é relativamente nova e foi regulamentada no Brasil em 09 de setembro de 1965, data em que se comemora o dia do Administrador. O Administrador é o responsável por dirigir uma organização utilizando técnicas de gestão para que alcance seus objetivos de forma eficiente, eficaz e com responsabilidade social e ambiental, onde a essência de seu trabalho é obter resultados por meio das pessoas que ele coordena (LACOMBE 2003, p.04)

A gerência é definida por Motta (2001, p.26) como sendo “a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante”.

Para um melhor entendimento do significado da gerência é necessário, conforme ainda o autor supracitado, vislumbrar o lado “científico, racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, para se prever e antecipar ações de forma mais conseqüente e eficiente”, bem como “a face de imprevisibilidade e de interação humana que lhe conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional”.

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

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

O gerenciamento contemporâneo demanda um pensar e julgar com maior amplitude e lateralidade de pensamento. A pessoa que almeja desenvolver atividades de gerenciamento precisa aprender a fazê-lo, de forma a desenvolver habilidades complexas como: capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas. Além do mais, o mundo moderno exige dos dirigentes uma grande capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas de integração de fatores organizacionais cada dia mais ambíguos e diversos (MOTTA (2001), DANTAS (2005)).

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

Motta (2001, p.28), afirma que o aprendizado gerencial envolve quatro dimensões básicas: a cognitiva, a analítica, a comportamental e a habilidade de ação:

- A cognitiva
 - Ser informado e aprender sobre administração a partir dos conhecimentos existentes sobre definição de objetivos e formulação de políticas e as idéias sistematizadas sobre estruturas, processos, técnicas e comportamentos organizacionais.
- A analítica
 - Aprender a identificar e diagnosticar problemas administrativos, decompondo-os, reorganizá-los na busca de novas soluções. Aprender novas maneiras de interação humana dentre padrões alternativos

conhecidos e validados socialmente, como formas de comunicação de interação grupal ou de exercer ou lidar com poder e autoridade, compreende a dimensão comportamental.

- As habilidades de ação
 - Aprender sobre si próprio, sobre sua função e sobre os objetivos e condições operacionais de sua organização, ou seja, desenvolver capacidade para transformar objetivos, valores e conhecimentos em forma efetivas de ação. Segundo Chiavenato (1999, p.19), habilidade é a capacidade de transformar conhecimento em ação e que resulta em um desempenho desejado.

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

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

Neste contexto, Montana (2003) lista as influências que as teorias administrativas receberam ao longo dos anos: pensadores (Ex.: Rousseau, Engels, Marx), religião (igreja católica), organização militar, economistas, revolução industrial. Cabe ressaltar que este último fator ocorrido durante o século XVIII, desencadeou novas formas de organizar a produção, o que contribuiu para o desdobramento histórico da gerência. Desta forma, passou-se a exigir ferramentas de trabalho, padronização dos componentes dos produtos, padrões de

operação, pagamento de incentivos, planejamento da produção, trazendo, por conseguinte, conseqüências nos âmbitos econômico, social e político.

Como em outras áreas do conhecimento, a administração utiliza-se de teorias, que a fundamentam cientificamente, norteadas seu emprego através de normas, regras, nas quais as empresas/instituições se baseiam para se desenvolverem e definirem sua Cultura Organizacional. Desta forma, diversas teorias emergem focando diferentes aspectos de acordo com as necessidades da organização.

Os diferentes enfoques abrangem um leque de variáveis, pelos quais a gerência nas organizações é estudada sob o ponto de vista da harmonia entre cinco componentes básicos, quais sejam: tarefa, estrutura, pessoas, ambientes e tecnologia, onde cada um influencia e é influenciado. Um existe e ignora a outro a partir do momento que não coaduna com as disposições pregadas no mesmo.

Cada teoria preconiza um dos cinco aspectos anteriormente citados. Estes são os componentes básicos que se relacionam com alguma teoria administrativa. Esta observação abre a possibilidade de pensar que a prática de planejamento de quaisquer instituições, por mais rudimentar que seja, está embasada em uma determinada teoria da administração.

As teorias administrativas apresentam diferentes abordagens para a administração das organizações que, segundo Chiavenato (2000a, p.451), refletem:

os fenômenos históricos, sociais, tecnológicos e econômicos de sua época, bem como os problemas básicos que afligiam as organizações. Cada teoria representava as soluções administrativas encontradas para determinadas circunstâncias, tendo em vista as variáveis focalizadas e os temas mais relevantes.

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

para garantir a sustentabilidade de suas empresas. A seguir encontra-se um quadro explicativo de cada uma delas por ênfase na área, conjugadas aos enfoques principais.

QUADRO 1:

Demonstrativo das teorias da administração por ênfase, enfoque e ano

ÊNFASE	TEORIAS ADMINISTRATIVAS	ANO/AUTOR	PRINCIPAIS ENFOQUES
Tarefas	Administração científica	1903	Racionalização do trabalho no nível operacional
Estrutura	Teoria clássica Teoria neoclássica	1976	Organização Formal Princípios gerais da Administração Funções do Administrador
	Teoria da burocracia	1909	Organização Formal Burocrática Racionalidade Organizacional
	Teoria estruturalista	1947	Múltipla abordagem: Organização formal e informal Análise intra-organizacional e análise interorganizacional
Pessoas	Teoria das relações humanas	1932	Organização informal Motivação, liderança, comunicações e dinâmica de grupo
	Teoria do comportamento organizacional	1957	Estilos de Administração Teoria das decisões Integração dos objetivos organizacionais e individuais
	Teoria do desenvolvimento organizacional	1962	Mudança organizacional planejada Abordagem de sistema aberto
Ambiente	Teoria estruturalista Teoria neo-estruturalista	1947	Análise intra-organizacional e análise ambiental Abordagem de sistema aberto
	Teoria da contingência	1972	Análise ambiental (imperativo ambiental) Abordagem de sistema aberto
Tecnologia	Teoria dos sistemas	1951	Administração da tecnologia (imperativo tecnológico)

FONTE: Chiavenato (2000a; b); Montana e Charnov (2003), Dubrin (2001)

Serão apresentadas especificações de cada teoria abordada no quadro anteriormente citado, visando melhor compreensão das mesmas com intuito de sua utilização na área de enfermagem.

- **A Teoria Científica**

Tem como precursor Frederick Winslow Taylor, constitui a mais antiga das teorias cujos princípios voltam-se para garantir a eficiência da produção e prever a substituição da improvisação por métodos de trabalho baseados em procedimentos científicos, o preparo dos trabalhadores para produzir mais e melhor, o controle dos trabalhadores, detectando as exceções ou desvios dos padrões estabelecidos, e a distribuição distinta das tarefas e responsabilidades para que o trabalho fosse o mais disciplinado possível (CHIAVENATO, 2000a).

- **A Teoria Administrativa**

Foi desenvolvida por Henri Fayol, também conhecida como Teoria Clássica, enfatiza os aspectos gerais da administração e da composição da estrutura organizacional das empresas (CHIAVENATO, 2000a).

Fayol Foi o primeiro a descrever as funções administrativas quer sejam: previsão, organização, comando, coordenação e controle. De acordo com Silva (2002) o objetivo da Teoria Administrativa é aumentar a eficiência da organização por intermédio da definição dos vários níveis de responsabilidades. Ressalta-se ainda que Fayol estabeleceu os 14 princípios gerais da administração que são utilizados na atualidade por administradores. Os princípios encontram-se listados a seguir, de acordo com Wikipédia (2007):

1. **Divisão do trabalho** - Especialização dos funcionários desde o topo da hierarquia até os operários da fábrica, assim, favorecendo a eficiência da produção aumentando a produtividade.
2. **Autoridade e responsabilidade** - Autoridade é o direito dos superiores darem ordens que teoricamente serão obedecidas. Responsabilidade é a contrapartida da autoridade.
3. **Unidade de comando** - Um funcionário deve receber ordens de apenas um chefe, evitando contra-ordens.
4. **Unidade de direção** - O controle único é possibilitado com a aplicação de um plano para grupo de atividades com os mesmos objetivos.
5. **Disciplina** - Necessidade de estabelecer regras de conduta e de trabalho válidas pra todos os funcionários. A ausência de disciplina gera o caos na organização.
6. **Prevalência dos interesses gerais** - Os interesses gerais da organização devem prevalecer sobre os interesses individuais.
7. **Remuneração** - Deve ser suficiente para garantir a satisfação dos funcionários e da própria organização.
8. **Centralização** - As atividades vitais da organização e sua autoridade devem ser centralizadas.
9. **Hierarquia** - Defesa incondicional da estrutura hierárquica, respeitando à risca uma linha de autoridade fixa.
10. **Ordem** - Deve ser mantida em toda organização, preservando um lugar pra cada coisa e cada coisa em seu lugar.
11. **Eqüidade** - A justiça deve prevalecer em toda organização, justificando a lealdade e a devoção de cada funcionário à empresa.

12. **Estabilidade dos funcionários** - Uma rotatividade alta tem consequências negativas sobre desempenho da empresa e o moral dos funcionários.
13. **Iniciativa** - Deve ser entendida como a capacidade de estabelecer um plano e cumpri-lo.
14. **Espírito de equipe** - O trabalho deve ser conjunto, facilitado pela comunicação dentro da equipe. Os integrantes de um mesmo grupo precisam ter consciência de classe, para que defendam seus propósitos.

- **A Teoria Burocrática**

O idealizador desta teoria foi Max Weber onde defende que a burocracia era entendida como o meio mais eficiente de obter a realização do trabalho. Esta foi concebida como uma forma flexível de administração, o operário definiria sua atividade e a relação com os demais, sendo que os burocratas (gerentes habilidosos) eram responsáveis pelo funcionamento das organizações para oferecer o meio mais eficiente de obter o trabalho feito (SILVA, 2002).

- **A Teoria das Relações Humanas**

Esta teoria surgiu nos Estados Unidos, buscando a humanização e democratização na administração, a partir das experiências de Elton Mayo. Segundo Chiavenato (2000b) a Teoria ou Escola das Relações Humanas surgiu para contrapor as teorias Científica e Administrativa, negando todos os conceitos que davam suporte à estas teorias, para substituí-los por outros conceitos advindos da Psicologia e Sociologia Industrial como: organização informal, motivação, incentivos sociais, dinâmica de grupo, comunicação; liderança; e sobretudo, na preocupação com a satisfação no trabalho.

- **A Teoria Comportamental**

A Teoria Comportamental (ou Teoria Behaviorista) da Administração veio significar uma nova direção e um novo enfoque dentro da teoria administrativa: a abordagem das ciências do comportamento, o abandono das posições normativas e prescritivas das teorias anteriores e a adoção de posições explicativas e descritivas. A ênfase permanece nas pessoas, mas dentro de um contexto organizacional. Principais colaboradores da teoria: Kurt Lewin, Douglas McGregor, Herbert Simon, Rensis Likert, Chris Argyris, J.G.March.

- **A Teoria dos Sistemas**

Emerge dentro da abordagem comportamental, por intermédio de um movimento vigoroso denominado Desenvolvimento Organizacional voltado para as estratégias de mudança organizacional, planejada por meio de modelos de diagnóstico, intervenção e de mudança, envolvendo modificações estruturais ao lado de modificações comportamentais para melhor eficiência e eficácia das empresas.

- **A Teoria Contingencial**

A ênfase da Teoria Contingencial reside na tecnologia e no ambiente, sendo marcada pelas pesquisas de Lawrence e Lorsch, a respeito do binômio organização/ambiente, onde o ambiente externo à organização influencia na sua estruturação e nos processos organizacionais.

De acordo com Willig o trabalho gerencial se configura como um desafio às capacidades e habilidades da enfermeira, que brotam e se desenvolvem no dia-a-dia. No gerenciamento do processo de cuidar, a enfermeira se utiliza de instrumentos gerenciais que a auxiliarão para atingir os objetivos e as metas propostas. Alguns autores se utilizam de outras

terminologias como: ferramentas e estratégias, para identificar os meios utilizados pela enfermeira no gerenciamento.

Esta mesma autora refere ainda que na função administrativa, a enfermeira se utiliza da habilidade de liderança, da comunicação, da supervisão; da avaliação, e da delegação¹⁶. Além dos instrumentos citados, acrescentam-se outros mais como: a participação, a motivação, a negociação, o trabalho em equipe, a educação continuada e a criatividade. Cada um destes serão pontuado a seguir.

A liderança é o processo de conduzir um grupo de pessoas. É a habilidade de motivar e influenciar os liderados para que contribuam da melhor forma com os objetivos do grupo/instituição. Há três fatores que devem ser levados em consideração ao discutir liderança:

- FATOR 1: a liderança envolve outras pessoas, o que contribuirá na definição do status do líder.
- FATOR 2: a liderança envolve uma distribuição desigual de poder entre os líderes e os demais membros do grupo.
- FATOR 3: a liderança é a capacidade de usar diferentes formas de poder para influenciar de vários modos os seguidores.

De acordo com Dantas (2005), liderança é compreendida como elemento difuso, capaz de modificação/atuação em quaisquer âmbitos da organização, imbricada não apenas no bom funcionamento do sistema, mas principalmente com foco no cliente (seja ele o prestador ou usufruidor dos serviços), sendo aquele que a realiza, um profissional com poder instituído ou não, como ocorre na maioria das vezes.

¹⁶ Grifo da autora.

Em termos de diferenciação entre líder e gerente, cabe reafirmar que a base de poder dos gerentes seria a hierarquia, os líderes estariam mais preocupados com o por quê enquanto os gerentes com o como (AZEVEDO, 2002; p.357). Enquanto o gerente tem o poder instituído, formal, o líder não necessariamente possui um poder legitimado. Contudo, aquele gerente que consegue ser líder, pode-se dizer que consiste naquele profissional dotado de grande poder de gestão.

Antunes (2001, p.21) afirma:

a liderança é um fator fundamental ao bom gerenciamento do serviço de enfermagem e conseqüente à qualidade da assistência prestada ao paciente. Por isto é indispensável que a enfermeira, que a todo momento atua como líder no desempenho de suas atividades, esteja capacitada para atuar como 'líder competente' nas diferentes situações profissionais.

Em termos das discussões acerca de gerente e líder, uma pessoa pode ser um gerente eficaz, um bom planejador e um gestor justo e organizado e, mesmo assim, não ter as capacidades motivacionais de um líder. Ou simplesmente pode ocorrer o contrário. Uma pessoa pode ser um gerente ineficaz, porém, em contrapartida, ter as habilidades necessárias para um bom líder.

Entre os desafios apresentados pelo ambiente mutável, as organizações estão valorizando cada vez mais os gerentes que possuem habilidades de liderança. Qualquer pessoa que aspire a ser um gerente eficaz deve também se conscientizar de praticar e desenvolver suas habilidades de liderança.

Segundo Chiavenato a Teoria das Relações Humanas constatou a influência da liderança sobre o comportamento das pessoas. Existem três principais teorias sobre a liderança:

- Traços da personalidade. Segundo esta teoria, o líder possuiria características marcantes de personalidade que o qualificariam para a função.
- Estilos de liderança. Esta teoria aponta três estilos de liderança: autocrática, democrática e liberal.

- Situações de liderança. Nesta teoria o líder pode assumir diferentes padrões de liderança de acordo com a situação e para cada um dos membros da sua equipe.

Para Lacombe (2003) os líderes influenciam as pessoas graças ao seu poder, que pode ser o poder legítimo, obtido com o exercício de um cargo, poder de referência, em função das qualidades e do carisma do líder e poder do saber, exercido graças a conhecimentos que o líder detém. Por fim salienta-se que a liderança exige paciência, disciplina, humildade, respeito e compromisso, pois a organização é um ser vivo, dotado de colaboradores dos mais diferentes tipos.

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

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

Segundo Antunes (2001, p.17)::

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

Desta forma a comunicação é um fator determinante de sucesso ou insucesso na ação gerencial do enfermeiro. A comunicação na Enfermagem se mostra como necessidade humana básica vista como instrumento que contribui para a realização e aperfeiçoamento do saber-fazer profissional.

De acordo com Willig (2004) a enfermeira ao desenvolver a supervisão, deve tentar a partir do conhecimento das características individuais de seus funcionários e dos objetivos do serviço de enfermagem, adequar o tipo de relacionamento, e o tipo de atividades a serem desenvolvidas, propiciando com isso melhor adaptação do homem ao trabalho. A supervisão, com enfoque na orientação e como facilitadora do processo de trabalho, coopera para que as pessoas se mantenham motivadas e para que ocorra crescimento profissional.

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

A enfermeira, ao distribuir atividades e responsabilidades, deve fazê-lo de forma efetiva, permitindo à equipe a autonomia necessária para realizar as tarefas delegadas. Segundo Willig (2004) o gerente pode e deve delegar, sem no entanto tolher a existência do outro como ser pensante, que discute e revê suas funções. Não basta mandar fazer e sim estabelecer uma relação com o grupo de trabalho, para que este fazer seja inerente aos objetivos da equipe, que deixe de ser obrigação mecânica e passe ao nível de necessidade, de tarefa intrínseca à vida do grupo.

Esta autora refere ainda que o gerente ao delegar deve não apenas atribuir ao funcionário a obrigação de uma tarefa, mas também a liberdade para agir e para decidir a forma como será supervisionada a execução da tarefa. A ação gerencial, centrada nos princípios de participação e envolvimento da equipe de enfermagem, é um instrumento a ser utilizado pela enfermeira que pretende realizar uma gestão inovadora.

Ciampone (2002, p.8), afirma:

A gerência participativa está fundamentada no humanismo, pois é pautada no respeito e integração dos valores humanos, nas necessidades das pessoas e do trabalho. Considera o trabalhador como ser atuante na organização, com capacidade de desenvolver o seu papel com autonomia e de participar efetivamente nas tomadas de decisões relacionadas aos processos de trabalho dos serviços.

A estrutura organizacional é flexível e adaptável, há maior confiabilidade nas interações informais e as decisões são descentralizadas. Esta proposta propicia o crescimento pessoal e profissional, contribuindo para que o trabalhador se sinta mais motivado e reconhecido.

A participação como instrumento gerencial se configura na distribuição do poder entre os componentes da equipe de enfermagem. Tal exigência é consequência das novas tendências da divisão do poder entre pessoas e grupos.

Por meio da liderança que exerce junto à equipe de enfermagem, a enfermeira deve estar atenta às questões que podem contribuir para o desencadeamento de situações que venham a desmotivar a equipe de enfermagem.

Willig (2004) defende que a negociação significa manter integração permanente no processo de conversação, que importa na normalidade do relacionamento. Sem a presença de uma boa comunicação verbal, a negociação não acontece, e o desgaste da negociação tende a gerar conflitos.

Rosso, Silva e Ciampone (2003, p.26) afirmam que “cada negociação independente dos resultados proporcionados, é uma grande fonte de aprendizado sobre a outra parte, sobre si mesmo e sobre o próprio processo de negociação realizado”. As autoras afirmam ainda, que um líder precisa perceber que sua liderança depende do conhecimento técnico e da habilidade pessoal nos processos de negociação, mas depende sobretudo de suas atitudes.

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

A respeito do trabalho em equipe Segundo e Riccio (2000, p.76) afirmam que:

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

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

Willig (2004) reforça que os processos educativos desenvolvidos no trabalho devem favorecer o desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas. Por sua vez, a enfermeira responsável pelo desenvolvimento de programas de educação continuada, deve estar preparada para exercer o papel de educadora dentro de sua prática profissional.

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

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

Atualmente o mercado de trabalho exige um perfil de profissional que deve possuir, além dos conhecimentos técnico-científicos, conhecimentos imbricados na liderança.

Corroborando com as palavras de Higa e Trevizan (2005, p. 63), penso que a enfermagem precisa de líderes comprometidos e motivados para direcionar o desenvolvimento dos processos de trabalho com foco na necessidade dos clientes, que sejam capazes de estruturar humanamente o desenvolvimento científico e tecnológico, fundamentando-se na consciência técnica, científica e ética.

Neste sentido, é inegável que a administração voltada para a Enfermagem, contribui consideravelmente para que a enfermeira tenha mais autonomia em suas ações, atitudes e decisões, indicando formas racionais, possíveis e corretas de enfrentar as situações cotidianas, inerentes à estrutura organizacional, otimizando seu trabalho seja no cuidado direto ao cliente, seja no cuidado indireto. Ao se apropriar da liderança, este mesmo profissional consegue otimizar seus serviços, uma vez que além do poder instituído, concorre com a adesão da maioria de seus funcionários e, outrossim, da clientela.

Conforme ressaltado, o processo administrativo torna-se otimizado quando aquele que está à frente é não somente um gerente, mas principalmente um líder, com todas as suas características, traços e estilos definidos sem, contudo, esquecer que, o mundo encontra-se em constante transformação e que se deve acompanhar a evolução dos conhecimentos, teorias e modelos.

Todo o conhecimento acerca do processo administrativo é fundamental para que o serviço funcione próximo do ideal, livre de erros. Quando se aplicam tais conhecimentos no cotidiano do cuidado de enfermagem, seja este em quaisquer clínicas, com quaisquer clientes, de quaisquer patologias, têm-se a oportunidade dos serviços angariarem diferenciação em termos de organização mediante processos voltados para coordenação, planejamento, avaliação e reestruturação visando a melhoria do mesmo, proporcionando um cuidado de melhor qualidade.

No tocante ao cuidado, autores como Arendt (1997), Capra (1996), Erdmann et al (2005), Waldow (1998a) e Collière (1999) defendem que a história da evolução dos seres humanos desde a sua origem, suas civilizações, modos de viver, possibilita reconhecer que o cuidar sempre esteve presente no processo de vida humana, no seu viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões.

De acordo com Erdmann et al (2005, p.37), o cuidado é inerente ao viver, a sobrevivência das espécies vivas. A capacidade de cuidar é uma propriedade dos seres vivos. Os animais mostram o instinto de cuidar nas suas crias do nascimento até a maturidade, quando passam a seguir sozinhas na procriação e na luta pela preservação da espécie. Toda a vida animal precisa de cuidados para continuar existindo, sendo assim, o cuidado é uma ação ligada ao instinto de sobrevivência e de preservação da espécie animal (CAPRA, 1996, p.129).

O cuidado humano, além do instinto de preservação e sobrevivência, tem ligação com a razão, pois os seres humanos pensam e constroem o seu modo de viver pelo uso da racionalidade. Portanto, o cuidado humano surge juntamente com a própria vida tendo por finalidade preservá-la, fortalecê-la e aperfeiçoá-la.

De acordo com Neves (2002, p.80) o conhecimento teórico do cuidar iniciou na enfermagem na década de 50 com Madeleine Leininger, quando passou a defender as concepções de que o cuidado é uma necessidade humana essencial, e o cuidar é a essência da enfermagem e um modo de alcançar saúde, bem estar e a sobrevivência das culturas e da civilização.

Assim como esta teórica, outras enfermeiras também contribuíram e têm contribuído para a evolução de nossa profissão. Pode-se dizer, no entanto, que a primeira grande teórica, exemplo e mito da enfermagem é Florence Nightingale que delineou os primeiros conceitos da profissão, desvelou caminhos da investigação científica enfatizando a observação

sistemática como instrumento para realização do cuidado (SANTIAGO e ARRUDA, 2003, p.169).

Cabe ressaltar que Florence não se preocupou em definir o cuidar/cuidado, mas sim estabelecer os conceitos de saúde e ambiente, emergindo, desta forma, a Teoria Ambientalista. Ela foi a pioneira em propor e demonstrar os efeitos dos ambientes do cuidado na promoção da saúde das pessoas, estabelecendo-se como marco o início da Enfermagem Moderna.

As teorias de enfermagem, que sustentam a prática do cuidado, marcam uma época e contribuíram para o reconhecimento da disciplina da enfermagem pelas bases filosóficas, científicas, políticas, e outras, construídas ao longo da sua história.

O conhecimento na enfermagem vem sendo construído tendo como referência o avanço principalmente destas teorias de enfermagem. Também nesta evolução, identificam-se os padrões de conhecimentos explicitados (FREITAS, 2000, p.98), quais sejam:

- Conhecimentos empíricos, a ciência da enfermagem;
- Estético, a arte da enfermagem; conhecimento pessoal; e
- Ético, o conhecimento moral da enfermagem.

As dimensões do cuidar do outro, reconhece a necessidade do cuidar de si e do cuidar coletivo (de nós), presentes no sistema de cuidado, nas suas múltiplas dimensões. Emergem das teorias de enfermagem e de outras produções teóricas novas noções ou novos enfoques ou dimensões de cuidar: o cuidado cultural, holístico, transpessoal, tridimensional, complexo, relacional, solidário, presença, integral, compartilhado, ecológico, cuidado humano e outros (ERDMANN et al (2005, p.37)).

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

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



CAPÍTULO III:

APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa social, do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, no qual utilizou-se o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial teórico-metodológico, respectivamente.

Realizou-se pesquisa social, tendo como respaldo Minayo (2000, p.14) que advoga:

A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum (...). Não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e suas construções.

No tocante à abordagem qualitativa, o conhecimento oriundo dela é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada. Optou-se pela sua utilização uma vez que ela responde a questões particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode ser reduzido a operacionalização de variáveis. Neste sentido, ela trabalha com o universo de significações, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que se constituem no cerne de discussão dos referenciais supracitados (MINAYO, 2000, p.21-22). Oliveira (2000, p.117) complementam, elucidando que:

As pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentado por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades de comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Assim, estes foram os motivos pelos quais optamos e justificamos a utilização dos preceitos da pesquisa social e qualitativa. Ressalta-se ainda que, o tipo descritivo-exploratório subsidia-se em Gil (2002, p.41-42) ao defender que “as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados

com a atuação prática”. Enquanto estas têm a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema de modo a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses, àquela visa a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis.

No tocante a justificava e o delineamento dos referenciais teórico-metodológicos escolhidos, conforme ressaltado anteriormente, serão discriminados a seguir, com vistas a detalhar e a ratificar pertinência dos mesmos para esta pesquisa. A seguir, encontram-se as discussões acerca de tais referenciais os quais subsidiaram a construção do modelo teórico dessa tese.

3.1 Interacionismo Simbólico

Tendo em vista o ideal de busca pela compreensão do significado que enfermeiras pesquisadores, assistenciais atribuem à gerência do cuidar, decidimos pelo Interacionismo Simbólico que apresenta como base teórico-filosófica a compreensão do significado da ação humana. Giddens e Turner (1999, p.130) esclarecem que:

Seu enfoque são os processos de interação – ação social caracterizada por uma orientação imediatamente recíproca –, ao passo que o exame desses processos se baseia num conceito específico de interação que privilegia o caráter simbólico da ação. (...) Assim, as relações sociais são vistas, não como algo estabelecido de uma vez por todas, mas como algo aberto e subordinado ao reconhecimento contínuo por parte dos membros de uma comunidade.

Cumpramos ressaltar que a escolha por esse referencial permitiu a construção epistemológica do modelo teórico dessa tese face às pré-noções do senso comum, tendo em vista o estabelecimento de um corpo de enunciados sistemáticos e autônomos, através de uma linguagem com suas regras e dinâmicas próprias. A priori, antes de abordar tal referencial,

torna-se pertinente elucidar algumas questões acerca da Escola de Chicago, uma vez que este referencial emerge no contexto desta escola.

Segundo Coulon (1995, p.08), a Escola de Chicago é reconhecida durante o período de 1915 a 1940, como um conjunto de trabalhos de pesquisa sociológica, caracterizado pela natureza empírica. Cabe ressaltar, ainda, que a tendência empírica desta escola caracterizou-se no sentido de produzir conhecimentos úteis para os problemas sociais ao invés da natureza moralista e jornalístico-investigativa que eram imbuídos. Desta forma, as pesquisas deixam de ser meras “reflexões ao pé de cadeira” (*Op.cit*, p.14) e passam a adotar um caráter objetivo e empírico ao investigar a realidade social.

Esta escola americana foi inaugurada por Harper em 1892, quando então delegou a Small¹⁷ a fundação e direção do Departamento de Antropologia e Sociologia (primeiro nos Estados Unidos, na época). Dentre os intentos deste sociólogo, encontrava-se a exigência aos alunos da realização de pesquisa de campo ativa e observações direta, pautados sempre no critério da objetividade, que conferiram à Escola de Chicago, a credibilidade e o reconhecimento de suas pesquisas, no período supracitado.

É neste contexto e dentro das novas abordagens no desenvolvimento dos estudos, que surgiram pesquisadores e estudiosos (professores e alunos) que trouxeram valiosas contribuições para pesquisa qualitativa, em especial, de natureza social. Assim, uma das grandes contribuições dos sociólogos que estudaram, lecionaram e/ou atuaram na referida escola, foi o desenvolvimento de métodos originais de investigação mediante o caráter empírico predominante em suas pesquisas (COULON, 1995, p.7-8).

Assim é que surge o Interacionismo Simbólico. De acordo com Gomes (2005, p.62) o termo Interacionismo Simbólico foi utilizado pela primeira vez, em 1937, por Herbert Blumer. Contudo, a mesma autora esclarece, ainda, que este possui suas raízes no

¹⁷ A fundação e direção deste departamento conferiu a Small um importante papel na instalação da sociologia não só em Chicago, mas em todo os Estados Unidos (COULON, 1995, p.14).

pragmatismo de John Dewey (1859-1952)¹⁸, tendo como inspirador George Herbert Mead (1863-1931)¹⁹.

No que refere aos demais pensadores e idealizadores do interacionismo, além de John Dewey (1859-1952), George Herbert Mead (1863-1931) e Herbert Blumer (1900-1987), também são associadas à escola da interação simbólica os seguintes estudiosos: Charles Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), Georg Simmel (1858-1918), William Thomas (1963-1947), Charles Horton Cooley (1864-1929), Florian Znaniecki (1882-1958) e Erving Goffman (1922-1982) (UNIVERSITY OF COLORADO, DEPARTMENT OF SOCIOLOGY, 2007). Todos estes pensadores contribuíram para construção do Interacionismo Simbólico, sendo Mead e Blumer os principais.

Assim, o interacionismo emerge no contexto desta escola, com Mead, que inicia seus estudos pautando-se em trabalhos de John Dewey. Coulon (1995, p.18) elucida que Mead corroborava com algumas das idéias de Dewey que defendia o pragmatismo como uma filosofia da ação, sendo também chamado de filosofia da intervenção social. Assim, Mead apropriou-se de parte das premissas do pragmatismo, transformando-o num instrumento ativo de reforma social, uma vez que considerava a consciência do indivíduo elaborava-se por meio das interações e dos processos sociais.

Cabe ressaltar que o pragmatismo, de acordo com Japiassu (1996, p.218), é uma concepção filosófica na qual se valoriza a prática em detrimento da teoria, ofertando maior importância às conseqüências e efeitos da ação do que a seus princípios e pressupostos.

E, no transcorrer de sua vida Mead deixou vários escritos acerca do processo de interação dos indivíduos, tendo por base aspectos simbólicos. Ele foi quem mais colaborou para conceitualização, delineando um protótipo da perspectiva interacionista.

¹⁸ Lecionou na Universidade de Chicago, sendo fundador do Pragmatismo. (JAPIASSU, 1996, p.70)

¹⁹ Lecionou na Universidade de Chicago no período de 1893 a 1931, quando faleceu ((COULON, 1995, p.32).

Segundo Gomes (2005, p.63), Mead não publicou obras completas e sistemáticas sobre a teoria interacionista, mas destacou-se a partir de palestras, aulas, notas e manuscritos que foram organizados em quatro obras póstumas, assim denominadas: *Philosophy of the Present* (1932), *Mind, Self and Society* (1934), *Movements of Thought in the 19th Century* (1936) e *Phylosofy of the Act* (1938). Destas, aquela de maior relevância consiste na *Mind, Self and Society*, no qual o autor aborda questões relacionadas à sociedade e ao indivíduo, expondo a gênese do *self*, bem como o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente. Cabe ressaltar ainda que ele “preocupou-se em ilustrar suas proposições a partir dos fatos da vida cotidiana” (*Op. Cit*, 2005, p. 62).

Durante sua vida teve diversos discípulos, dentre eles Herbert Blumer, que aprofundou os escritos de Mead, aperfeiçoando e ampliando as idéias, contudo, mantendo-se na mesma linha de pensamento de seu mestre. Blumer foi discípulo de Mead e, após a sua morte, deu continuidade ao interacionismo, desenvolvendo criticamente os seus aspectos, descreveu a natureza da sociedade humana não só como uma posição de vital importância a uma pessoa, como defendia Mead, mas também como uma sociedade que se constrói pelas interpretações que os indivíduos têm do processo de conviver com pessoas e com as coisas para dar-lhes significados. Embora tenha publicado diversos trabalhos sobre esta perspectiva, apenas em 1969, com a publicação de *Symbolic Interacionism: perspective and method*, uma de suas principais obras, que suas idéias se consolidaram.

De acordo com Coulon (1995, p.21-22), o Interacionismo Simbólico possui algumas proposições que podem ser definidas em cinco hipóteses básicas. Uma delas refere-se ao fato de que vivemos num mundo simbólico e físico, que construímos cotidianamente através de significados pautados em nossas ações e com a ajuda dos símbolos. A outra hipótese, retrata tais símbolos que por sua existência dos mesmos, podemos assumir o lugar do outro. O terceiro, diz respeito a cultura em comum de dada sociedade, que, desta forma, permite prever

o comportamento dos outros indivíduos. O quarto considera que os símbolos não são isolados e, por isso, fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define seu papel. E, por fim, o último pressuposto trata do pensamento que consiste num processo pelo qual soluções potenciais são examinadas pelo ponto de vista das vantagens e desvantagens do indivíduo tendo em vista seus valores.

Tais concepções ratificam, complementam e corroboram as três principais premissas expostas por Blummer (1969, p.02), quais sejam:

O ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas têm para ele; o significado destas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas; estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações que ele se encontra.

Verifica-se que a preocupação dos representantes do interacionismo imbuí-se dos aspectos comportamentais e interacionais. Yoshioka (1996, p.07) afirma tal preocupação elucidando que:

“O centro da observação está na interação, uma vez que está presente tanto no comportamento verbal como no não-verbal de um evento ou situação. A análise da interação inclui as auto-definições dos participantes e os significados que compartilham, ou seja, o significado através da ação”.

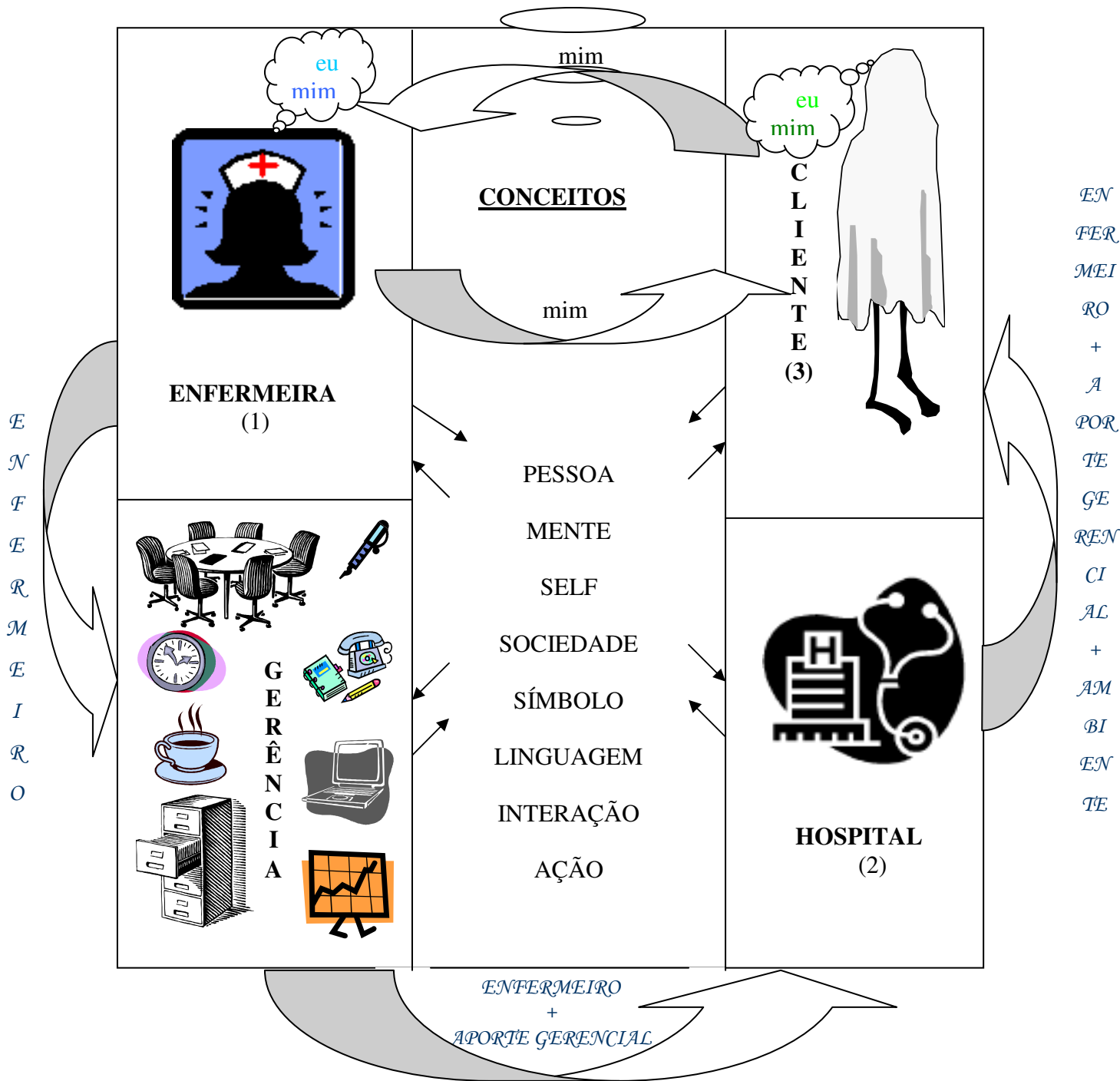
Do exposto ressalta-se que para o Interacionismo Simbólico cabe interpretar as ações e não julgá-las. Essa interpretação é feita a partir dos significados que as pessoas atribuem às suas próprias ações. Conhecendo os significados atribuídos, poder-se-á compreender e prever possíveis comportamentos e ações de outras pessoas, desde que as pessoas se encontrem nas mesmas situações.

Tendo em vista a relevância da compreensão dos conceitos tratados pelos interacionistas será apresentado, a seguir, um diagrama adaptado de Dantas (2005) com subsequente descrição dos principais conceitos do referencial teórico adotado, correlacionados com o objeto de pesquisa, de modo a esclarecer a aplicação do IS na presente tese de doutoramento.

REPRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS CONCEITOS DO INTERACIONISMO

SIMBÓLICO CONCATENADO AOS PRECEITOS DA PESQUISA²⁰:

Conhecimento do universo de símbolos de 1+2+3, a partir da ótica do enfermeiro possibilita a construção do modelo sobre a Gerência do Cuidado



²⁰ ClippArt (2007). Figuras extraídas do site da Microsoft Office [on-line.]

<http://www.microsoft.com/isapi/redir.dll?prd=clipgallery&plcid=0x0416&pver=5.0&o1=Clip%20Gallery>

De acordo com Dantas (2005) entende-se por conceito a ordenação de palavras com vistas a descrever fatos em âmbito concreto ou abstrato, elucidando circunstâncias que estejam sobre discussão. Este processo prima pela definição desses fatos, subsidiada pelo processo interacional, no qual construímos e desconstruímos conceitos, os quais fazem parte de nosso cotidiano.

Para Meleis (1985, p. 157), “conceito é uma imagem mental da realidade tingida com a percepção, experiência e capacidade filosófica do pesquisador”. Neste sentido, penso que um conceito é construído a partir de um contexto social cuja importância do entendimento de sua origem se dá pela possibilidade de esclarecermos seu sentido atual.

A seguir encontram-se os principais conceitos subsidiados em pesquisadores e estudiosos do Interacionismo Simbólico.

- SÍMBOLOS

De acordo com Bettinelli (2002, p.21), o ser humano aprende e utiliza os símbolos nas interações para dar significado à interação para si e para o outro. Estes, por sua vez, emergem do meio social onde se encontram inseridos, estando imbricados nestes símbolos, aspectos referentes ao âmbito individual e coletivo dos indivíduos que integram uma sociedade. Desta forma, os símbolos fazem parte do pensamento e da conduta humana.

Para Santos e Nóbrega (2004, p.463) os símbolos são considerados da seguinte forma:

O símbolo é o ponto central do interacionismo simbólico, pois, sem ele, os seres humanos não podem interagir uns com os outros. Símbolos são objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação; *self* (o ego/a própria pessoa) significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria.

Os símbolos constituem representações explicativas de dada realidade, que permitem um indivíduo ser entendido pelo outro, outrossim, entender-se, ou seja, são representações que refletem nosso interagir conosco e com demais membros de um determinado grupo. Esses

símbolos adquirem sentido a partir do significado que é atribuído a cada um, podendo tomar conformação de palavras e/ou gestos de modo a permitir a interação/compreensão entre indivíduos.

Neste sentido, a partir de observações da prática do enfermeiro e indagações a este profissional acerca do significado que atribuem ao seu gerenciamento no tocante à compreensão da interação enfermeiro-paciente, enfermeiro-enfermeiro e enfermeiro-organização hospitalar, depreenderam-se os símbolos oriundos dessa dinâmica de relações que o enfermeiro se insere, para realização de seu trabalho, possibilitando a construção de um modelo teórico dessa realidade.

- INTERAÇÃO

A interação pode ser definida como a relação entre um indivíduo e outro e/ou ambiente, no sentido de buscar compreensão um a outro. De acordo com Jorge (1997, p.25), a interação envolve “a interpretação ou a determinação dos significados das ações ou observações das outras pessoas, depois pela definição ou indicação a outra pessoa de como ela deve agir”. Constitui-se, portanto, num processo contínuo de adaptação, desenvolvendo linhas de conduta a partir do relacionamento entre indivíduos e destes indivíduos com o meio onde se encontram.

De modo simplificado, carece-se da interação do homem com os demais integrantes do meio onde vive e se relacionado para que este possa criar símbolos e, interagir sendo entendido pelo outro. Em termos da presente pesquisa, foi a partir do conhecimento da interação enfermeiro –paciente-organização hospitalar que delineou-se um modelo teórico.

Bettinelli (2002, p. 32) enfatiza que o agir do ser humano é baseado do significado que ele depreende da própria vivência. E, para entender a natureza da interação é preciso

reconhecer a existência do self e da mente do indivíduo, que, uma vez definindo a realidade e a situação, é possível assumir o papel do outro.

- PESSOA

A pessoa (ser humano) é o fator fundamental para que ocorra a interação. O ser humano, dentro de todas as espécies vivas, é o único racional, dotado de senso crítico. Uma pessoa sem interagir com o outro pode ser comparada a uma página em branco, no sentido de interação social. Caso exista algum indivíduo que nunca tenha interagido, logo este não compartilhará símbolos, logo não se processa a interação, logo ele não terá como agir quando da ocorrência de quaisquer circunstâncias. Mediante a interação com o ambiente e demais indivíduos é que são formados a mente e o self, uma vez que símbolos são criados servindo de base para o agir e reagir do indivíduo perante demais e o meio onde vive.

Moreira e Dupas (2003, p.760) advogam da seguinte forma, ao definir pessoa (indivíduo) dentro do interacionismo:

O indivíduo interage agindo, percebendo, interpretando, agindo novamente, sendo, portanto, ator e reator no processo, imprevisível e ativo no mundo. Assim, o indivíduo é um ator dinâmico em constante processo de socialização e interação com o meio e com os outros, e não uma personalidade estruturada e imutável.

Cada indivíduo ou grupo de indivíduos é dotado de especificidades. Especificidades estas que caracterizam cada um. Nessa pesquisa, estudou em caráter primário o enfermeiro no tocante às suas práticas gerenciais, e em caráter secundário, o paciente e estrutura organizacional (enquanto pessoa jurídica), mediante perguntas gravadas em fita magnética.

- MENTE

Corresponde a um processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo próprio usando os símbolos os quais emergem do processo social de comunicações. Faz parte da construção da mente o cérebro (estrutura anatômica imprescindível para otimizar nossa

comunicação com o meio, seja através da audição, tato, gustação, visão e olfato). Entretanto, o cérebro sozinho não faz a mente. Para tal, há a necessidade da interação dos membros de uma sociedade, onde o produto desta interação origina a mente que se desenvolve a partir de um self estabelecido. Ou seja, para que haja o self e a mente, torna-se imprescindível a existência de indivíduos, que organizando-se em sociedade, interagindo entre si, originará consecutivamente, através dos símbolos, seu cotidiano social (atividades/ações).

- SELF

Toda pessoa possui um self, o qual possibilita ao indivíduo agir socialmente em relação com as outras pessoas e consigo mesmo. Este self é formado por definições feitas por outros que servirão de referencial para que cada indivíduo possa ver-se a si mesmo. O self somente se manifesta por completo, quando em uma sociedade, impreterivelmente houver comunicação. Sem comunicação, não há desenvolvimento pleno do self.

Assim, a sociedade representa o contexto dentro do qual o self surge e desenvolve. Este pode dividir-se analiticamente em duas fases: Eu e Mim. Enquanto o Eu refere-se a tendência impulsiva do ser, definindo-se como a percepção daquilo que ele possui dele mesmo e dos outros numa perspectiva sem influências, de modo espontâneo e desorganizado, o Mim consiste no outro incorporado no indivíduo, ou seja, conjunto de atitudes, definições, compreensões e expectativas comuns ao grupo. Desta forma, cada ser possui um self que rege o cotidiano das ações humanas, corroborando para que este viva em harmonia em sua sociedade de comum acordo com as normas, regras e leis estabelecidas, uma vez que estas condutas são construídas cotidianamente através do inter-relacionamento dos demais indivíduos através de símbolos.

- SOCIEDADE

Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.76-77) esclarecem que:

O Interacionismo [...] concebe a “sociedade” como uma entidade composta de indivíduos e de grupos em interação (consigo mesmo e com os outros), tendo como base o compartilhar de sentidos ou significados sob a forma de compreensão e expectativas comuns.

A autora informa que Mead concebe a atividade grupal baseada no comportamento cooperativo. Este comportamento não condiz apenas com respostas às atividades dos outros, contudo, envolve intenções as quais convergem para gestos que se traduzem em símbolos, passíveis de serem interpretados. Assim, para estudar determinada situação na perspectiva interacionista, dever-se-á definir um grupo social (sociedade) dentro de determinada situação que se pretende desvelar. No caso desta pesquisa, o grupo social consistiu de enfermeiros, e a situação refere-se ao gerenciamento do cuidar realizado por este profissional..

- LINGUAGEM

Entende-se a linguagem como um conjunto de símbolos os quais dão sentido ao agir com as pessoas permitindo a compreensão entre dois indivíduos. A linguagem é como um canal que permite o ser humano entender o outro. Esta pode ser melhor especificado pelo idioma (no Brasil, a língua portuguesa) falado ou escrito dos significado atribuídos a esses símbolos ou por gesticulação, muito característico na comunicação com/entre surdo-mudo. Assim, a todo conjunto de símbolo dotado de significado, constitui a linguagem do processo de interação.

Em termos dessa tese caracterizaram-se os diversos símbolos os quais, em conjunto, refletem vivências de enfermeiros na gerência do cuidado. Esses símbolos, por sua vez, de acordo com a aplicação dos preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, possibilitou a construção do modelo teórico dessa pesquisa.

- AÇÃO

A ação pode ser concebido como manifestação do interagir com o outro de forma consciente. Blumer (1969, p.82) ressalta que:

“a ação individual é uma construção e não um dado, erigida pelo indivíduo através da percepção e interpretação das características das situações nas quais ele atua; que a ação grupal ou coletiva consiste do alinhamento de ações individuais trazidas pelas interpretações que os indivíduos alocam às ações dos outros ou consideram em termos da ação de cada um”

A este respeito, Bettinelli (2002, p.30) elucida, complementando que a “ação humana é entendida como um processo contínuo de tomada de decisões, resultando das formas como o ser humano percebe e interpreta o mundo”.

Para Jorge (1997, p.24) a ação é construída ao enfrentar o mundo mediante um processo onde os atores sociais observam, interpretam e avaliam as situações que enfrentam. Isto subsidia a construção de símbolos, auxiliando na tomada de decisão (o agir), oriundo da interação consigo mesmo, com ambiente e demais indivíduos.

Cabe ressaltar que este agir é baseado em símbolos os quais denotam significados e uma vez conhecendo os significados atribuídos a determinada realidade, poderemos prever possíveis comportamentos e delinear futuras ações, possibilitando que pessoas que nunca vivenciaram a realidade decodificada, possa agir bem próxima do real, apenas com o conhecimento dos significados que atribuem-se aos seus símbolos.

Desta forma, foi através do conhecido a respeito do significado que enfermeiros atribuem a gerência do cuidado, que codificaram-se símbolos, os quais em conjunto, consubstanciaram um modelo teórico. Assim, mediante a observação/aplicação de tais conceitos do interacionismo a cada profissional envolvido no cuidado gerenciado, descrevemos os significados atribuídos pelo enfermeiro a essa importante ação da enfermagem de nível superior: o gerenciamentno do cuidado.

Toda a ação consciente realizada é baseada em símbolos, os quais de acordo com as situações, o ser humano tende a interagir e a se relacionar. Entretanto, não basta apenas

conhecer o superficial de dado contexto. Deve-se questionar e explorar, de fato, com intuito de compreender a cena social, para codificar e tentar aos máximos descobrir as bases de uma interação. Isso é fundamental para que não se tome conclusão precipitada. Isto é fundamental para que de fato, possa-se tomar o lugar do outro, e agir como o outro agiria, caso estivesse na mesma situação/contexto. É necessária consistência e o máximo de esgotamento da realidade perquirida.

Interagimos com as pessoas do mundo inteiro, de nosso meio de nossa sociedade, que de acordo com os costumes/cultura/valores, tende a tomar decisões pautadas nas interações construídas a cada momento. E estes símbolos são construídos e reconstruídos cotidianamente. Quanto mais rico for uma pessoa de interações, de meios, de sociedade, esta tende a ter uma maior experiência e uma gama maior de conhecimento no sentido de agir com o outro. Conhecendo a realidade e os significados que as pessoas atribuem a dadas situações é que podemos compreender e prever futuras ações e reações de pessoas que passarem pelas mesmas circunstâncias.

Para esta pesquisa, preciso conhecer inicialmente, como as pessoas (enfermeiros) estão se portando nas organizações hospitalares, como é o ambiente, relação, ações, como é a vida dessas pessoas e o que fazem para cuidar. Desta forma, esses enfermeiros vivem num ambiente (hospital) que podemos considerar como uma sub-sociedade, da sociedade maior que pode ser o município, o estado, o país, o continente ou o próprio mundo. Neste estudo, considerou-se a sociedade como o âmbito hospitalar onde ocorre o cuidado aos pacientes internados.

Em termos da pessoa, entrevistaram-se enfermeiros os quais possuem a mente e o self que constroem-se cotidianamente mediante interações subsequentes. Os significados e símbolos e linguagem são os responsáveis pela ação humana e sucesso dessa interação.

Em suma, foi desta forma que se aplicou o Interacionismo Simbólico. Seus conceitos permitem conhecer e compreender os aspectos do universo determinado da investigação: o objeto. Contudo, Em termos do processo metodológico, com vistas a construir o modelo teórico, optou-se pela Teoria Fundamentada nos Dados a qual otimiza os preceitos do Interacionismo.

De acordo com Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.76-77) o “Interacionismo Simbólico tem sido usado como uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo”. Com vistas a fornecer suporte metodológico ao Interacionismo Simbólico, a Teoria Fundamentada nos Dados foi desenvolvida, tendo, desta forma, suas raízes vinculadas a este referencial teórico. Ratificando tais considerações, Santos e Nóbrega (2002, p.578) esclarecem que:

O interacionismo simbólico é o referencial teórico que dá sustentação ao método possibilitando ao pesquisador focalizar sua análise no significado simbólico, a fim de entender o comportamento dos sujeitos como se ele estivesse no, lugar dele, ou seja, entender o mundo a partir da perspectiva do sujeito.

Assim, a partir da compreensão da simbologia expressa através das respostas verbais e não-verbais dos enfermeiros entrevistados, construíram-se conceitos a partir dos símbolos emergidos da interação enfermeiro-cliente, delineando o modelo teórico desta pesquisa. A partir do item a seguir, será contextualizado o referencial metodológico, de modo a embasar a sua escola para realização dessa pesquisa.

3.2 Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory)

De acordo com Moreira e Dupas (2003, p.758) a Teoria Fundamentada nos Dados consiste numa “abordagem de pesquisa qualitativa com o objetivo de descobrir teorias, conceitos e hipóteses baseados nos dados coletados, ao invés de utilizar aquelas

predeterminadas”, possuindo raízes no Interacionismo Simbólico, compreende a realidade a partir do conhecimento da percepção ou “significado” que certo contexto ou objeto tem para a pessoa (SANTOS e NÓBREGA, 2002, p.576). Jorge (1997, p.29-30) complementa, revelando que “a intenção da Teoria Fundamentada nos Dados é descobrir um modelo conceitual que explique o fenômeno a ser investigado e possibilite ao investigador desenvolver e relacionar conceitos”.

Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.76) elucidam que a Teoria Fundamentada nos Dados encontra-se inserida como uma das variantes dentro do Interacionismo Simbólico, dividindo espaço com estudos etnográficos, cuja ênfase está na “compreensão do fenômeno tal como ele emerge dos dados e não no seu embasamento em conceitos e teorias do pesquisador” (PELUSO, BARUZZI e BLAY, 2001, p.343).

Este referencial foi desenvolvido por Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de 60. Strauss graduou-se pela Universidade de Chicago. Desta forma, desfrutava de conhecimentos inerentes a tradição em pesquisa qualitativa desta universidade, outrossim, influência do Interacionismo Simbólico e do Pragmatismo. Em contrapartida, Glaser trouxe a influência da pesquisa quantitativa inovada por Lazarsfeld e sua experiência com pesquisa empírica conjugada com o desenvolvimento da teoria. Assim, foi da conjugação das características de ambos pesquisadores que se originou a Teoria Fundamentada nos Dados cuja sistematização técnica e procedimentos de análise capacitam o pesquisador a desenvolver teorias sociológicas sobre o mundo da vida dos indivíduos, uma vez que alcança significação, compatibilidade entre teoria e observação, capacidade de generalização e reprodutibilidade, precisão, rigor e verificação. (STRAUSS e CORBIN, 1991, p. 31).

Complementando tais concepções, Chenitz e Swanson (1986, p.3-4) esclarecem que a “Grounded Theory” consiste num método para construção de uma teoria com base nos dados investigados de uma determinada realidade, de maneira indutiva ou dedutiva que, mediante a

organização em categorias conceituais, possibilita a explicação do fenômeno investigado. Como produto da aplicação deste método podemos ainda estabelecer modelos teóricos ou reflexões teóricas.

Vale ressaltar conforme Glaser e Strauss (1967), não requer uma teoria ou hipótese sobre os dados. Seu objetivo é justamente gerar uma teoria que explica os dados coletados, ou seja, gerar uma teoria fundamentada nos dados, baseando-se na idéia de codificar (“coding”), que é o processo de analisar os dados, neste referencial. Esta análise é feita sobre as notas de campo, as entrevistas transcritas e finalmente, os documentos coletados, quando aplicável.

A codificação baseia-se em três momentos: aberta (“Open coding”) que refere-se a criação de categorias para os fenômenos ou evidências observadas, axial (“Axial coding”) que consiste na identificação de relacionamentos entre estas categorias e, por fim a seletiva (“Selective coding”) última etapa onde o pesquisador escolhe, a partir do processo de análise e movimento circular dos dados uma categoria principal, que constituir-se-á no modelo teórico, demonstrando a relação com as demais categorias emergidas.

Alguns autores apontam as contribuições deste referencial para enfermagem. Estas podem ser evidenciadas na seguinte citação:

A “Grounded Theory” tem contribuído significativamente para expansão do conhecimento em enfermagem, por se tratar de uma abordagem interpretativa e sistemática que extrai da experiência e da realidade dos atores sociais envolvidos, o caminho para se chegar a resultados confiáveis que possam gerar ações [...] e aperfeiçoar seus conhecimentos (SANTOS e NÓBREGA, 2002, p.578).

Concomitante a isto, Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.85) complementam que este referencial é “uma promessa para um entendimento global e profundo do conhecimento da enfermagem e um meio de gerar teorias a partir da prática de enfermagem”.

Para todo aquele que almeja trabalhar com tal referencial metodológico, deverá possuir/desenvolver algumas características que são essenciais para alcançar o resultado

esperado, ou seja, a construção da teoria, do modelo teórico ou de reflexões teóricas. Neste sentido, um pesquisador deverá possuir/desenvolver envolvimento com objeto de estudo, disponibilidade de tempo, criatividade, domínio dos preceitos da Teoria Fundamentada nos dados, capacidade dedutiva e indutiva e sensibilidade teórica. Esta última característica é inerente a “Grounded Theory”, que de acordo com Jorge (1997, p.29) “se reporta à qualidade do investigador de perceber e compreender o significado dos dados e a habilidades de discernir entre o que é ou não relevante ao seu estudo”.

Algo importante a esclarecer refere-se ao fato da Teoria Fundamentada nos Dados não se construir a partir de teorias já existentes, ou seja, ela se fundamenta a partir de dados da própria cena social e, ainda, não se tem a pretensão de refutar ou provar o produto de seus achados, mas sim, de acrescentar outras/novas perspectivas para elucidar o objeto investigado. (TREZZA, 2002, p.26).

Algumas considerações são essenciais no que refere a algumas especificidades desta abordagem em relação às demais de cunho qualitativo. Tais considerações, apresentadas sucintamente, no Quadro 3, a seguir, baseiam-se em Dantas (2005), Chenitz e Swanson (1986), Strauss e Corbin (2008), Polit e Hungler (1995) Cassiani, Caliri e Pelá (1996), Santos e Nóbrega (2002), Trezza (2002), Jorge (1997), Bettinelli (2002), Valadares (2006):

QUADRO 2: Algumas especificidades da Teoria Fundamentada nos Dados
A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, uma vez que emergirá da coleta e análise dos dados. A partir destes que direcionará o pesquisador a obter mais informações na literatura.
As hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e análise dos dados e não antes do pesquisador entrar em campo.

As teorias geradas podem ser formais ou substantivas uma vez que são construídas em áreas de pesquisa empírica. Desta forma, o conhecimento constrói-se a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e das ações humanas.

Os dados são coletados e analisados concomitantemente, descrevendo, portanto, as primeiras reflexões no início da fase de coleta. Este processo denomina-se análise constante.

O método é circular e por isso permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, revelada pelos dados que vão entrando em cena.

Trabalha-se com o conceito de amostragem teórica que se refere a possibilidade do pesquisador buscar seus dados em locais ou através do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Assim, pode-se realizar pesquisas em mais de um campo de coleta de dados. Ou ainda, reestruturação dos instrumentos, com mudança no foco das perguntas (no intuito de especificar e explorar a realidade investigada), ou na forma como é questionada de modo a se aproximar do entendimento dos sujeitos e, assim, esgotar o máximo de informações.

Construção de memos ou memorandos consiste numa forma de registro referente à formulação da teoria e podem tomar conformação de notas teóricas²¹, notas metodológicas²², notas de observação²³ e subvariedade delas. Estes são construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados.

O uso da literatura é limitado antes e durante a análise, para evitar sua influência excessiva na percepção do pesquisador, pois a literatura pode dificultar a descoberta de novas dimensões do fenômeno.

²¹ “Quando o pesquisador chegando aos fatos, registra a interpretação e inferências, faz hipóteses, e desenvolve novos conceitos. Estabelece a ligação com outros conceitos já elaborados, fazendo interpretações, inferências e outras hipóteses.” (JORGE, 1997, p.38).

²² “São anotações que refletem um ato operacional completo ou planejado: uma instrução a si próprio, um lembrete, uma crítica a suas próprias estratégias. Referem-se aos procedimentos e estratégias metodológicos utilizados, às decisões sobre o delineamento do estudo, aos problemas encontrados na obtenção dos dados e a forma de resolvê-los”. (*Op. Cit*, p. 38-39).

²³ “São descrições sobre eventos experimentados principalmente através da observação e audição. Contem a menor interpretação possível” (*Op. Cit*, p. 38).

Neste tipo de abordagem não são especificados os quantitativos de sujeitos. O mesmo é delimitado de acordo com o princípio de saturação e amostragem teórica. Bettinelli (2002, p.360) elucida, informando que:

A amostra teórica é o processo de coleta de dados para gerar teorias. Há a coleta, codificação e análise dos dados, e decisão sobre outros é apontar os eventos que sejam indicativos de categorias. A coleta é efetuada até acontecer a saturação teórica, ou seja, até ocorrer a repetição ou a ausência de dados.

Este autor informa ainda que amostragem é fundamental para iniciar o processo gerador de uma teoria, que determina e controla onde será feita a próxima coleta, e sua posterior codificação e análise. O objetivo da amostragem teórica é apontar eventos que são indicativos de categorias. O interesse está em coletar dados sobre o que os participantes do estudo fazem em termos de ação e interação, que nesta pesquisa, consiste na gerência do cuidado. Decide-se então pelos incidentes que deverão ser coletados no próximo passo e onde é possível encontrá-los, ou seja, busca-se o incidente e não as pessoas em si.

Os sujeitos desta pesquisa foram enfermeiros. Os critérios utilizados para seleção destes profissionais, com suas respectivas justificativas, encontram-se no Quadro 4 a seguir:

QUADRO 3: Critérios/justificativas para seleção de sujeitos

- **Aceite em participar do estudo**

Acredita-se na participação voluntária como critério fundamental para a veracidade no transcorrer da coleta de depoimentos. Ao ser voluntária a participação, tem-se a oportunidade de selecionar pessoas que de fato gostariam de participar contribuindo com suas experiências. Outro fato que justifica o caráter voluntário de participação nesta pesquisa, consiste na Resolução 196/96 que define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. A partir do ano de 1996, todas as pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente passam a atender aos seus preceitos que, dentre elas, encontra-se participação voluntária, sem quaisquer tipos de coerção ou suborno.

- **Ser enfermeiro**

A justificativa do critério ser enfermeiro encontra subsídio no interesse de construir um modelo teórico acerca do gerenciamento do cuidado realizado pelo enfermeiro. Assim, torna-se oportuno a busca destes profissionais de modo a colher dos mesmos suas vivências acerca do gerenciamento em enfermagem, desvelando os símbolos e os significados que os mesmos atribuem às suas ações.

- **Ter pelo menos dois anos de experiência na enfermagem**

Este critério, de dois anos, é o parâmetro que acredito ser um tempo satisfatório para que o profissional, trabalhando numa área determinada, tenha condições mínimas de responder sobre ela e de trabalhar nela, tomando suas decisões conscientemente. Cabe lembrar, por exemplo, que os programas de residência em enfermagem, desenvolvem-se por um período de dois anos, qualificando o profissional egresso da universidade, de modo que este se torne um profissional diferenciado e apto para atuar no mercado de trabalho com mais segurança e competência.

Os cenários de pesquisa foram duas instituições de saúde hospitalar, de caráter público, situadas no Estado do Rio de Janeiro. Como forma de adquirir respaldo legal para realizar esta pesquisa e transitar pelas dependências dessas instituições foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa um documento (APÊNDICE – A) com o projeto de tese de doutorado, a fim de obter a devida autorização.

A coleta de dados foi realizada no transcurso do ano de 2007. De acordo com Caliri, Cassiani e Pelá a coleta de dados na Teoria Fundamentada nos Dados, pode ser realizada através de entrevistas, questionários e observações. Tais autoras complementam ainda, que a entrevista permite flexibilidade de questionar o respondente para esclarecimento de pontos essenciais para a compreensão da realidade investigada e avaliar a veracidade das respostas mediante observação do comportamento não verbal do sujeito. Assim, estas poderão ser: estruturada, semi-estruturada ou livre, de acordo com o interesse do pesquisador.

Para esta pesquisa, optou-se pela entrevista semi-estruturada gravada em fita magnética, que de acordo com Wood e Haber (2001, p.179-183) esta faz parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipótese, que interessam à pesquisa, e que,

em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de nova hipótese que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Ressalta-se que, para a construção do modelo teórico desta tese de doutorado, emergiram dois grupos amostrais (A e B) para os quais foram aplicadas entrevistas (APÊNDICE – B e C).

Para a coleta de dados, inicialmente foi encaminhado, conforme relato anterior, um documento para o Comitê de Ética em Pesquisa das instituições de saúde, sob protocolos de números 19/HUGG/CEP e 1703/HUPE/CEP. Mediante a aprovação (ANEXO A e B) e de posse do documento de autorização, encaminhei-me a cada chefia/diretoria de enfermagem das instituições, apresentei-me, bem como o projeto de doutorado, e solicitei auxílio no sentido de encontrar os sujeitos que se enquadrassem nos critérios de meu estudo.

Depois de elucidados todos os aspectos do projeto, bem como respondido a todos os questionamentos inerentes ao objeto de estudo, a gravação da entrevista e a garantia do anonimato por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE – D), solicitava aos sujeitos a participação na condição de sujeito investigado, enfatizando a “importância de sua resposta para o sucesso da pesquisa” (GOLDENBERG, 1999, p.87). Mediante o aceite em contribuir, agendava de acordo com as possibilidades de ambos (sujeito e pesquisadora) uma data, hora e um local apropriado para realização quando da entrevista, e no caso dos questionários, estabelecia uma semana para retornar e recolher os impressos distribuídos.

No caso das entrevistas realizou-se de imediato sua transcrição. Alguns critérios foram utilizados neste processo. A saber:

1. As passagens pouco audíveis foram colocadas entre parênteses com reticências. Ex.: (...)
2. Silêncios foram assinalados por reticências. Ex.: ...

3. As pessoas citadas (pacientes e/ou demais profissionais) foram designadas por iniciais. Ex.: Srº P.C; a enfermeira Y.
4. Palavras com forte entonação, foram grifadas em negrito. Ex.: Precisamos **mudar** a enfermagem...
5. Uma vez terminada a transcrição, o texto foi submetido a um *copidesque*, onde foram abolidas as repetições, corrigidas eventuais erros de português e de pontuação, sem que o sentido do texto fosse alterado.

Ao término da transcrição da entrevista, ela foi entregue ao sujeito para que ele fizesse leitura e, apenas após sua rubrica em cada lauda, ela foi submetida ao processo de codificação conforme preceitos da TFD.

Cabe ressaltar que este processo (coleta dos depoimentos) ocorre concomitante ao processo de análise dos dados, que caracteriza o movimento circular e a comparação constante. Conforme exposto, à medida que os dados foram coletados, eram submetidos à análise concomitante, visando à saturação teórica, que possibilitou a emergência de novos grupos amostrais, conforme o evidenciado constou de dois. Este procedimento, na Teoria Fundamentada nos Dados, denomina-se comparação constante. Ao se verificar a saturação dos dados, ou seja, quando nenhuma outra informação acrescentar ou modificar as já existentes, inicia-se uma análise mais aprofundada e sistematizada de todos os dados dos amostrais.

O movimento circular caracteriza-se pelo ir e vir com os dados, na construção e desconstrução de instrumentos, na construção e desconstrução de hipóteses, confirmando-as ou não, com o objetivo fim de chegar à saturação teórica e ao delineamento do modelo

teórico, através de processo analítico. Strauss e Corbin (1990, p.267) complementam, elucidando que:

Todo processo analítico que neste momento se inicia, tem por objetivo: construir a teoria, dar ao processo científico o rigor metodológico necessário, auxiliar o pesquisador a detectar os vieses, desenvolver fundamentos, a densidade, a sensibilidade e a integração necessária para gerar uma teoria.

Na Teoria Fundamentada nos Dados o processo de análise de dados processa-se por três etapas interdependentes, onde o cumprimento de uma não necessariamente implica em impedimento de retornar à primeira, uma vez que o movimento é circular. Estas três etapas são assim denominadas: **codificação aberta**, **codificação axial** e **codificação seletiva**²⁴.

Antes de especificar cada uma delas, cabe apresentar algumas considerações.

O processo de codificação visa à redução dos dados que, permeada pelo processo de codificação, são fundamentais para se chegar à teoria. A esse respeito Cassiani, Caliri e Pelá (2002, p.83) informam que “a redução das categorias é o meio de se delimitar a teoria emergente. [...] formular a teoria com um grupo pequeno de alta abstração, delimitando a terminologia e texto”.

O processo de análise consiste em conceituar os dados coletados. Esses dados, inicialmente, constituem-se em códigos preliminares, passando a códigos conceituais e posteriormente a categorias e, as categorias podem convergir a fenômenos. A categoria pode ser uma palavra ou um conjunto de palavras que designam um nível elevado de abstração, enquanto os códigos são conceitos que também podem ser expressos por palavras ou siglas que, em conjunto, desvelam o caráter abstrato constituindo as categorias. E, uma categoria pode tornar-se fenômeno, que constitui representações características comuns que conduzem à teoria.

Cabe enfatizar, que as etapas do processo de codificação acompanham a sua construção de modo mais acentuados dos memos ou memorandos, o que facilita a construção

²⁴ Grifo da autora.

da teoria, que conforme elucidado anteriormente, esses memos ou memorandos tomam a conformação de notas teórica, metodológicas, de observação, de reflexão ou uma subvariedades delas.

Esclarece-se, ainda que, visando a otimização e reflexão dos dados, construiu-se um instrumento (APENDICE – E) para facilitar este processo, adaptados dos estudos apreciados acerca da Teoria Fundamentada nos Dados. Este instrumento facilitou a codificação dos dados.

Conforme exposto, a codificação processa-se em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, as quais serão apresentadas a seguir, individualmente.

PRIMEIRA ETAPA: Codificação aberta

A codificação aberta consiste na primeira etapa do processo de análise dos dados, que de acordo com Santos e Nóbrega (2002, p.577), inicia-se o processo de codificação manualmente, ou seja, realizam-se leituras das entrevistas, submetendo-as ao processo de codificação, linha a linha, onde podemos utilizar uma palavra, uma expressão ou frases que expressem a essência do discurso dos depoentes.

Nesta etapa o pesquisador realiza leitura atenta e, a partir das palavras, frases, parágrafos e/ou gestos oriundo da entrevistas, ele examina, reflete, compara, reflete e conceitua. Para cada dado bruto (fragmento da entrevista) atribui-se palavra/expressões formando os códigos. De modo didático, esta etapa consiste em ‘abrir’ o texto (dados brutos) possibilitando uma interação mais próxima dados-pesquisador.

SEGUNDA ETAPA: Codificação axial

Após a realização da codificação aberta, os códigos oriundos dela são reagrupados de novas formas, originando-se os códigos mais abstratos que podemos chamar de subcategoria.

Estes códigos que originarão categorias, segundo Strauss e Corbin (2007) são unidades básicas de análise. Os componentes dos referidos termos conceituais são incidentes e eventos analisados como sinalizadores potenciais de um fenômeno.

As bases da revelação teórica da construção que se descortina partem de certos conceitos que se tornam categorias. Assim, as categorias são conceitos bem desenvolvidos, abstratos, pertencem a níveis superiores e derivam-se de um agrupamento de conceitos, sua classificação parte de níveis inferiores e relaciona-se a um fenômeno particular e específico.

Conforme expresso, o objetivo desta etapa é reorganizar os códigos em um nível maior de abstração. Assim, novas combinações são novamente estabelecidas de modo a formar as subcategorias, que por sua vez serão organizadas compondo categorias, de tal forma, que se inicia o delineamento de conexões primando por explicações precisas dos fatos da cena social em estudo.

Como estratégia para construir as categorias, sugere-se perguntas aos dados, tais como: quando ocorre, onde ocorre, por que ocorre, quem provoca, com que conseqüências. Com estas simples perguntas, auxilia-se o processo de construção de categorias e fenômenos.

Após construir as categorias, elas são comparadas, relacionadas, interconectadas de acordo com o modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (1990, p. 99-107).

Santos e Nóbrega (2002, p.557) ratificam tal modelo, elucidando que “tais procedimentos capacita-nos a pensar sobre os dados e relacioná-los de modo mais complexo, de forma que a resposta de cada um de seus elementos possa garantir a saturação teórica”

Tais elementos podem ser elucidados da seguinte forma, de acordo com Strauss e Corbin (2007, p. 99-107):

- as condições causais são os elementos/ situações que possibilitam o surgimento do fenômeno;

- o fenômeno é a idéia/evento/acometimento central aos quais as ações e interações estão relacionadas;
- o contexto é a especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/ interação;
- as condições intervenientes são constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros;
- as estratégias de ação/ interação são identificadas com o caráter processual (seqüências, movimento, mudanças, dentre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importante também as não-ações; e
- as conseqüências devem ser consideradas como o resultado/ resposta, positiva ou negativa.

Do exposto, cabe enfatizar que este modelo é aplicado para correlacionar categorias, sendo imprescindível para formulação da Teoria Fundamentada nos Dados coletados da realidade investigada.

TERCEIRA ETAPA: Codificação seletiva

A codificação seletiva consiste na terceira etapa, tendo por objetivo, refinar e integrar categorias, desvelando uma categoria que se considere como central, permeando todas as demais, e que consistirá na teoria da pesquisa. No que se refere à teoria, Dantas (2005), Bettinelli (2002), Valadares (2006), Trentini (1987) afirmam que:

- As teorias geradas na TFD podem ser consideradas formais ou substantivas;
- As teorias substantivas são desenvolvidas em áreas de pesquisa empírica;
- As teorias formais existem no nível conceitual de interrogação, explicando um determinado processo que transcende e deriva de várias teorias substantivas;

- As teorias podem ser classificadas de acordo com níveis: meta-teoria, grande porte, médio porte, pequeno porte.
- Meta-teoria: trata de assuntos filosóficos e metodológicos;
- Grande porte: se atém a explicações globais possibilitando o entendimento de um fenômeno sob aspecto mais abrangente;
- Médio porte: mais limitada em comparação as teorias de grande porte;
- Pequeno porte: menos abrangente ainda, quando comparadas às demais;

Assim, na etapa da codificação seletiva todas as categorias são abstraídas, analisadas, refletidas, sistematizadas, interconectadas, na qual o pesquisador encontrará o fenômeno central, que será a categoria central, de onde emergirá a teoria.

A esse respeito Santos e Nóbrega (2002, p.578) ratificam que na última fase do processo de codificação, há a organização adequada de todos os códigos, categorias e subcategorias emergidas de modo a evidenciar a categoria central que nasce mediante a relação harmoniosa desses agrupamentos, tornando-se explícita a experiência vivenciada pelos entrevistados no que tange à construção do modelo conceitual.

A apresentação dos dados em todas as etapas do processo de categorização são apresentadas por meio de diagramas e quadros, facilitando a reflexão sobre os dados. Ressalta-se que, em todas as etapas, deve-se exercitar/realizar pensamento crítico-reflexivo em que a subjetividade deve fluir em todos os momentos a fim de descobrir as pontes de ligação entre as diversas categorias possibilitando dessa forma a integração entre todas as demais.

Por fim, vale ressaltar aspectos relativos a validação dos modelos construídos pela TFD. Conforme refere Bettinelli (2002, p.46) a validação é um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico. Desta forma, após a construção do modelo

teórico, realizou-se a sua validação com outras três enfermeiras, atuantes na profissão, com vivências em âmbito da gerência de enfermagem.

Este processo foi realizado em discussões conjuntas entre a pesquisadora, orientadora e demais enfermeiras, o que tornou rico em termos de lapidação do modelo emergido, dando a ele mais consistência e rigor explicativo que encontra-se detalhado em capítulo subsequentes à apresentação do processo de codificação/construção do modelo.



CAPÍTULO IV:

APRESENTANDO A ANÁLISE DOS DADOS

CAPÍTULO IV: APRESENTANDO A ANÁLISE DOS DADOS: DESVELANDO UM MODELO ALUSIVO AO GERENCIAMENTO DO CUIDAR REALIZADO PELO ENFERMEIRO A PARTIR DE SUAS VIVÊNCIAS EM ÂMBITO HOSPITALAR

4.1 CARACTERIZANDO A AMOSTRA

O presente capítulo visa apresentar e analisar os dados colhidos dos 13 sujeitos participantes deste estudo, de dois hospitais públicos, localizados no Estado do Rio de Janeiro, no transcorrer do ano de 2007.

Esses sujeitos compuseram os dois grupos amostrais dessa tese, para construção do modelo teórico, a saber:

- Grupo Amostral A: 05 enfermeiros; e
- Grupo Amostral B: 08 enfermeiros.

Para caracterização dos entrevistados segue um quadro²⁵ com os principais itens perguntados.

QUADRO 4: Quadro demonstrativo da caracterização do estudo

CARACTERIZAÇÃO	AMOSTRA A	AMOSTRA B	TOTAL
Sexo:	1	2	3
Masculino	4	6	10
Feminino			

²⁵ Foram construídos gráficos ilustrativos da caracterização dos sujeitos dessa pesquisa, os quais encontra-se no apêndice dessa tese.

CARACTERIZAÇÃO	AMOSTRA A	AMOSTRA B	TOTAL
Idade: 21 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos	1 2 2	2 3 3	3 5 5
Tempo de atuação como enfermeira: 2 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos	1 3 1	2 4 2	3 7 3
Cargo ocupado: Chefia Gerente	1 4	1 7	2 11
TOTAL DE PESSOAS ENTREVISTADAS NO GRUPO AMOSTRAL	5	8	13

Fonte: Sujeitos entrevistados (2007)

A caracterização dos sujeitos desse estudo, conforme descreve o quadro 5, aponta para uma maioria pertencente ao sexo feminino, fato este observado nos dois grupos amostrais. No tocante a idade, denota que tanto no grupo amostral A quanto no B, houve maior quantitativo inserido nas idades compreendidas entre 31 a 40 e 41 a 50 anos, totalizando dois sujeitos em cada do grupo amostral A e três em cada do grupo amostral B.

No que se refere ao tempo de atuação na profissão, encontraram-se que, em ambos os grupo, uma maior prevalência compreendida entre 6 a 10 anos de experiência na enfermagem, contabilizando três sujeitos no grupo amostral A e quatro no grupo amostral B. Por fim, ao analisar o cargo ocupado pelos sujeitos desse estudo, a maioria é gerente de enfermarias (total de quatro no primeiro grupo amostral e total de sete no segundo grupo amostral).

No subitem a seguir, será iniciado o processo de codificação dos dados, segundo a Teoria Fundamentada no Dados.

4.2 CARACTERIZANDO OS CENÁRIOS DA PESQUISA

Os cenários, para realização da coleta de dados, consistiram em duas instituições públicas localizadas no Estado do Rio de Janeiro. Os dois hospitais, Hospital Universitário Pedro Ernesto e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, são instituições de referência para diversas especialidades, prestando assistência a população não apenas do Rio de Janeiro, mas a todos os estados brasileiros.

Cabe ressaltar que são instituições que, há mais de meio século, colaboram com a saúde do Brasil, em suas diversas vertentes, em termos do ensino, da pesquisa e da assistência. Tendo em vista aspectos referentes a seu destaque no ensino, pesquisa e assistência, são outorgados o *status* de hospital universitário.

De modo a conhecer de forma objetiva os principais aspectos dos cenários dessa pesquisa, elaborou-se um quadro relativo às características tipo; ano de inauguração, total de leitos, total de atendimento, especialização, total de servidores, dentre outros.

Segue quadro com as principais características das instituições que consistiram no cenário de coleta de dados para a construção do modelo teórico da tese.

QUADRO 5: Quadro demonstrativo da caracterização dos cenários da pesquisa

CARACTERÍSTICAS	CAMPO 1: HUPE	CAMPO 2: HUGG
ANO DE INAUGURAÇÃO	1950	1929
FINS LUCRATIVOS	Não	Não
TOTAL DE LEITOS	600	320
ATENDIMENTOS	Cobertura assistencial estimada de 1.000.000 (um milhão) de habitantes.	Ambulatórios para um mil atendimentos diários
POSIÇÃO DA INSTITUIÇÃO	Centro de Excelência e Referência para o Estado do Rio de Janeiro na área de Ensino e Saúde.	Instituição de grande porte e referência do Ministério da Saúde para a formação de Anátomo-Patologistas especializados em AIDS.
ESPECIALIDADES	DIVERSAS ESPECIALIDADES ²⁶	DIVERSAS ESPECIALIDADES ²⁷
LOCALIZAÇÃO	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte: HUPE: <http://www.hupe.uerj.br/>. Acesso em: 03 fev. 2008.

HUGG: <http://www.funrio.org.br/hugg/index.htm>. Acesso em: 03 fev. 2008.

²⁶ ESPECIALIDADES (HUPE): Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Clínica de Hipertensão (CLINEX), Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Diabetes e Metabologia, Doenças Infecto Parasitárias, Endocrinologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Laboratório de Cirurgia Experimental (LCE), Medicina de Adolescente (NESA), Medicina Integral I, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Puericultura, Pneumologia e Tisiologia, Propeidêutica Médica, Proctologia, Psicologia Médica, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia.

²⁷ ESPECIALIDADES (HUGG): Alergia/Imunologia, Cardiologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Dermatologia, DIP, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Homeopatia, Medicina Familiar, Medicina Psicossomática, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia.

No subitem a seguir, será iniciado o processo de codificação dos dados, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados.

4.3 APRESENTANDO O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO: FAZENDO EMERGIR OS CÓDIGOS, AS SUBCATEGORIAS, AS CATEGORIAS E O FENÔMENO DA PESQUISA

Este tem o objetivo de apresentar de forma sistematizada, a realização do processo de codificação de dados dessa tese de doutoramento.

As exaustivas leituras e reflexões acerca do material transcrito, concatenado ao aporte do referencial adotado, em especial, no que tange ao movimento circular e comparativo, possibilitaram a compreensão dos significados atribuídos à gerência do cuidar, por enfermeiros.

As pessoas, quando da perda de seu equilíbrio orgânico, buscam por soluções, de modo a resolver suas enfermidades. Desta forma, um dos meios buscados, consiste nos serviços de saúde. Nessas instituições, encontramos, dentre outros profissionais, o enfermeiro, um dos principais responsáveis pela recuperação deste indivíduo, em especial, quando se trata da necessidade de internação hospitalar.

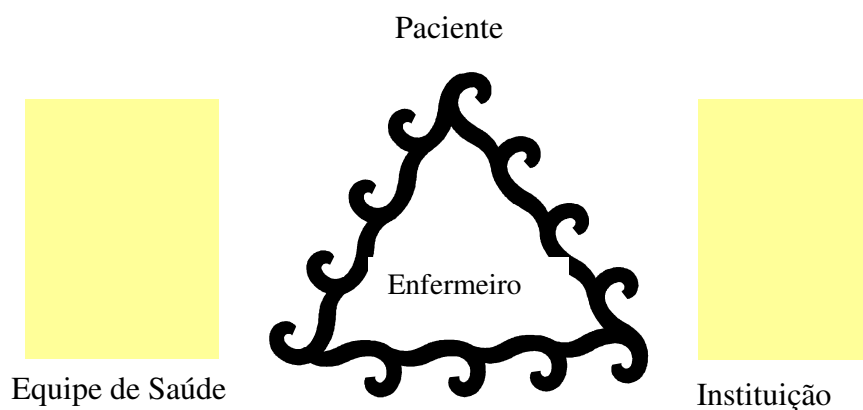
Frente a essa demanda, o enfermeiro desenvolve as suas atividades voltadas para esse paciente internado, onde usa, constrói, desconstrói e reconstrói símbolos dotados de significados que possibilitam o desencadear do gerenciamento do cuidado. Este profissional, devido à complexidade de suas ações, utiliza estratégias que possibilitam a resolutibilidade das necessidades sentidas e não sentidas pelo/do paciente.

Os recursos humanos em enfermagem consistem num dos maiores quantitativos no âmbito das instituições de saúde, haja vista seu papel na assistência direta e indireta ao paciente, durante todo o período do dia.

O processo de gerenciamento do cuidado pelo enfermeiro é algo dinâmico, que se assenta numa tríade que valoriza a equipe de saúde, a instituição e o paciente, onde todos se encontram em constante relacionamento, favorecendo a construção de símbolos e significados decorrentes das interações. Importante ressaltar que o enfermeiro encontra-se no centro dessa tríade estabelecendo relações/interações.

Desta forma é importante ressaltar que o enfermeiro age tendo como base o significado, que é consequência da interação com vários e diferentes elementos, sofrendo influencia direta da consciência reflexiva, gerando atributos para a gerência do cuidado, que são sobretudo, símbolos.

Representação esquemática do estabelecimento das relações/ interações enfermeiro, paciente, instituição, equipe de saúde



Outros aspectos que merecem destaque refere-se a análise e a comparação constante dos dados associadas à sensibilidade teórica possibilitaram a compreensão dos significados das ações e interações que o enfermeiro desenvolve ao gerenciar o cuidado em ambiente hospitalar. Por sua vez, este demonstra sua vivência baseada numa busca por novas formas de reconstruir o gerenciamento do cuidado, que demanda deste profissional, habilidades e competências visando o cliente, à instituição e à própria posição profissional.

O processo de codificação possibilitou a emergência de cinco categorias, quais sejam:

- Relacionando-se com o ser paciente gerador da gerência do cuidado
- Discutindo o cenário de realização do cuidado
- Buscando formas de gerenciar o cuidado
- Convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado
- Refletindo sobre as repercussões do cuidado gerenciado pelo enfermeiro

Dar-se-á início a apresentação de cada categoria, com seus respectivos códigos conceituais, de modo a sistematizar o delineamento do modelo teórico construído nesta pesquisa.

CATEGORIA 1: RELACIONANDO-SE COM O SER PACIENTE GERADOR DA GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias:

- APROXIMANDO-SE DO SER PACIENTE,
- TENDO QUE FAZER O CUIDADO,
- EXISTINDO O CUIDADO, e
- FRAGMENTANDO O CUIDADO.

Pode-se dizer que representa o início do processo de gerenciamento do cuidado pelo enfermeiro, no que concerne à questão interacional.

Para que o enfermeiro possa estabelecer suas ações, sejam elas gerenciais ou assistenciais, deve ter o paciente buscado os serviços de saúde, uma vez que se trabalha na perspectiva do gerenciamento do cuidado em âmbito hospitalar.

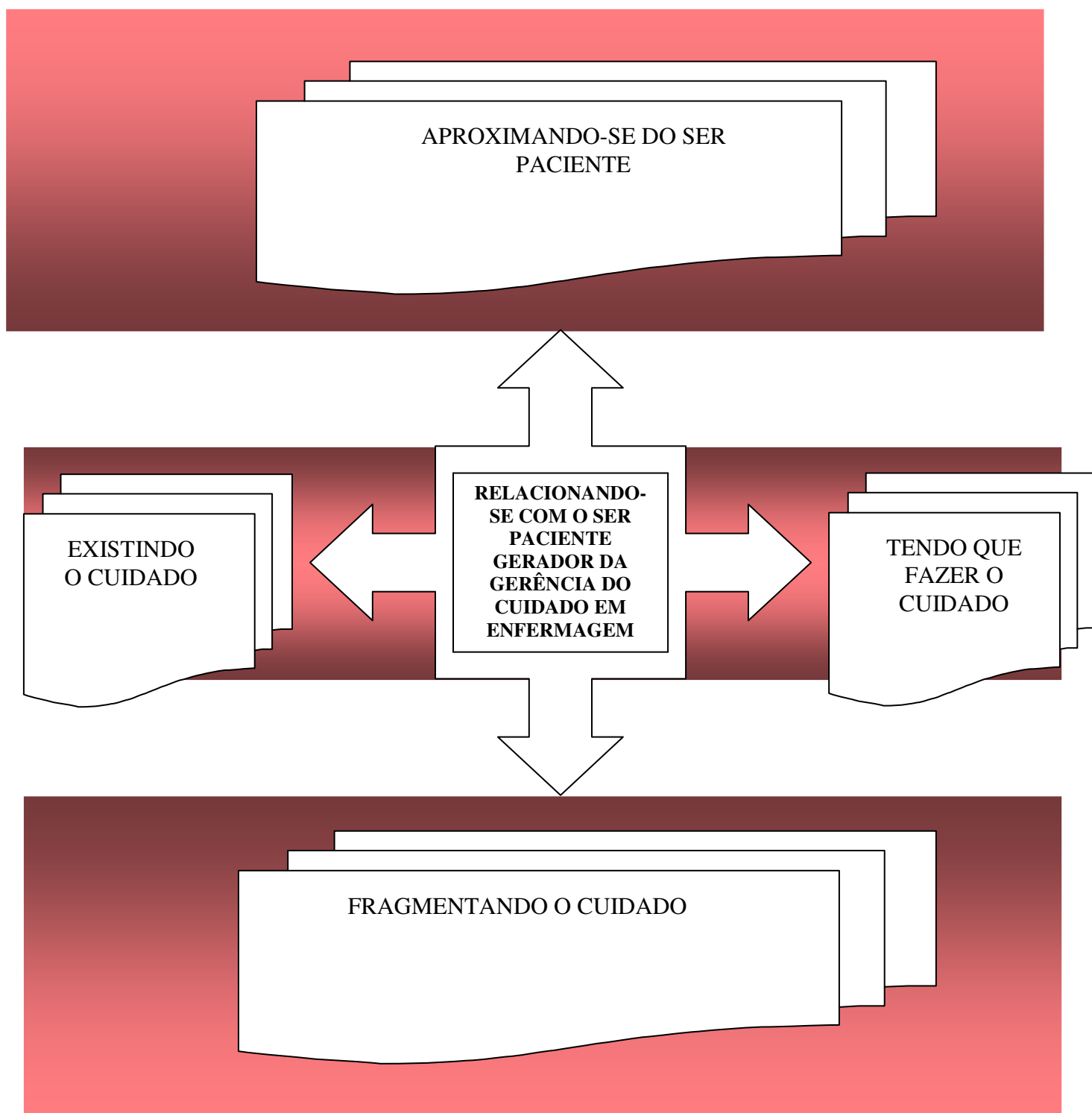
Desta forma, o relacionar do paciente com a organização marca um dos pontos fundamentais para iniciar o desencadeamento da construção dos símbolos e significados referentes à vivência do profissional de enfermagem concernente à gerência de enfermagem realizada nesse cenário.

Tal momento representa um período inicial para as ações gerenciais do cuidar, caracterizando-se por momentos de tensão, realização, delegação e busca incessante pela melhoria da assistência prestada.

Existe, portanto, a preocupação com as bases da profissão em âmbito hospitalar, em relação às ações a serem prestadas, haja vista questões sócio-político e econômicas que interferem na dinâmica organizacional fazendo com que a equipe de enfermagem em alguns de seus aspectos, não aconteça de acordo com os ditames pré-estabelecidos e ensinados na academia.

Percebe-se, portanto, a preocupação dos sujeitos em termos da realização do cuidado, em especial no que se refere à excessiva delegação de ações. Isso ocorre não pelo interesse do enfermeiro, mas pelas condições em que se encontram dentro da instituição.

DIAGRAMA 1: RELACIONANDO-SE COM O SER PACIENTE GERADOR DA GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM



APROXIMANDO-SE DO SER PACIENTE pode ser entendido como o primeiro passo no processo de gerenciamento do cuidado. O enfermeiro ressalta a importância de conhecer o paciente para a realização de uma gerência diretiva, estabelecida dentro das necessidades da clientela. Os códigos que compõem essa subcategoria encontram-se, a seguir:

QUADRO 6: APROXIMANDO-SE DO SER PACIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecendo vínculos • Estando junto • Relacionando-se • Conversando com o paciente • Ouvindo o paciente atentamente • Precisando ver o paciente • Tendo que avaliar o paciente • Tendo que estar perto para gerenciar • Tendo a gerência como aproximação 	<ul style="list-style-type: none"> • Precisando olhar a ferida • Avaliando a úlcera • Fazendo a gerência baseado na necessidade do paciente • Vendo a necessidade de interação para realizar a gerência • Aproximando-se do paciente • Estando perto do paciente • Trocando idéias com o paciente

Outro fato importante reside na preocupação desses enfermeiros em conhecer seu paciente para delineamento das ações do cuidado. É através da relação que construímos os meios necessários para realização de atividades, que é considerada pelos sujeitos como premissa para o processo do gerenciamento do cuidado. Alguns depoimentos são encontrados a seguir.

Tudo o que fazemos aqui é cuidar... Seja com o paciente ou para o paciente. É muito dinâmico. Para fazer a gerência do cuidado temos que estar perto, temos que ver, pois só assim poderemos chegar bem próximo das necessidades dele. (Enfa 1,2)

A gerência por mais que soe para alguns como distanciamento, pra mim é aproximação. Só consigo gerenciar se eu estiver junto daquele que precisa de meus cuidados. (Enfa 4,2)

TENDO QUE FAZER O CUIDADO refere-se ao próximo passo após a interação com a clientela. O ter que fazer o cuidado é citado como a busca pela resolutibilidade das necessidades do paciente baseado naquilo que para ele é importante, bem como aquilo que é pontuado pelo enfermeiro na aplicação do conhecimento científico para restabelecimento de alguma desordem de saúde. Os códigos que compõem essa subcategoria são encontrados, a seguir.

QUADRO 7: TENDO QUE FAZER O CUIDADO	
<ul style="list-style-type: none"> • Precisando cuidar • Tendo que agir • Sentindo a necessidade de fazer alguma coisa • Tendo os cuidados como prioridades • Não podendo deixar a punção para depois • Realizando curativos • Realizando punções venosas difíceis • Realizando punções que auxiliares não conseguem • Realizando cuidados invasivos tais como cateterismo, sondagem entérica • Realizando cuidados que exijam o conhecimento do enfermeiro, quando possível • Exemplificando cuidado do enfermeiro: nutrição parenteral, procedimentos invasivos, passagem de sonda • Realizando cuidado de maior complexidade • Realizando cuidados que exijam 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo que se dividir em mil • Vendo que o paciente precisa de cuidado • Executando ações • Cuidando de acordo com a necessidade • Fazendo a escala de serviço • Tendo que trocar o curativo agora • Realizando procedimentos de enfermeira • Desenvolvendo atividades em enfermarias e quartos • Pontuando algumas atividades realizadas quando da possibilidade: cateter vesical, nasoentérico, auxílio a punções profundas, curativos, evoluções • Realizando atividades de cuidados corporais • Realizando medicações • Verificando como os pacientes passaram a noite • Realizando cuidados diretos • Listando atividades realizadas após

<p>maior conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Checando paciente • Pontuando as atividades que realiza: (...) aprazamento • Planejando o cuidado direto 	<p>receber plantão: visita rápida aos pacientes, (...), checagem de exames e jejuns, procedimentos de enfermeira (cuidados diretos), (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificando atividades pendentes para fazer
--	--

Assim, TENDO QUE FAZER O CUIDADO é encarada como uma das principais responsabilidades do enfermeiro no hospital, onde deve prover meios para que o paciente possa ser bem assistido e principalmente cuidado. Esse cuidado é citado como algo que não depende apenas de recursos, mas de um bom senso para que o paciente tenha um melhor e mais rápido estabelecimento. Alguns dos depoimentos que fundamentam essa subcategoria são:

Aqui é assim: precisou tem que fazer... O paciente não pode ficar esperando (Enfa 4,1)

Faço o meu trabalho dentro do possível pois, por mais que tudo falte, o cuidado em si não pode faltar, se tem tudo para fazer, então por que deixar para depois? Se tiver que trocar o curativo vai trocar agora, pois mais tarde o paciente vai comer... E aí? É por isso que às vezes paciente não come no hospital, pois não se tem um planejamento e se faz curativo na hora da comida ou pior, se troca fraldas... (Enfa2,1)

realização de cuidados invasivos que requerem uma atenção maior para com o paciente, tal como: um cateterismo, uma sondagem para dieta entérica... Os demais cuidados são realizados pelos técnicos de enfermagem que supervisiono. Em linhas gerais, o que faço é isso. (Enfermeiro 3, 1)

Esporadicamente eu dou assistência direta ao cliente, tais como desenvolvimento de cuidados que exijam o conhecimento do enfermeiro, dentro da medida do possível a gente atende, como por exemplo: curativos mais sofisticados que exijam conhecimento eu os faço, nutrição parenteral, procedimentos invasivos, passagem de sonda, enfim, todo cuidado que envolve uma maior conhecimento, complexidade,...
(Enfermeiro 1, 1)

EXISTINDO O CUIDADO significa a realização das ações idealizadas pelo enfermeiro. Desta forma ao estabelecer processo interacional essa clientela demandará de necessidades que precisarão ser avaliadas por este profissional que, em seguida, em consonância com sua equipe, disporá dos melhores recursos para a ocasião fazendo o cuidado acontecer, seja por meio de recursos intangíveis ou tangíveis.

QUADRO 8: EXISTINDO O CUIDADO	
<ul style="list-style-type: none">• Vendo o paciente restabelecendo-se• Proporcionando meios para a realização do cuidar• Vencendo barreiras para o cuidado existir• Querendo fazer o cuidado• Valorizando o cuidado em detrimento das ações burocráticas	<ul style="list-style-type: none">• Vendo os resultados do cuidado• Sendo importante a execução do cuidado• Vendo o restabelecimento do paciente• Fazendo um cuidado criativo• Usando a criatividade para a existência do cuidado

Segue alguns depoimentos dessa subcategoria:

Gosto muito do meu setor, de minha equipe... Apesar das dificuldades precisamos vencer barreiras, ser criativo, para que o cuidado possa existir. (Enfa 5, 2)

Aqui sei que é errado, mas não temos tempo para registrar tudo o que fazemos, aprendi que vale o que está escrito, mas se escrevo não faço o cuidado acontecer, não adianta ele ficar no papel... Precisamos de mais pessoas na assistência... (Enfa 6,2)

Em relação à subcategoria FRAGMENTANDO O CUIDADO encontramos que o enfermeiro somente consegue a realização do cuidado mediante sua fragmentação. Fragmentação esta que fica evidenciada no cotidiano hospitalar entre os demais integrantes da equipe de enfermagem. Esses cuidados são feitos, em sua maioria, pelo técnico e auxiliar de enfermagem quando é referenciado como cuidado direto. Os enfermeiros dividem os cuidados com os técnicos e às vezes, tendo em vista a necessidade do setor, todo o cuidado direto fica a cargo dos profissionais de nível médio, restando ao enfermeiro a sobrecarga do trabalho administrativo, que por diversas vezes é pontuado como o principal fator de afastamento do cuidado direto aos pacientes sob sua responsabilidade.

Alguns dos códigos estão listados a seguir, compondo esta subcategoria.

QUADRO 9: FRAGMENTANDO O CUIDADO	
<ul style="list-style-type: none">• Delegando tarefas• Não dando para fazer tudo• Tendo que dividir atividades• Precisando de uma equipe bem treinada para o cuidar	<ul style="list-style-type: none">• Fazendo a escala de cuidados• Tendo que fracionar os cuidados• Tendo a necessidade de dividir o cuidado direto

Esta subcategoria pode ser fundamentada a partir dos depoimentos de alguns dos enfermeiros participantes:

Por conta da falta de pessoal temos que delegar as atividades mais do que nunca (Enfa 2, 2)

Em todo lugar é assim, o auxiliar e técnico devem ser bem treinados para poder fazer os cuidados como se fossem a gente... nos não temos tempo... é muita cobrança... tem dias em que só consigo dar atenção direito aos pacientes mais graves (Enfa 3,2)

CATEGORIA 2: DISCUTINDO O CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

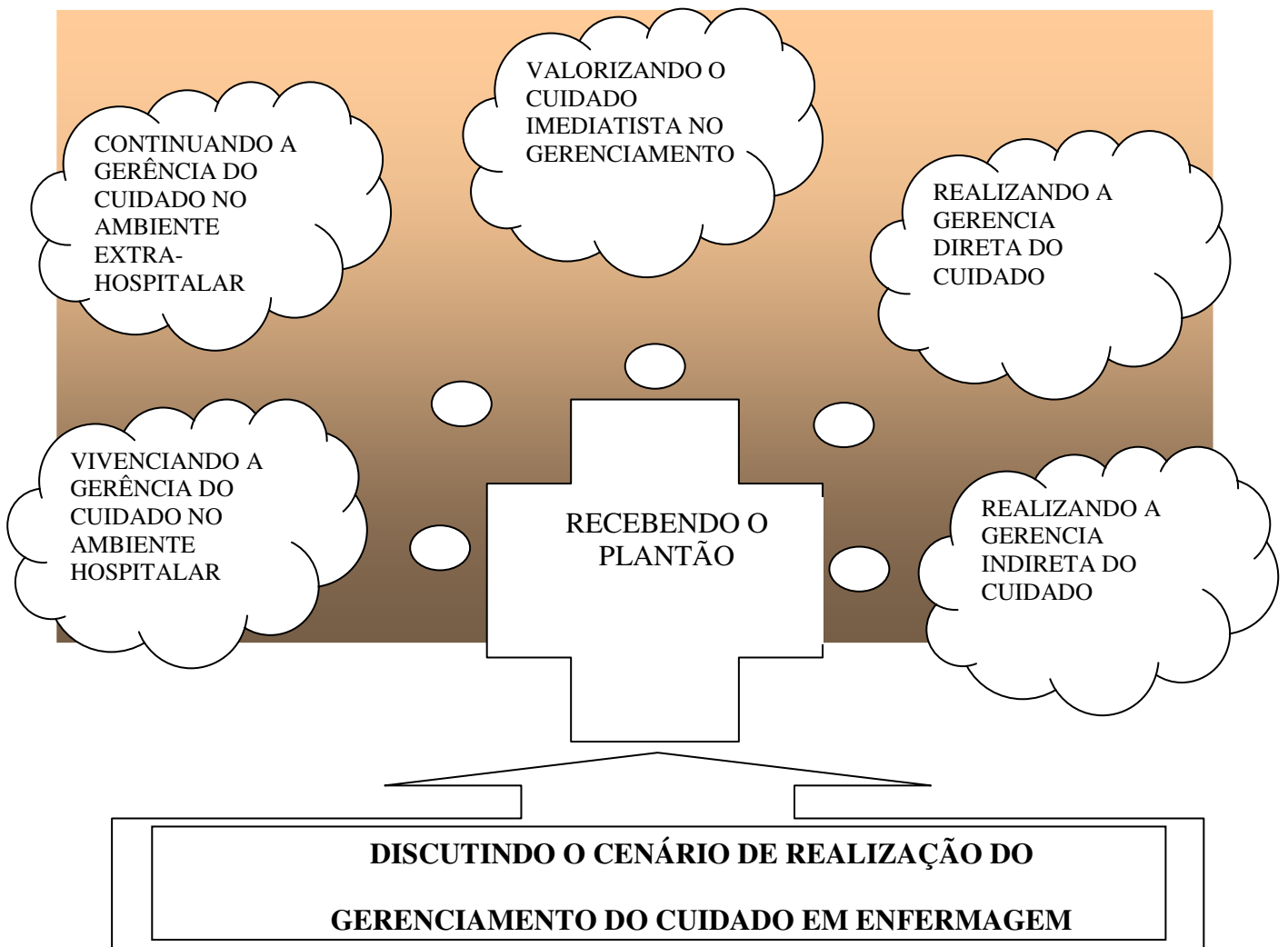
Esta categoria reflete o palco para realização do cuidado. Pode ser verificado através dos significados apreendidos que a gerencia do cuidado não acontece apenas em âmbito hospitalar, contudo, se mantém junto a esse enfermeiro, quando afirmam que por mais que tentem, não conseguem se desligar do ambiente do cuidado.

Outras questões encontradas nesse cenário social refere-se a ampliação de interações onde o enfermeiro estabelece vínculos com demais membros da equipe de saúde. Dentro desse processo de cuidar e gerir cuidado relacionam-se com os demais profissionais da saúde, ampliando sua rede de interações e mostrando-se (o seu trabalho) para a organização e para a sociedade como um todo.

Esta categoria é composta das seguintes subcategorias, a saber:

- RECEBENDO O PLANTÃO,
- VIVENCIANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR,
- CONTINUANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR,
- REALIZANDO A GERÊNCIA DIRETA DO CUIDADO,
- REALIZANDO A GERENCIA INDIRETA DO CUIDADO E VALORIZANDO O CUIDADO IMEDIATISTA NO GERENCIAMENTO.

DIAGRAMA 2: DISCUTINDO O CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM



RECEBENDO O PLANTÃO é uma subcategoria que consiste no *start* para início do trabalho do enfermeiro, que só termina quando ele consegue resolver as ações pendentes. Assim esta categoria expressa um dos principais passos realizados pelos enfermeiros em âmbito hospitalar, onde a partir das informações colhidas durante a troca de equipe o enfermeiro angaria dados para planejar o transcurso de seu plantão.

Esta é subsidiada, tendo em vista alguns códigos a seguir.

QUADRO 10: RECEBENDO O PLANTÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Chegando na enfermaria e recebendo plantão • Valorizando o plantão • Fazendo questão de um plantão bem passado • Julgando a passagem de plantão como crucial para a inicio do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo como importante as informações prestadas na troca entre equipes • Sendo o plantão o inicio do trabalho gerencial • Adquirindo informações para realização do planejamento • Sendo importante para o gerenciamento

Seguem alguns depoimentos que fundamentam a subcategoria em questão.

Em relação às atividades eu as descreveria assim: chego na enfermaria, recebo plantão, passo a visita nos pacientes, quando está muito cheio e com muitas pendências priorizo os graves, verifico as necessidades deles, faço a prescrição de enfermagem baseado em um impresso que nós temos aqui e depois os técnicos e auxiliares registram o que nós marcamos enquanto prescrição para fazer... (Enfa 1,1)

As atividades que faço cotidianamente se resumem a atividades mais administrativas que assistenciais. Assim eu julgo a passagem de plantão como ponto crucial para início de meu trabalho. Pelo fato de termos muitos pacientes, se eu não receber bem o plantão muitas coisas podem ficar despercebidas... já construímos impressos para esse momento de modo que informações mínimas sejam registradas a passadas de plantão a plantão.... (Enfa 4,1)

VIVENCIANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR

refere-se a uma subcategoria que expressa a vivência do enfermeiro no contexto de realização de seus cuidados. Essa vivência ora expressa pelos sujeitos ocorre no ambiente em que o paciente se encontra a demandar ações que são necessárias na inclusão do planejamento do enfermeiro. Desta forma, o enfermeiro vivencia o cuidado no ambiente hospitalar que, a partir dos acontecimentos este vai flexibilizando o seu planejamento com vistas a atender as necessidades da clientela internada.

Os códigos alusivos a essa subcategoria podem ser observados a seguir.

QUADRO 11: VIVENCIANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR	
<ul style="list-style-type: none"> • Estando no hospital • Ficando cansada do hospital • Tendo que trabalhar na área hospitalar • Sendo cobrada no hospital • Fazendo os procedimentos num ambiente seguro (hospitalar) • Atentando para o ambiente como foco de realização do cuidado • Organizando o ambiente para o cuidado • Sendo o hospital local para desenvolver cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Sendo o hospital sua outra família • Estando pronta para o cuidado acontecer • Fornecendo estrutura (o hospital) para o cuidado acontecer • Precisando ousar no hospital • Sendo a gerencia de enfermagem parte do contexto hospitalar • Vivendo o cuidado • Sendo o hospital sua outra casa • Fazendo o cuidado no hospital

Seguem alguns depoimentos que fundamentam a subcategoria explicitada.

Além do mais o hospital fornece todos os meios para cuidar do paciente....

(Enfa 5, 2)

Nossa gerência faz parte do hospital, é importantíssima, é o local onde precisamos ousar mais, diversificar.... Falta muita gente e ficamos sobrecarregadas, colocando em risco a vida do paciente..... (Enfa 6, 2)

Costumo dizer que aqui é meu segundo lar.... Aqui tudo é praticamente perfeito para o cuidado acontecer... Tudo é controlado... Por isso que apesar de sermos poucas, mesmo que o técnico não esteja bem treinado e que faça algo errado o hospital fornece meios de intervenção e além do mais eu estou aqui e ali ao mesmo tempo pronta para fazer o cuidado acontecer, (Enfa 8, 2).

A subcategoria CONTINUANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR elucidada o fato das relações da enfermeira em âmbito hospitalar não se findarem com o término do horário de seu plantão. Os enfermeiros continuam um processo mental de trabalho, aonde muito chegam a ponto de ligar para o hospital que acabou de sair para checar atividades que ficaram pendentes. Esta subcategoria expressa, por assim dizer, um ciclo de interações que permanecem mesmo que à distancia, tornando-se uma constante nos discursos dos profissionais entrevistados.

QUADRO 12: CONTINUANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Não se desligando do trabalho• Adiantando atividades de trabalho em casa• Tendo dificuldade de separar• Ficando ligada 24h do dia no trabalho | <ul style="list-style-type: none">• Levando problemas para casa• Preocupando-se com o paciente• Ligando para saber do serviço• Respirando trabalho• Vivendo em casa, mas estando com o pensamento no trabalho. |
|--|--|

Segue depoimentos constituintes dessa subcategoria.

Assim todos os dias quando venho para o hospital, já venho com aquilo na cabeça o que preciso fazer... eu não consigo me desligar... é como se fosse uma pessoa trabalhando pela primeira vez num CTI com diversas bombas ligadas ao mesmo tempo e apitando ao mesmo tempo.... quando você deita elas (as bombas) continuam apitando... Assim, mesmo que eu saia do hospital, a cabeça fica ainda no plantão, no relatório que ainda não terminei, no paciente que foi adiado a cirurgia, enfim... (Enfa 1, 5)

Assim como tenho que chegar cedo para tentar fazer todo o trabalho burocrático que tenho de fazer, às vezes preciso sair tarde ou até mesmo, levar trabalho para casa.... aqui é mais tranquilo, mas mesmo assim, somos muito cobradas pela chefia... (Enfa 2,2)

A subcategoria REALIZANDO A GERÊNCIA DIRETA DO CUIDADO exemplifica códigos que refletem as ações consideradas como direta em termo gerenciais. Todas as ações que o enfermeiro realiza com o paciente ou no paciente são consideradas como aquelas oriundas de um gerenciamento direto do cuidado em que o enfermeiro, mediante uma necessidade observada ele desenvolve os seguintes passos, onde: identifica, objetiva, prioriza,

traça, executa e avalia todo o seu cuidado prestado ao paciente. Cuidados estes traduzidos em procedimentos e técnicas executadas a beira leito, que na maioria das vezes não cabem aos profissionais de nível médio.

QUADRO 13: REALIZANDO A GERENCIA DIRETA DO CUIDADO	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizando curativos • Realizando punções venosas difíceis • Realizando punções que auxiliares não conseguem • Realizando cuidados invasivos tais como cateterismo, sondagem entérica • Realizando cuidados que exijam o conhecimento do enfermeiro, quando possível • Realizando cuidados que exijam maior conhecimento • Verificando total de pacientes internados • Exemplificando cuidado do enfermeiro: nutrição parenteral, procedimentos invasivos, passagem de sonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizando procedimentos de enfermeira • Desenvolvendo atividades em enfermarias e quartos • Pontuando algumas atividades realizadas quando da possibilidade: cateter vesical, nasoentérico, auxílio a punções profundas, curativos, evoluções • Realizando atividades de cuidados corporais • Realizando medicações • Verificando como os pacientes passaram a noite • Realizando cuidados diretos • Realizando cuidado de maior complexidade

Importante ressaltar que, esta subcategoria denota ações que se relacionam ao toque. Essas ações que demandam procedimentos manuais, de contato direto com o paciente, são feitas pelos enfermeiros quando apontam para a necessidade de conhecimento de alta complexidade. No cotidiano da amostra investigada, pelo fato de terem uma demanda grande de procedimentos administrativos, os profissionais de nível superior referem realizar o cuidado apenas quando da impossibilidade de outro membro fazê-lo ou quando o procedimento necessita de um conhecimento mais complexo, integrando o rol de atividades privativas do enfermeiro.

Vale ressaltar que as ações mais enfatizadas pelos enfermeiros foram aquelas que se relacionam ao planejar para mandar fazer, constituindo em ações que se distanciam do toque. Desta forma, nessa linha de codificação, insere-se a subcategoria REALIZANDO A GERÊNCIA INDIRETA DO CUIDADO, cujo quadro com respectivos códigos alusivos a esse tipo de gerenciamento são evidenciados a seguir.

QUADRO 14: REALIZANDO A GERENCIA INDIRETA DO CUIDADO	
<ul style="list-style-type: none"> • Provendo material • Decidindo atividades organizacionais de enfermagem • Providenciando remanejamento quando das faltas • Realizando trabalho de orientação a familiares • Conferindo psicotrópicos • Conferindo material permanente • Conferindo caixa de parada • Conferindo psicotrópico • Resolvendo problemas não apenas de enfermagem em prol do paciente • Administrando a unidade de saúde • Realizando escala de funcionários • Encaminhando prescrições para farmácia 	<ul style="list-style-type: none"> • Listando atividades realizadas após receber plantão: (...), checagem de material, escala de funcionários, (...) • Pontuando as atividades que realiza: montagem de escala, realização senso paciente, (...), abertura de livros • Realizando senso diário • Realizando a escala de serviço • Realização do senso de pacientes internados • Listando as atividades de enfermagem realizadas: checagem de pessoal, paciente verificando nestes últimos os mais graves • Preenchendo papéis

A subcategoria REALIZANDO A GERÊNCIA INDIRETA DO CUIDADO pode ser entendida como a ação primordial do enfermeiro no cotidiano hospitalar em que passa a maior parte de seu tempo no planejamento de ações em que atenta para todas as bases da organização esteja em condições para que o paciente receba a melhor assistência possível. Assim ele cuida do material (prever e prover), recursos humanos, a infra-estrutura, dentre outros.

Salienta-se que dentro de ações que se referem ao gerenciamento do cuidado indireto, algo que foi enfatizado repousa sobre ações que valorizam o coordenar, o planejar, o supervisionar e o avaliar. Tudo que se refere ao tocar este se volta para a execução de profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem), estando o enfermeiro em atividades que se fundamentam no olhar crítico para o paciente seja visita, plano de cuidados. Contudo o fazer, assim conforme ressaltado pelos integrantes da própria equipe de enfermagem ficam a cargo dos profissionais de nível médio em sua maioria, haja vista dificuldades em termos de quantitativos de recursos humanos.

Em todo esse rol de atividades gerenciais sejam elas, de caráter direto ou indireto, os profissionais entrevistados apontam para códigos que constroem ações focadas em princípios deflagradores de ação, quer sejam, quando da existência de um problema, seja ele de cunho direto ou indireto, esse enfermeiro avaliará e realizara de acordo com a necessidade e aparecimento das demandas.

Alguns depoimentos, de ambas as subcategorias anteriormente apresentadas, encontram-se a seguir:

Aqui eu trabalho como plantonista, de 7 às 19 horas, onde faço atividade administrativa propriamente dita tais como: provisão de material, solicitação de material, dentre outras de cunho burocrático... (...)vejo as pendências burocráticas que tem que ser providenciadas, supervisiono a assistência que esta sendo desenvolvida, vejo quem está, quem faltou, caso necessário providencio remanejamento de funcionários, pergunto por intercorrências na enfermaria, enfim, toda uma rotina de supervisão em termos de intercorrências a níveis de manutenção administrativa..... (Enfermeiro 1,1)

Vejo o material da unidade, faço a escala dos funcionários, checo os exames, os jejuns se estão OK, faço procedimentos inerentes da enfermeira, faço os curativos, faço um relatório que contém todas as informações dos pacientes com diagnóstico, tempo de internação, cuidados específicos de enfermagem, controlo os psicotrópicos, etc.
(Enfermeiro 2,1)

Chego todos os dias e checo os profissionais, faço escala de serviço, atuo na seleção de pessoal, coordeno os treinamentos, por mais que tenhamos uma enfermeira responsável por esta função, checo todos os pacientes da maternidade, não só as mulheres, mas também as crianças, para realização de senso e relatório semanal o qual fazemos ao término de cada 7 dias e um geral, que é mensal. Fazemos também um trabalho junto a familiares, em especial às mães de primeira viagem, coordenamos a orientação para essas mães em termos dos cuidados pessoais e do bebê. Isso tudo é registrado. Minha vida é papel, relatório, registros.... Confesso que às vezes fico "louca" com tanto papel em minha mesa..... Enfim, em resumo é isso: minha atividade é voltada para administração, para burocracia, para o papel, sendo mais precisa. (Risos)
(Enfermeiro 5,1)

Verifica-se, portanto, que os enfermeiros referem que ações diretas do cuidar são aquelas relacionadas ao toque, sendo feitas em última instância quando outro membro da equipe não consegue desenvolver ou quando exige conhecimento de alta complexidade por parte do enfermeiro.

Por outro lado, as ações mais enfatizadas pelos enfermeiros foram aquelas que se relacionam ao planejar para mandar fazer, constituindo em ações que se distanciam do toque.

A subcategoria VALORIZANDO O CUIDADO IMEDIATISTA NO GERENCIAMENTO representa as ações de enfermeiros que, por conta de todo um processo de gestão realizado em âmbito hospitalar no tocante sua sobrecarga de trabalho, carecem de valorizar suas ações. Postos a serem ressaltados evidenciam a necessidade de formação e tirocínio para a tomada de decisões. Representa ainda não a desvalorização da enfermagem quanto a seu planejamento, mas evidencia a necessidade de desenvolvimento de habilidades e competências para preverem possíveis circunstâncias negativas no ambiente do cuidado e dessa forma agir em prol do desequilíbrio instalado. Segue quadro com os códigos encontrados.

QUADRO 15: VALORIZANDO O CUIDADO IMEDIATISTA NO GERENCIAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizando ações imediatistas • Baseando decisões de acordo com os problemas que surgem • Valorizando o pensar para ontem • Agindo de acordo com os acontecimentos • Tendo que valorizar cuidado intervencionista 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomando decisões quando do aparecimento de problemas • Resolvendo problemas conforme seu aparecimento • Desenvolvendo prática intervencionista • Tendo que valorizar o cuidado imediato

Só faço aquilo que dá para fazer... Somos muito cobrados em termos administrativos... Temos que priorizar tudo... Não só os pacientes graves, mas as próprias ações administrativas que tenho que fazer. Por exemplo, se tenho escala, relatório e reposição de material, certamente a reposição vai ficar de lado, pois posso jogar com o fato de que se o setor precisar vai ter que me pedir e aí mando o profissional ir pegar... e com isso vou analisando e vendo. Mesma coisa: em meio a tantos pacientes vou fazer os curativos daqueles que são mais graves. Aos demais tenho que delegar a minha equipe que para isso me certifico que sabem fazer direito (Enfa 2,4)

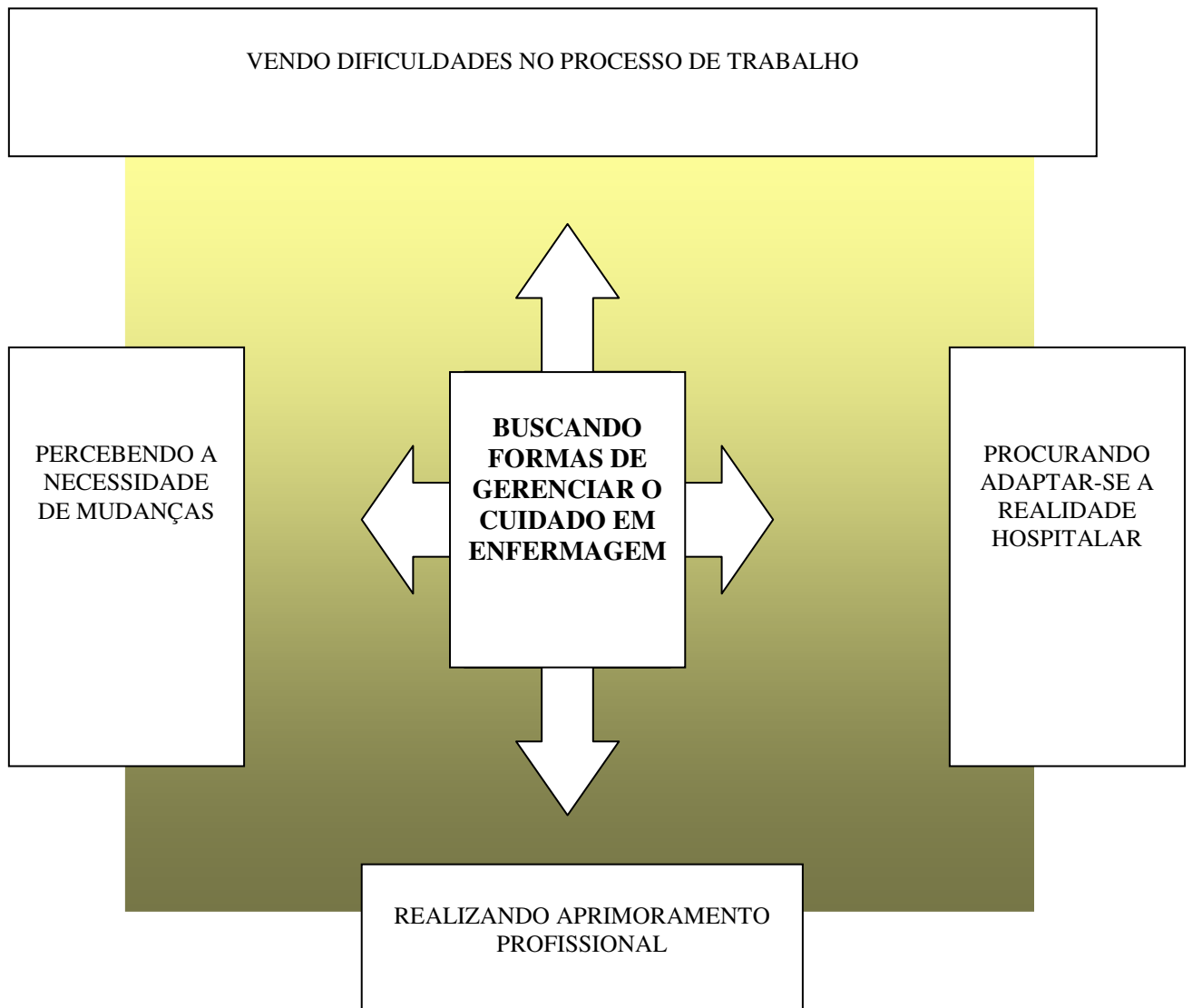
CATEGORIA 3: BUSCANDO FORMAS DE GERENCIAR O CUIDADO EM ENFERMAGEM

Esta categoria representa os meios pelos quais o enfermeiro sente a necessidade de realização para atender a demanda da clientela sob sua responsabilidade. Verifica-se através desta que o enfermeiro tenta de diversas formas fazer seu trabalho, que é árduo, trabalhoso e complexo e por diversas vezes, não compreendido em ambiente hospitalar. Verifica-se que este enfermeiro vale-se de estratégias de modo a possibilitar a existência do cuidado. As formas pelas quais constrói, reconstrói e busca, são evidenciadas a partir dos componentes das subcategorias que compreendem essa categoria, quer sejam:

- VENDO DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO,
- PERCEBENDO A NECESSIDADE DE MUDANÇAS,
- PROCURANDO ADAPTAR-SE A REALIDADE HOSPITALAR, e
- REALIZANDO APRIMORAMENTO PROFISSIONAL.

Segue a ilustração do diagrama 3.

DIAGRAMA 3: BUSCANDO FORMAS DE GERENCIAR O CUIDADO EM ENFERMAGEM



VENDO DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO significa a percepção dos enfermeiros no tocante a seu ambiente de trabalho onde identifica entraves da realização do gerenciamento do cuidar. Desta forma, várias são as dificuldades encontradas que norteiam o caminhar desse profissional, ou seja, dificuldades em termos de tempo, instituição, relacionamento entre equipe, relacionamento consigo mesmo e o próprio paciente. Destas dificuldades, a mais evidente na esfera de trabalho dos sujeitos da pesquisa, reside naquelas da esfera institucional e pessoal (do enfermeiro para consigo mesmo).

QUADRO 16: VENDO DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Não tendo tempo • Tendo dificuldades com a equipe • Tendo que resolver problemas de conflito entre as equipes • Não sentindo incentivação pela direção • Estando desanimado com o sistema • Estando desanimado com baixos salários • Estando desanimado com a profissão • Vendo os fatores desmotivadores interferirem no gerenciamento da assistência • Vendo a falta do conhecimento como um dificultador do processo | <ul style="list-style-type: none"> • Ficando pouco tempo na assistência • Percebendo falta de companherismo • Percebendo falta de união • Precisando dissolver conflitos • Sentindo-se desvalorizado pela instituição • Sentindo-se desvalorizado pelo paciente • Sendo responsabilizada pelas dificuldades do hospital • Sendo responsabilizada pelos atrasos, faltas e problemas no hospital na ótica do paciente • Tendo que colocar papel de desacato para intimidar o paciente |
|---|--|

Segue alguns depoimentos ilustrativos dessa subcategorias.

O tempo que fico na assistência é muito pouco... praticamente, conforme disse, só quando sou solicitada por meus técnicos, nós temos muito trabalho e pouco tempo de chegar ao ponto de ter que levar trabalho para casa... eu fico em casa, às vezes, na minha folga, pensando no trabalho do próximo plantão, às vezes até ligo para saber

como estão os pacientes, não consigo me desligar....existem alguns lugares em que alocam enfermeiros para assistência.... mas mesmo assim, o tempo ainda é pouco, somos poucos.... tem muito trabalho. E a realidade nos hospitais públicos é essa que mostrei no setor ainda pouco, tem muita gente que precisa de cuidado... e nós somos poucos... precisa abrir mais concurso, contratar mais pessoas... (Enfa 6,2)

Temos muito para fazer...você mesmo pode ver... quase não deu para eu receber você hoje... uma outra coisa que me incomoda também é a equipe, às vezes... fico indignada com a falta de companherismo, falta de união... tem lugares por onde trabalhei que so faltava um engolir o outro, mas nos temos que saber levar isso... não podemos deixar que os problemas entre a equipe possa prejudicar a assistência... eu enquanto enfermeira, faço de tudo para que todos se dêem bem... então troco de plantão, tento fazer a escala de acordo com afinidades, enfim... esse é um dos meus papéis.... a administração mesmo, a do papel... (Enfa 8, 2)

A direção até se mostra, mas não incentiva... as vezes em reuniões brigamos para melhorar nossa situação, mas não temos o incentivo, o respaldo... Temos muito trabalho e o pouco que fazemos não é valorizado... até o paciente (ruído) tem paciente que quando está insatisfeito vem querer tirar satisfação com a enfermagem.... se o médico não chegou para passar a visita reclamam com a enfermagem, se a comida não chegou, o problema é da enfermagem, se a roupa não tem ou esta atrasada ou não veio,...enfim, tudo o que acontece aqui, a enfermagem que é a crucificada... o que nos cabe é colocar esses papéis aqui de desacato conforme você está vendo... pelo menos intimida um pouco.... (Enfa 3,2)

A subcategoria **PERCEBENDO A NECESSIDADE DE MUDANÇAS** reflete os sentimentos de enfermeiros para com o seu cotidiano de trabalho onde fica clarificado que os mesmos sentem dificuldades no tocante a realização de seu trabalho. As dificuldades por eles percebidas podem ser assim elencadas subsidiadas em fatores que possibilitam a visualização em âmbito institucional, material, profissional, bem como aquelas referentes ao próprio paciente. Assim, haja vista tais dificuldades essa subcategoria aponta para a reflexão das formas pelas quais esse enfermeiro carece mudar. Os códigos que fundamentam essa subcategoria podem ser visualizados a seguir

QUADRO 17: PERCEBENDO A NECESSIDADE DE MUDANÇAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Estando na hora de mudar • Sentindo necessidade d elibertação • O enfemreiro precisa se colocar mais • Tendo muito paciente e pouco profissional • Tendo escala de 30 paciente para 1 enfermeiro • Querendo lutar pela enfermagem • Precisando estudar mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo necessidae de valorizar a profissão • Percedendo a cecessidade de lançar mão de estratégias para melhorar as condições de trabalho • Tendo que dar conta de atividades que não são d esua competência • Se eu pudesse fazia a enfemragem diferente • Querendo ser diferente

A subcategoria **PROCURANDO ADAPTAR-SE A REALIDADE HOSPITALAR** tem como significado o estabelecimento/ construção de símbolos os quais evidenciam a necessidade de se ajustar as demandas organizacionais haja vista os fatores considerados como entraves desse processo. O gerenciamento ora realizado pelo enfermeiro em âmbito hospitalar tráz a tona diversos aspectos que requerem maior consideração dos princípios que ferem os aspectos éticos e legais da profissão em prol da realização de cuidados aos pacientes, fato este que visa o enquadramento dentro das necessidades da instituição.

Outros itens a serem considerados e que na teia de significados apreendidos encontram-se na esfera de âmbito particular que faz com que esse enfermeiro busque meios de adequar-se as demandas institucionais. Podem ser citados como exemplos dessas questões o medo de ser mandado embora bem como a dificuldade de encontrar um novo local de trabalho.

Os códigos que compuseram esta subcategoria serão apresentados no quadro, a seguir:

QUADRO 18: PROCURANDO ADAPTAR-SE A REALIDADE HOSPITALAR	
<ul style="list-style-type: none"> • Fazendo improviso para o cuidado acontecer • Fazendo o cuidado mesmo sem o material necessário • Criando para cuidar • Cuidando sem recursos pois acredita na improvisação • Fazendo improviso • Aprendendo muita coisa no dia a dia diferente na teoria • Precisando adaptar conteúdo acadêmico ao cotidiano do enfermeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • O dia-a-dia mostrando o caminho a se percorrer • Sendo cobrados e tendo que dar resultados • Tendo que dar conta do serviço • Tendo que se adaptar as situações • Adaptando a rotina a necessidade do paciente • Adaptando a rotina a necessidade do serviço • Valorizando o serviço • Precisando adaptar conteúdo teórico a prática

Aqui, por muitas das vezes, se faz um improviso para o cuidado acontecer... é muita coisa que temos que realizar, tanto com o paciente, quanto para o paciente.... as vezes não tem impresso, aí temos que dar conta... Se a comida ainda não chegou, se a roupa de cama ainda não chegou... tudo somos nós quem resolvemos.... temos que nos adaptar às situações ter calma para não nos aborrecermos... fazemos coisas de outras profissões, somos cobrados por coisas que outros profissionais deveriam fazer e por motivos próprios não fazem ou atrasam os serviços como a rouparia, a nutrição, a farmácia etc... mas também sei que lá também falta gente e material, às vezes.... mas tudo recai sobre a enfermeira... (Enfa 1,2)

Essa rotina que estou te dizendo muita das vezes tenho que adaptá-la para a necessidade do paciente e principalmente do serviço. As vezes não consigo fazer nada disso que eu estou dizendo a você e aí é complicado, tenho que valorizar o serviço, e é aí que muitas das vezes meus técnicos trabalham no cuidado sozinhos so entro quando eles me solicitam... (Enfa 5,2)

Aprendemos muita coisa, mas o dia-a-dia é que te dá a base... muitas das teorias que aprendemos, quando chegamos na pratica precisamos adaptar... o enfermeiro não nasce sabendo, aliás ninguém... mas o dia a dia mostra a ele o caminho das pedras... basta querer...(Enfa 7,2)

A subcategoria REALIZANDO APRIMORAMENTO PROFISSIONAL consiste numa outra forma desse enfermeiro buscar por estratégias de ajuste de sua gerência ao contexto organizacional. O aprimoramento profissional consiste num dos pilares básicos que qualquer profissional deve demandar de modo que esteja em consonância com as perspectivas contemporâneas de sua profissão. Esta subcategoria alenca códigos que possibilitaram a evidência do fator conhecimento como algo preponderante para a construção de novas formas de gerenciamento de enfermagem bem como o alicerce para uma melhor visibilidade do seu papel de gerente em quaisquer instâncias laborativas.

Os constructos emergidos desse componente são apresentados no quadro a seguir.

QUADRO 19: REALIZANDO APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Referendo ser importante o conhecimento• Precisando de aperfeiçoamento• Precisando fazer mestrado, doutorado• Precisando fazer especialização• Precisando conhecer para rever a pratica• Precisando do conhecimento para se posicionar melhor na profissão | <ul style="list-style-type: none">• Necessitando estudar e adequar os estudos a realidade• Devendo aplicar os estudos na pratica• Tentando o mestrado• Tendo que aplicar a gerencia que aprende na universidade• Tendo que ser como uma águia• Nunca parar de se aperfeiçoar |
|---|---|

Vejo o enfermeiro hoje como um profissional que precisa do constante aperfeiçoamento através de especialização, mestrado doutorado, onde ele precisa rever sua prática. ... precisamos estudar e adequar esse estudo, pois não adiante ficar no blá, blá, blá, se após não se aplica em nada. (Enfa 4,2)

O enfermeiro gerente deve empregar bem a gerência que ele aprende na universidade e ser como uma águia, olhar as coisas de cima, antever situações... para isso ele precisa do conhecimento e nunca parar de se aperfeiçoar... (Enfa 3,2)

CATEGORIA 4: CONVIVENDO COM AS BARREIRAS E FACILIDADES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

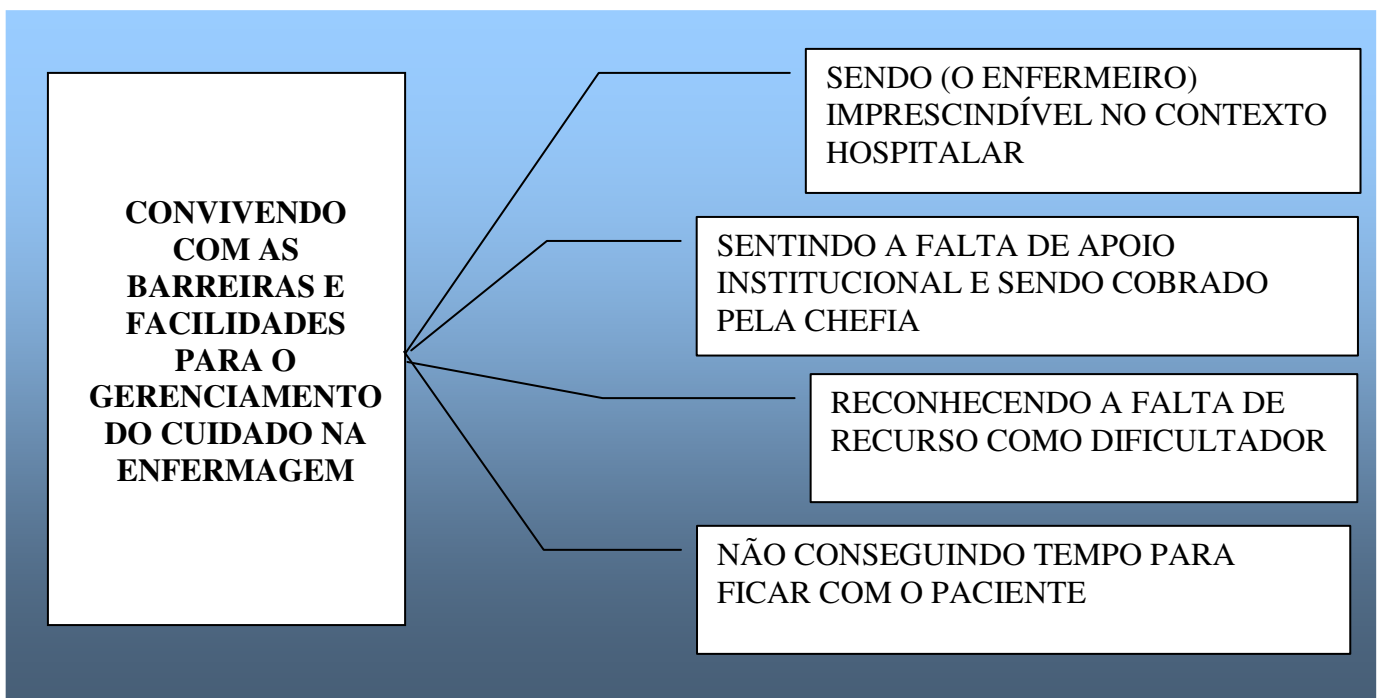
Esta categoria apresenta subcategorias as quais apontam para as barreiras e facilidades que o enfermeiro defronta no tocante do seu gerenciamento. Tendo em vista o estabelecimento de gerações esta fica potencializada pela construção dos processos interacionais que emergem do cotidiano organizacional. Muitas das questões evidenciadas apontam para aspectos no âmbito de barreiras que devem ser transpostas de modo que o profissional enfermeiro possa exercer em contexto hospitalar suas atividades em consonância a sua formação acadêmica em prol dos aspectos educacionais em âmbito brasileiro

Observar também que muitos dos significados apontam para reflexões em âmbito de fatores potencializados que contribuem para a realização do gerenciamento do cuidado em enfermagem. Vale ressaltar que esse gerenciamento em caráter totalitário abrangente e holístico que abarca o paciente em todos os seus campos contudo encontrando-se falhas haja vista os significados baseados nos símbolos encontrados quando se discutiu as dificuldades que o enfermeiro enfrenta nesse processo.

Por fim, relata-se ainda que, a construção do esclarecimento da construção esse categoria é fundamentada em subcategorias as quais podem ser assim nomeadas:

- SENDO (O ENFERMEIRO) IMPRESCINDÍVEL NO CONTEXTO HOSPITALAR,
- SENTINDO AFALTA DE APOIO INSTITUCINAL E SENDO COBRADO PELO CHEFIA,
- RECONHECENDO A FALTE DE RECURSO COMO DIFICULTADOS, e
- NÃO CONSEGUINDO TEMPO PÁRA FICAR COM O PACIENTE.

DIAGRAMA 4: CONVIVENDO COM AS BARREIRAS E FACILIDADES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM



A subcategoria SENDO (O ENFERMEIRO) IMPRESCINDÍVEL NO CONTEXTO HOSPITALAR, emerge como significado, a percepção do enfermeiro a respeito de seu papel no contexto institucional. Verifica-se, através dos depoimentos, a importância do enfermeiro no contexto de realização das ações de enfermagem.

O enfermeiro é a figura imprescindível para o existir e para o transformar a enfermagem. Ele é o responsável por todos os acontecimentos dentro da profissão. Ele é o responsável quando o serviço flui bem ou apresenta intercorrências... Ele é o responsável por fazer acontecer, existir a enfermagem..... Portanto urge a necessidade de consciência por parte de todos os profissionais para o seu agir de modo a delinear perspectivas futuras positivas para a profissão de enfermagem... (Nota do pesquisador)

Cabe ressaltar que as construções emergidas que se referem as percepções denotando o fazer dos técnicos de enfermagem em ações tidas como do enfermeiro não devem ser consideradas como algo natural, nos cenários investigados. Contudo, deve ser encarado com uma rede de significados necessários para o desenrolar do gerenciamento cujo trabalho acontece em equipe.

Ressalta-se ainda que tendo em vista as questões subsidiadas pelos códigos de ética, possibilita a qualquer profissional agir em questões emergenciais fato esse por hora observado que por uma necessidade principalmente de recursos humanos muitos profissionais de nível médio são destacados para realização propriamente dita do cuidado direto ao paciente em detrimento do profissional de nível superior que se volta para as ações de cunho indireto na esfera do planejar, organizar, delegar ,executar e avaliar.

Assim, por mais que se encontrem os profissionais de nível médio com destaque na esfera do fazer, o enfermeiro é o profissional responsável pela enfermagem, sendo uma peça imprescindível/fundamental para que todo o gerenciamento em enfermagem possa acontecer.

Os códigos que definem tais significados são encontrados a seguir.

QUADRO 20: SENDO (O ENFERMEIRO) IMPRESENDIVEL NO CONTEXTO HOSPITALAR	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizando a gerência do papel na maternidade • Trabalhando em outra instituição • Trabalhando no setor de clinica médica • Dobrando no serviço • Trabalhando em outro hospital • Possuindo outro vínculo empregatício • Destacando como objetivo principal de seu trabalho o cuidar • Trabalhando no setor de clínica médica • Trabalhando em maternidade • Trabalhando de segunda a sexta-feira • Trabalhando como plantonista • Não levando em consideração a carga horária do outro emprego • Tendo que dobrar • Trabalhando 12 horas • Fazendo 36 horas • Trabalhando em outra instituição • Possuindo outro vínculo empregatício • sendo líder • sendo tranqüilo • ouvindo a equipe • ajudando a equipe • Necessitando (o enfermeiro) conhecer todos seus funcionários • Necessitando (o enfermeiro) cultivar clima de integração entre membros 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuindo outro vínculo empregatício • Desenvolvendo atividades de clinica medica • Fazendo 24 horas • Trabalhando no setor de maternidade • Pertencendo ao setor de maternidade • Trabalhando desde a inauguração do hospital • Pertencendo ao hospital desde sua fundação • Trabalhando 24 horas • Tendo rotina de clínica médica • Trabalhando em outro hospital • Possuindo outro vínculo empregatício • Tendo rotina de clínica médica • Trabalhando em esquema de plantão • Trabalhando como plantonista • Tendo que dobrar • Trabalhando como plantonista • Trabalhando em clínica médica • Trabalhando como rotina • Cuidando da equipe dentro de suas atribuições e competências • Enfatizando a importância da equipe • Apaziguando conflitos entre membros da equipe • Preocupando-se com a equipe Buscando melhores condições de trabalho em união com a equipe

<ul style="list-style-type: none"> • Apaziguando conflitos entre pacientes • Apaziguando conflitos entre paciente e equipe • Justificando decisões administrativas em prol da contratação de novos funcionários • Reconhecendo o trabalho de seus funcionários • Sendo responsável por dissolver conflitos • Necessitando a integração da equipe • Sentindo-se bem na equipe por ser unida • Percebendo a necessidade de trabalho em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitando (o enfermeiro) cultivar clima de integração entre membros • Percebendo a necessidade de trabalho em equipe • Cuidando da equipe dentro de suas atribuições e competências • Gerenciando conflitos • Denotando importância de conhecer técnicas de resolução de problemas • Necessitando (o enfermeiro) conhecer todos seus funcionários • Sentindo-se bem na equipe por todos possuírem objetivos comuns (melhoria do trabalho) • Sendo flexível
---	--

A subcategoria SENTINDO A FALTA DE APOIO INSTITUCIONAL E SENDO COBRADO PELA CHEFIA, resulta na construção de sentimentos dos enfermeiros em relação a forma como percebem o seu trabalho na organização. Não que estes percebam a falta de valorização profissional enquanto pessoas para o cuidar, mas em detrimento de fatores sócio-econômicos a organização encontra-se na necessidade de optar por medidas que em determinados pontos prejudicam o desenvolver da profissão em sua plenitude no que se refere as suas bases acadêmicas.

Vale ressaltar que os códigos que compõem essa subcategoria revelam que a instituição deixa, de apoiar esses profissionais em prol de lucro e outros fatores verbalizados como desconhecidos pelos enfermeiros, no que pese a utilização do enfermeiro nos serviços em geral.

A cobrança da chefia é tida como praticamente unânime no ponto de vista dos sujeitos entrevistados o que faz com que se construa símbolos e significados que apontam para pessoas que ocupam cargo de chefia e se revestem de atores voltados para cobrança, pulso firme e rédeas visando o acontecimento do gerenciamento do cuidar em sua plenitude.

Os códigos que embasam essa subcategoria são apresentados no quadro abaixo

QUADRO 21: SENTINDO A FALTA DE APOIO INSTITUCIONAL E SENDO COBRADO PELA CHEFIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Tendo que dar conta (a enfermeira) de funções que transcendem as da profissão • Tendo muita atividade burocrática • Definindo seu trabalho: papel, relatório e registros • Sendo cobrado pelas atividades burocráticas • Realizando esporadicamente assistência direta • Sendo orientados a pedir exoneração de cargo em caso da insatisfação no trabalho • Sendo responsável (a enfermeira) por uma rachadura na parede do hospital • Sendo responsável (a enfermeira) por ações de outros plantões • Sendo responsável (a enfermeira) por áreas que não a sua • Sendo responsável pelo fato de ser enfermeira • Sendo responsável pelas ações que não desenvolveu • Sendo cobrado por situações das quais não participou • Tendo que saber de todos os acontecimentos • Tentando priorizar o serviço • Denotando semblante de indagação sobre a questão a ser respondida • Demonstrando consciência da profissão • Possuindo (a enfermeira) muita responsabilidade pelo paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Buscando aproximação com o paciente apesar das atividades burocráticas • Fazendo de tudo um pouco • Preferindo trabalho assistencial à burocrático • Sendo o enfermeiro responsável pela administração • Sentindo-se obrigada a fazer atividades por questões organizacionais • Trabalhando todos os dias na instituição • Sentindo-se pouco em termos quantitativos para execução do cuidar direto • Trabalhando de segunda a sexta-feira • Sendo muito cobrada na parte administrativa • Sendo cobrada no cumprimento do trabalho gerencial • Vendo o trabalho dicotomizado: enfermeiro na administração e nível médio nos cuidados • Atuando em cuidados diretos apenas quando técnicos não conseguem executar • Tendo sua função relacionada à burocracia • Assumindo-se como realizadora de atividades burocráticas • Referindo ficar “louca” com tanto papel • Verbalizando fazer muita coisa

A subcategoria RECONHECENDO A FALTA DE RECURSO HUMANO COMO DIFICULTADOR refere-se a um dos principais fatores que interferem na execução do gerenciamento do cuidado. Essa subcategoria denota significados que sinalizam um dos motivos pelos quais justificam o distanciamento do profissional enfermeiro das práticas do cuidado direto.

Observa-se, mediante os códigos que compõem essa subcategoria, que muitas instituições precisaram rever os seus quantitativos bem como qualitativos em relação a equipe de enfermagem. O conhecimento dessa realidade possibilita reflexão potencial sobre a otimização do trabalho do enfermeiro, dentro dos propósitos da profissão *versus* os propósitos da instituição.

Segue quadro com os principais códigos que fundamentaram essa codificação.

QUADRO 22: RECONHECENDO A FALTA DE RECURSO HUMANO COMO DIFICULTADOR	
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo ser inadequado esta conduta (assumir enfermaria com 80 pacientes) • Referindo indignação com essa situação (quantitativo inadequado de pessoal) • Evidenciando que o quantitativo interfere no cuidado • Trabalhando num local onde se tem quantitativo razoável de recursos humanos • Assumindo (o enfermeiro) enfermaria com 80 pacientes quando da falta do enfermeiro • Referindo ter buscado por solução para o quantitativo inadequado de pessoal, mas sem sucesso • Propósitos profissionais X propósitos institucionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Não remanejando enfermeiro quando da falta de outrem • Evidenciando a preocupação de remanejamento quando da falta de auxiliares e técnicos • Percebendo em fala e gestos descaso para o remanejamento de profissionais de nível superior • Sendo importante o remanejamento de profissionais de nível médio • Sendo a escala em termos quantitativos insatisfatória para o cuidar • Sendo rotina assumir enfermarias com 80 pacientes quando da falta da rendição • Apontando para a necessidade de repensar escala

Esta subcategoria **NÃO CONSEGUINDO TEMPO PARA FICAR COM O PACIENTE** descreve em seu bojo premissas factuais que embora muito discutida ainda consiste num dos grandes problemas que a enfermagem enfrenta. Esta subcategoria se reveste de significados que extrapolam as instituições de todo o continente na qual observa-se que para elaboração do gerenciamento do cuidado existe a necessidade do fator tempo este que quando não atendido, compromete todo o serviço da enfermagem concernente a sua função. As bases desses significados são evidenciados no quadro a seguir

QUADRO 23: NÃO CONSEGUINDO TEMPO PARA FICAR COM O PACIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Não tendo tempo para a realização do cuidado direto • Verbalizando a dificuldade de exercer atividade com o cliente por conta das administrativas • Atribuindo ao quantitativo de pessoal fatores impeditivos para o cuidar • Chegando cedo ao trabalho • Preocupando-se com o trabalho desenvolvido • Justificando sua maior atuação na área burocrática visto escassez de funcionários e cobrança da chefia • Querendo tempo para cuidar • Tendo pouco tempo para o cuidado direto • Citando quantitativo de sua equipe/paciente (3 auxiliares/técnicos para 40 pacientes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Querendo o enfermeiro na chefia, coordenação e planejamento • Denotando interesse institucional da instituição na função administrativa do enfermeiro • Atribuindo ao sistema a restrição na atuação do enfermeiro em áreas administrativas • Realizando cuidado de acordo com filosofia da instituição • Justificando o afastamento da assistência pelas questões institucionais • Justificando o pouco tempo no cuidado direto visto o trabalho administrativo cobrado pela instituição • Denotando pouco tempo para o exercício de suas atividades

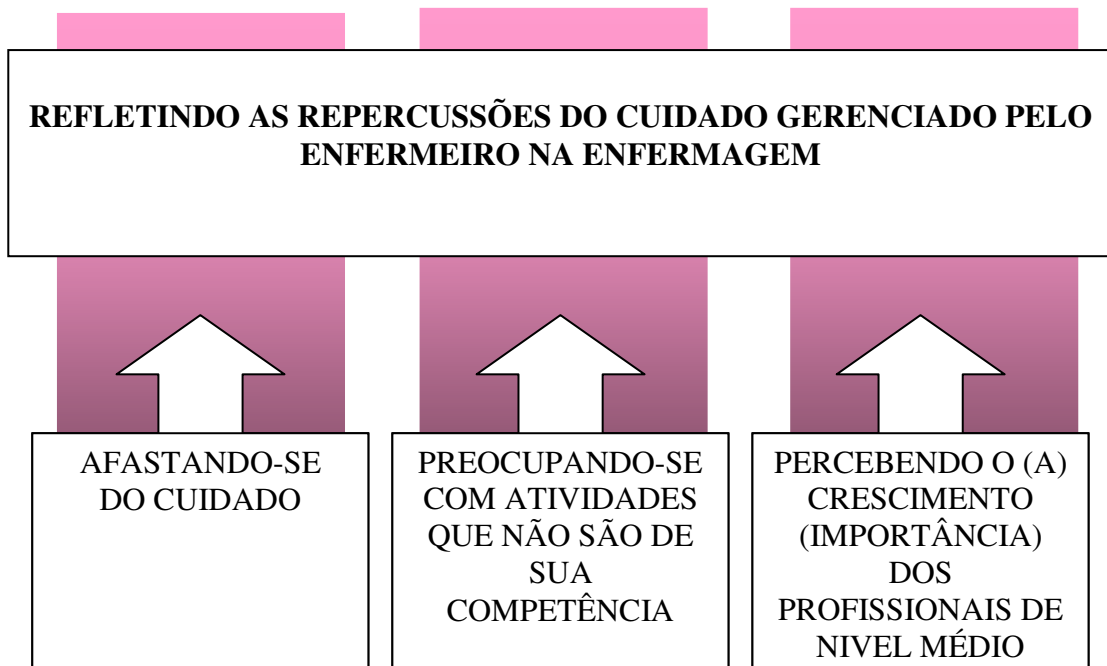
CATEGORIA 5: REFLETINDO SOBRE AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO GERENCIADO PELO ENFERMEIRO NA ENFERMAGEM

As subcategorias que compõem este núcleo temático fundamentam os significados relativos às repercussões das ações evidenciadas enquanto profissional atuante do gerenciamento do cuidado. Observa-se que, o enfermeiro tem desenvolvido ações aos quais tem feito com que ele gradativamente se afaste do cuidado direto a cliente, atuando apenas quando solicitado. Outras questões que evidenciam essas repercussões refere-se que o afastamento do enfermeiro em âmbito do cuidar é atribuído a diversos fatores dentre eles aquelas da esfera institucional e social, uma vez que o sistema contrata, cobra e aloca esses enfermeiros conforme necessidade de serviço.

Este profissional tem passado por momentos de transição onde, na atualidade, se vê preocupado com ações que não são de sua competência e que, portanto, deveriam deixar aos profissionais a quem cabe o circuito desse processo. Entretanto, entra a esfera institucional que cobra desses profissionais essas ações conforme serão expressos nas subcategorias que compõem essa categoria, a saber:

- AFASTANDO-SE DO CUIDADO,
- PREOCUPANDO-SE COM ATIVIDADES QUE NÃO SÃO DE SUA COMPETÊNCIA, e
- PERCEBENDO O (A) CRESCIMENTO (IMPORTÂNCIA) DOS PROFISSIONAIS DE NIVEL MÉDIO.

DIAGRAMA 5: REFLETINDO AS REPERCUSSÕES DO CUIDADO GERENCIADO PELO ENFERMEIRO NA ENFERMAGEM



A subcategoria AFASTANDO-SE DO CUIDADO aborda significados que se expressam por si, refletindo uma realidade de decorre das atividades desenvolvidas no âmbito do gerenciamento do cuidar. É a consequência de todo um trabalho institucional e pessoal onde o enfermeiro verbaliza as inúmeras necessidades de estar na burocracia sacrificando os cuidados ao paciente, tendo como argumento questões em termos da cobrança da chefia, falta de apoio institucional e a falta de tempo.

Os códigos que compõem essa subcategoria podem ser evidenciados a seguir.

QUADRO 24: AFASTANDO-SE DO CUIDADO	
<ul style="list-style-type: none"> • Sendo o cuidado direto realizado por outros profissionais • Proporcionando meios para a execução do cuidado direto • Realizando cuidado (enfermeiro) quando da possibilidade de fazê-lo • Verificando os pacientes mais graves • Priorizando os pacientes mais graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Dando maior atenção aos pacientes mais graves • Realizando procedimentos diretos quando técnicos não conseguem fazê-los • Realizando sondas e punções quando da impossibilidade de outros funcionários

Penso que o enfermeiro deve buscar uma harmonia entre o cuidar e o administrar. O cuidar pelo enfermeiro não tem sido valorizado, priorizado pelas instituições... Isso a longo prazo, se é que já não estamos sentindo em nosso cotidiano, o enfermeiro tem gradativamente, perdido espaço e referência dentro de sua equipe... Seus profissionais de nível médio só recorrem a esse quando não conseguem fazer os cuidados.... E como tem sido feito os cuidados que são privativos do enfermeiro? Qual a

referência que a equipe de saúde tem tido, os auxiliares? Os técnicos? A sociedade? O paciente? O que temos feito para o reconhecimento de nossa profissão? E as conversas de que somos confundidos, que dentro da enfermagem ninguém sabe quem é quem? De quem será a responsabilidade? E até que ponto é válido querer se diferenciar dentro da equipe de enfermagem? (Nota do pesquisador)

A subcategoria PREOCUPANDO-SE COM ATIVIDADES QUE NÃO SÃO DE SUA COMPETÊNCIA significa que o profissional de enfermagem em meio a tantas cobranças, passa a se preocupar com funções que por diversas vezes não o cabem enquanto profissional da enfermagem. Ações do tipo dar conta da comida fria, da parede suja, da roupa de cama que ainda não chegou e por conta disso ser responsabilizado, e as vezes penalizado. Seguem os códigos que fundamentam essa subcategoria.

QUADRO 25: PREOCUPANDO-SE COM ATIVIDADES QUE NÃO SÃO DE SUA COMPETÊNCIA	
<ul style="list-style-type: none">• Tendo que dar conta da comida fria• Tendo que justificar a parede infiltrada• Tendo que fazer a social para o paciente• Tendo que explicar procedimento administrativo ao paciente	<ul style="list-style-type: none">• Tendo que ficar correndo atrás de prescrição• Queixando-se com enfermeiro do serviço do hospital• Queixando-se com o enfermeiro do mal atendimento pelos outros profissionais

Segue alguns depoimentos que ilustram essa subcategoria.

Somos bastante cobradas ao ponto de termos que dar conta de funções de outras pessoas (Enfa 2,2)

Podê-se dizer que tudo, vamos ser otimistas, quase tudo é culpa da enfermagem... se a comida esta fria, se a parede esta infiltrada.... o paciente reclama tudo conosco... falam conosco como se fossemos os responsáveis pela demora do medico, falta de roupa de cama... (Enfa 3,2)

A subcategoria PERCEBENDO O (A) CRESCIMENTO (IMPORTÂNCIA) DOS PROFISSIONAIS DE NIVEL MÉDIO refere-se a um dos contextos dentro da ação gerencial do enfermeiro em termos das conseqüências de seus atos principalmente. Haja vista a utilização do enfermeiro em ações administrativas, que por outro lado, a contratação de profissionais enfermeiros não suprirem a demanda dos serviços; os profissionais de nível médio têm ganho espaço, passando a dominar parte das ações de caráter assistencial. Assim, percebe-se que estes devem ser muito bem preparados pelos enfermeiros, de modo que de fato possam estar realizando seu trabalho de qualidade.

Há serviços onde não há o enfermeiro nas 24h do dia em destaque, apenas em caráter de supervisão, assim esse técnico é quem gerencia dentro de suas possibilidades o setor. Desta forma, percebe-se o crescimento dessa classe que muito tem se destacado na assistência, ao cuidado propriamente dito.

QUADRO 26: PERCEBENDO O (A) CRESCIMENTO (IMPORTÂNCIA) DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO

<ul style="list-style-type: none"> • Sendo os profissionais de nível médio responsáveis pelo cuidado ao paciente • Tomando decisões em benefício da instituição • Sendo o cuidado realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem • Deixando o cuidado nas mãos dos profissionais de nível médio • Sendo os profissionais de nível médio os “enfermeiros de cabeceira” • Solicitando ajuda ao enfermeiro quando não conseguem (técnicos/auxiliares) fazer • Fazendo <i>check list</i> de cuidados para nível médio realizar • Delegando atividades aos auxiliares e técnicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Delegando a execução da prescrição de enfermagem aos profissionais de nível médio • Percebendo maior contratação de auxiliares e técnicos para a assistência ao paciente • Tendo pouca contratação de enfermeiros comparada aos de auxiliares e técnicos • Reconhecendo que o trabalho flui bem com técnicos • Vendo no treinamento de técnicos a fluência do trabalho de enfermagem direto ao paciente • Sendo os auxiliares e técnicos os realizadores do cuidado direto
--	---

Segue alguns depoimentos que fundamentam a construção dessa subcategoria.

Tendo em vista todo trabalho que temos não consigo hoje ver uma enfermagem sem técnicos bem treinados... eles são muito importantes, eles fazem de tudo... (Enfa 5,2)

Em termos do cuidar nós não temos tempo mesmo, quando temos, temos ainda que priorizar os pacientes mais graves... assim percebemos o crescimento dos técnicos e auxiliares no cuidado... tudo o que você precisar saber dos pacientes perguntem a eles (Enfa 1,1)

O papel do enfermeiro precisa ser repensado no sentido de sua atuação e conseqüente formação. Papel não tem sistema nervoso, papel não tem osso, papel não

precisa de internação.... E o enfermeiro precisa, para se formar, de fundamentos dentre outros, da anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia,... E quando começa a trabalhar, o enfermeiro exerce suas função, podendo assim dizer, voltadas para gerência direta propriamente dita. É preciso repensar, pois os profissionais de nível médio cada vez mais adentram as atividades para com os pacientes em ações que caberiam a enfermeira do setor realizar. (Nota do Pesquisador).

Inserir a foto não imprimir

CAPÍTULO V: Fazendo a interconexão das categorias

CAPÍTULO V: Fazendo a interconexão das categorias

Este capítulo visa apresentar a interconexão das categorias, mediante redução máxima do processo de codificação visando a definição dos elementos constituintes do Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin (1990) de modo a viabilizar a construção do “*Model Paradigm*” (Modelo Paradigmático).

Após a construção dos códigos, subcategorias e categorias, foi realizada a organização deles em conformidade com o modelo anteriormente citado, o qual preceitua que as categorias devem ser reanalisadas, comparadas e ordenadas, de modo a identificar os seguintes elementos: fenômeno, condição causal, contexto, estratégias de ação-interação, condições intervenientes e conseqüências.

Vale ressaltar que o objetivo da aplicação deste modelo é a identificação da idéia central que é permeada pelas demais categorias a qual fará surgir a teoria substantiva/modelo teórico mediante interconexão das diversas categorias encontradas.

Ao buscar pela compreensão da vivência de enfermeiros em relação ao gerenciamento do cuidado, verificou-se que esta vivência consiste num processo dinâmico vivenciado por cada profissional, onde observa-se a necessidade de alçar mãos de estratégias de modo que o gerenciamento do cuidado possa se desenvolver em prol da demanda solicitada, seja da instituição seja do paciente.

A partir da interação estabelecida com os sujeitos desse estudo, pela busca incansável do modo de gerenciar do enfermeiro, verificou-se em meio ao processo de análise comparativa dos dados, desde o início da codificação até a categorização e a conexão entre as categorias, em cada uma destas etapas, que o enfermeiro preocupa-se não apenas com as funções que deve desenvolver como profissional de enfermagem, mas com aquelas de outros profissionais.

Desta forma, verificou-se que os enfermeiros tentam reconstruir formas de gerenciar em enfermagem haja vista as dificuldades encontradas na realidade vivida por eles, em âmbito institucional.

Vale ressaltar que, tendo em vista as bases da elaboração do modelo, diversos questionamentos fazem-se necessários com vistas a descoberta do fenômeno central que foi anteriormente apresentado.

Neste contexto, questionamentos do tipo: qual o significado que o enfermeiro atribui ao seu gerenciamento em termos do cuidado em âmbito organizacional? Como o enfermeiro realiza esse gerenciamento? Quais os enfrentamentos decorrentes de sua atuação? Como é iniciar e desenvolver a experiência/vivência do gerenciamento do cuidado?

Tendo em vista tais reflexões iniciais sobre a realidade investigada, evidenciaram-se informações que originaram os códigos que passaram a subcategorias e estas a categorias, culminando na evidenciação de um fenômeno central. Este processo possibilitou delinear o significado atribuído pelo enfermeiro ao gerenciamento do cuidado, que traduz-se nas vivências dos sujeitos investigados, bem como, validadas pelo grupo no qual foi aplicado o modelo teórico.

Assim, delinear-se os elementos do modelo paradigmático que compõem o fenômeno central desta tese de doutoramento: **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL.**

Apresenta-se, a seguir, um quadro que ilustra a conexão/interconexão das categorias dessa pesquisa.

**QUADRO 28: FENÔMENO CENTRAL:
RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL**

Elementos/ situações que possibilitam o surgimento do fenômeno	CONDIÇÃO CAUSAL	Relacionando-se com o ser paciente gerador da gerência do cuidado
Idéia central para o qual as estratégias de ação-interação estão relacionadas	FENÔMENO CENTRAL	RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL
Especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/ interação	CONTEXTO	Discutindo o cenário de realização do cuidado
Constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros apontando as condições estruturais que se apóiam nas estratégias e que pertencem ao fenômeno	CONDIÇÕES INTERVENIENTES	Convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado
Identificadas com o caráter processual (seqüências, movimento, mudanças, dentre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importante também as não-ações	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/ INTERAÇÃO	Buscando formas de gerenciar o cuidado
São identificadas como os resultados ou expectativas da ação-interação em relação a um determinado fenômeno, resultado/ resposta, positiva ou negativa	CONSEQUÊNCIAS	Refletindo as repercussões do cuidado gerenciado pelo enfermeiro

Para se chegar a essa conformação em termos das categorias que representam os elementos do modelo paradigmático foram necessárias diversas reflexões acerca dos dados coletados e codificados. Pode-se dizer que consiste num trabalho duro, difícil, que exige dedicação, constância, concentração e um abstrair-se profundo em meio a um volume grande de dados e a necessidade de transcendê-los para poder encaminhar o relato do processo experienciado pelas enfermeiras no gerenciamento do cuidado hospitalar.

Por fim, ressalta-se que as categorias encontradas constituem etapas da experiência dos enfermeiros desde o momento que a enfermeira se dispõe a gerenciar o cuidado. A partir da análise das categorias extrairam-se as bases que denotam a causa, efeito e consequência sendo identificado o fenômeno central **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**, composto pelas seguintes categorias: **relacionando-se com o ser paciente gerador da gerência do cuidado; discutindo o cenário de realização do cuidado; buscando formas de gerenciar o cuidado; convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado; refletindo sobre as repercussões do cuidado gerenciado pelo enfermeiro.**

Segue a discussão referente a alocação de cada uma dessas categorias no tocante aos elementos do modelo paradigmático.

CONDIÇÃO CAUSAL:
RELACIONANDO-SE COM O SER PACIENTE GERADOR DA GERÊNCIA
DO CUIDADO

Uma vez identificado o fenômeno central, o referencial adotado orienta quanto a realização de questionamentos de modo a abstrair e delinear todo um arcabouço interrelacionado, com o intuito de estabelecer causas e efeitos no tocante às ações dos enfermeiros em relação ao gerenciamento do cuidado. Ao investigar esta interação concernente ao cuidado, fez com que se questionasse os dados: o que leva/motiva os enfermeiros a gerenciar o cuidado? Assim, a resposta a tal questionamento possibilitou a emergência do sentido/motivo que leva ao desenvolvimento da interação que se traduz na condição causal, que referem-se aos eventos, incidentes ou acontecimentos que levam a ocorrência ou ao desenvolvimento de um determinado fenômeno.

A categoria **RELACIONANDO-SE COM O SER PACIENTE GERADOR DA GERÊNCIA DO CUIDADO** consistiu na condição causal do modelo, que é composta das seguintes subcategorias: **APROXIMANDO-SE DO SER PACIENTE, TENDO QUE FAZER O CUIDADO, EXISTINDO O CUIDADO, FRAGMENTANDO O CUIDADO.**

Para que a interação se desenvolva, inicialmente o enfermeiro deve ter em mente a importância do paciente como direcionador das ações. Desta forma, para atender as reais demandas, deve relacionar-se com o paciente de modo que possibilite o agir profissional. O gerenciamento do cuidado tem início na interação enfermeiro-paciente que, mediante os símbolos compartilhados, possibilita as ações e reações entre os envolvidos, sinalizando quais ações esse profissional deve desenvolver ou providenciar ou executar para o paciente assistido. A partir da interação enfermeiro-paciente, o cuidado passa a existir e a demandar o

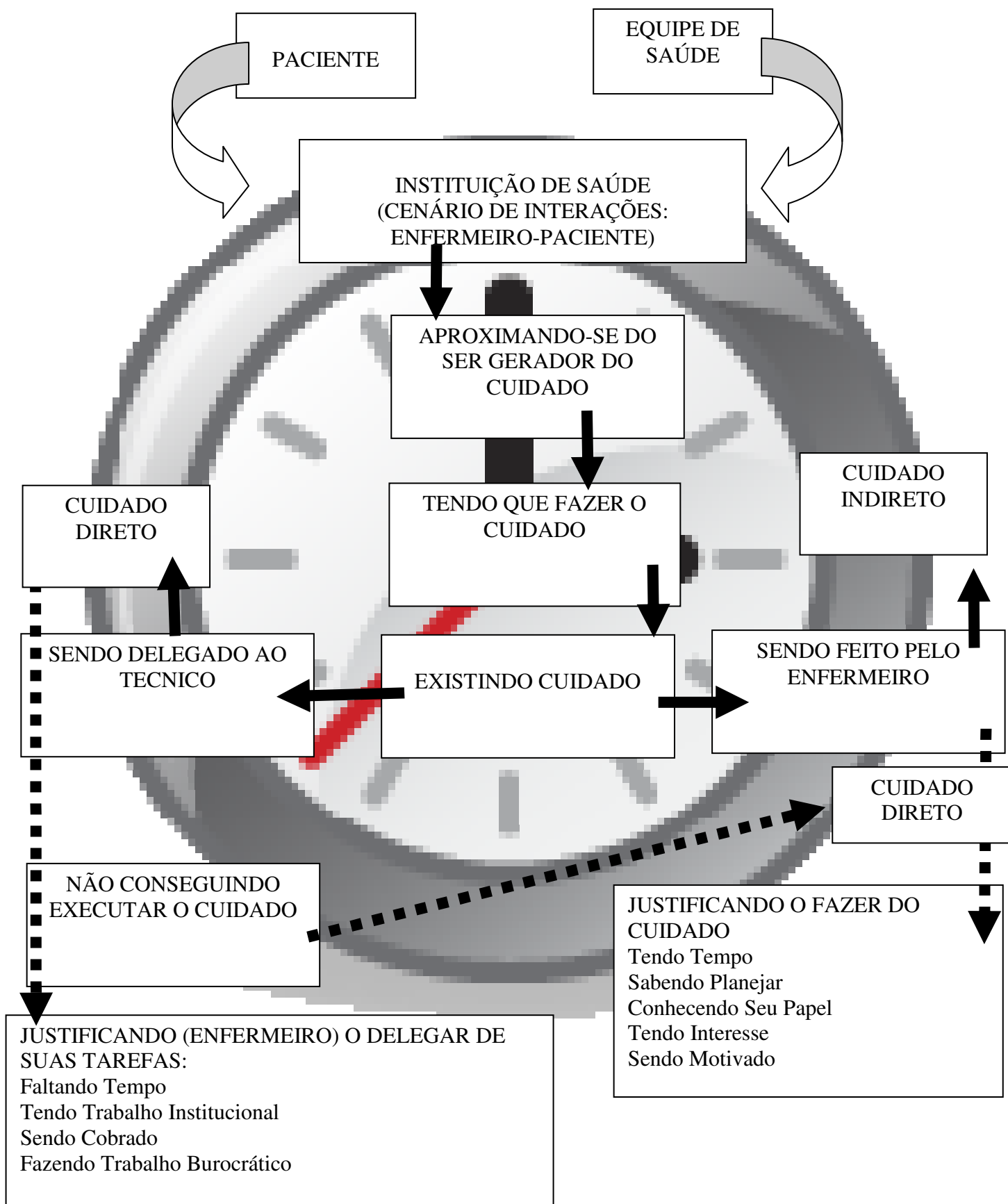
seu monitoramento, conforme os símbolos percebidos e captados em âmbito de sua compreensão.

É como se fosse uma memória imunológica: entretanto, sempre ativa que só cessa quando esse paciente é transferido ou evolui para óbito. Porquanto, esse enfermeiro permanece com o paciente em mente, mesmo inclusive, quando da atuação no ambiente extra-hospitalar. Haja vista as demandas institucionais, o cuidado realizado é fragmentado no sentido de ser distribuído entre os membros da equipe, em que pese o papel fundamental dos profissionais de nível médio nesse contexto.

A partir do delineamento da condição causal, parte-se para um outro questionamento, imbricado nas condições causais e fenômeno: se os enfermeiros para iniciar o gerenciamento do cuidado necessitam ter como parâmetro a interação com o paciente, em que local processa-se a interação paciente-profissional de modo que o gerenciamento do cuidado possa ocorrer? A resposta a esta pergunta, conduz-nos ao contexto da cena social, que é dotado de características que apresentam um conjunto específico de condições onde as estratégias de ação e interação são tomadas. Assim, o próximo elemento do modelo paradigmático a ser apresentado refere-se ao contexto da pesquisa.

Segue diagrama ilustrativo da condição causal do modelo teórico

DIAGRAMA 7: CONDIÇÃO CAUSAL



CONTEXTO:
DISCUTINDO O CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO CUIDADO

Encontramos como contexto dessa pesquisa, **DISCUTINDO O CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO CUIDADO**, que se compõe das seguintes subcategorias: RECEBENDO O PLANTÃO, VIVENCIANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR, CONTINUANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR, REALIZANDO A GERÊNCIA DIRETA DO CUIDADO, REALIZANDO A GERENCIA INDIRETA DO CUIDADO E VALORIZANDO O CUIDADO IMEDIATISTA NO GERENCIAMENTO.

Desta forma o hospital e, posteriormente, o ambiente extra-hospitalar, apresentam-se como os ambientes onde o enfermeiro vivencia e desenvolve a gerência do cuidado em enfermagem. Enquanto no primeiro ele exerce o processo interacional e constrói símbolos que favorecem o seu trabalho, no segundo ele dá continuidade a esse processo, num trabalho mental continuado, não se desligando do ambiente do cuidar.

Para que o enfermeiro inicie a construção do seu universo de ação, ele precisa chegar a instituição e receber seu plantão. A partir desse momento o enfermeiro começa a lançar mão de formas para fazer o seu gerenciamento acontecer. No rol de ações a serem desenvolvidas encontram-se aqueles de caráter direto e indireto, podendo ser assim definidas como gerência do cuidado direto e gerência do cuidado indireto, respectivamente.

Vale reforçar que nesse universo do ambiente hospitalar, o enfermeiro manifesta seu conhecimento e saberes acerca da gerência em enfermagem, podendo influenciar ou ser influenciado pelos demais profissionais que compõem o universo do cuidado ao paciente. Influência essa que o enfermeiro deve utilizar, potencializado pelas características da liderança. Assim o enfermeiro, de acordo com a demanda institucional, vai realizando-a ao

longo do seu plantão, vai significando suas vivências bem como, construindo novos modos de gerenciar o cuidado.

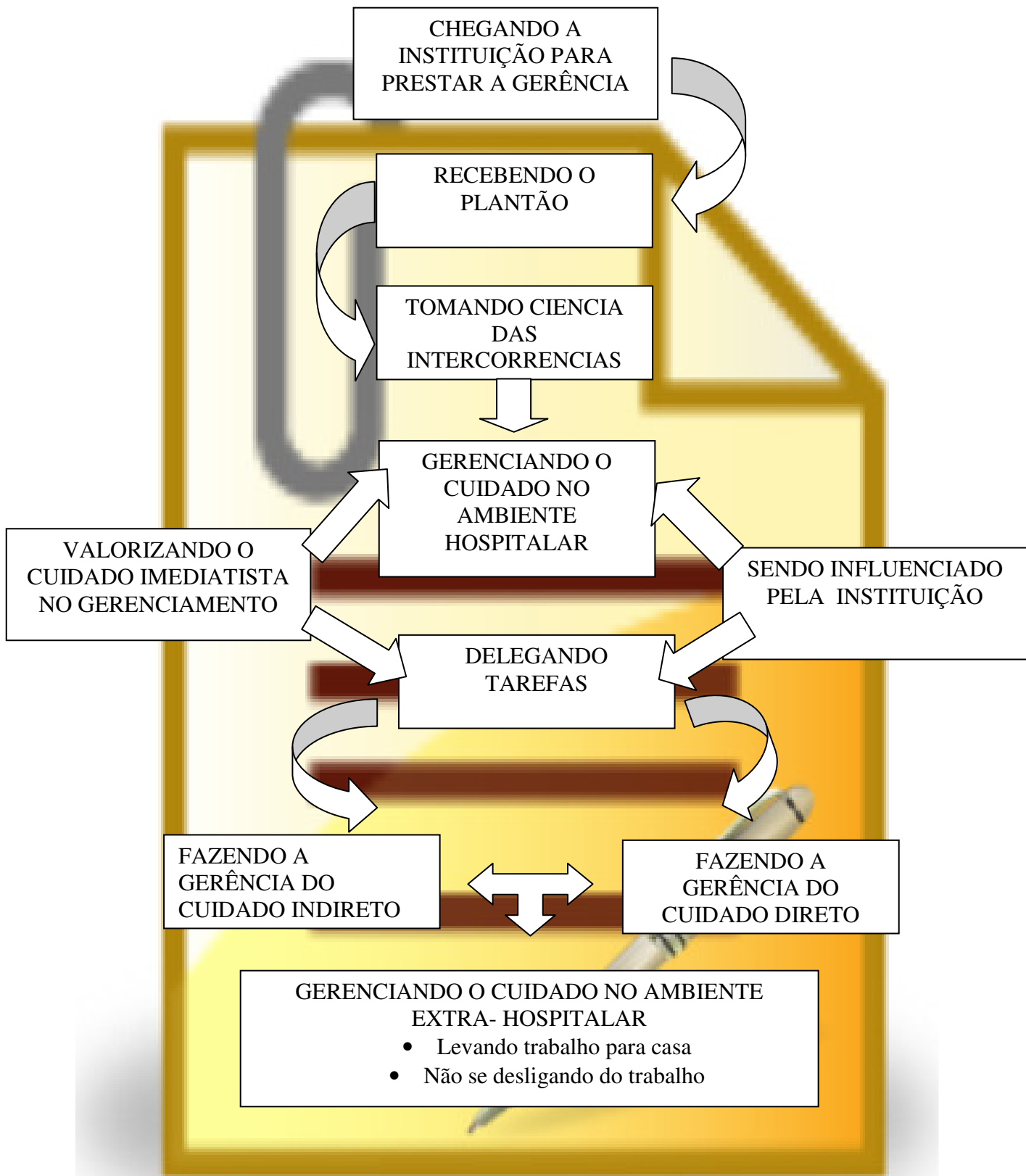
De acordo com a sobrecarga de trabalho, ele prioriza aquelas de maior urgência, como as dificuldades em termos do quantitativo de pessoal restrito no hospital. Assim, tanto para as ações feitas pelo enfermeiro em termos de sua execução no paciente bem como aquelas para o paciente, este profissional desenvolve as de maior urgência de acordo com o seu aparecimento, traçando prioridades na execução focando o imediatismo das ações.

Muitos alegam que, tendo em vista a gama de atividades a serem feitas, eles as desenvolvem conforme o aparecimento das situações-problema, caracterizando valorização do imediatismo no gerenciamento do cuidado.

A partir do momento que se define o espaço no qual desenvolve-se a construção e criação de símbolos, busca-se pelas estratégias de ação/interação aquelas que consistem em conduzir, lidar, realizar e responder ao fenômeno em cena social, mediante conjunto específico de condições percebidas. Pode-se acrescentar que são ações reflexivas, estratégicas, táticas que visam a demonstração da gerencia do cuidado. Segue, em próximo item, as estratégias de ação/interação utilizadas pelos enfermeiros no tocante à gerencia do cuidado.

Segue diagrama ilustrativo do contexto do modelo teórico encontrado.

DIAGRAMA 8: CONTEXTO



**ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO:
BUSCANDO FORMAS DE GERENCIAR O CUIDADO**

As estratégias empregadas pelos enfermeiros no âmbito de suas vivências no cotidiano do cuidar integram a seguinte categoria: **BUSCANDO FORMAS DE GERENCIAR O CUIDADO**, que por sua vez compõe-se das seguintes subcategorias: **VENDO DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO, PERCEBENDO A NECESSIDADE DE MUDANÇAS, PROCURANDO ADAPTAR-SE A REALIDADE HOSPITALAR E REALIZANDO APRIMORAMENTO PROFISSIONAL.**

A estratégia de ação/interação pauta-se no cerne da identificação de dificuldades que comprometem o desenvolvimento do gerenciamento do cuidado. Embora os enfermeiros reconheçam dificuldades no seu âmbito de atuação, a maioria delas se torna difícil de dissolver e para outras, busca-se a aplicação de métodos de resolução de problemas. Vale frizar que, por conta das barreiras encontradas, os enfermeiros denotam a necessidade de recriar formas de gerenciamento que possibilitem a adaptação ao contexto em que se encontram de modo que não comprometa os serviços de enfermagem a serem prestados ao paciente.

Em meio aos processos interacionais emergidos da cena social que constroem as estratégias dos enfermeiros para o gerenciamento, encontram-se, além da percepção quanto a necessidades de mudanças, aquelas relativas à adaptação ao contexto em que se inserem e a necessidade de aprimoramento na profissão.

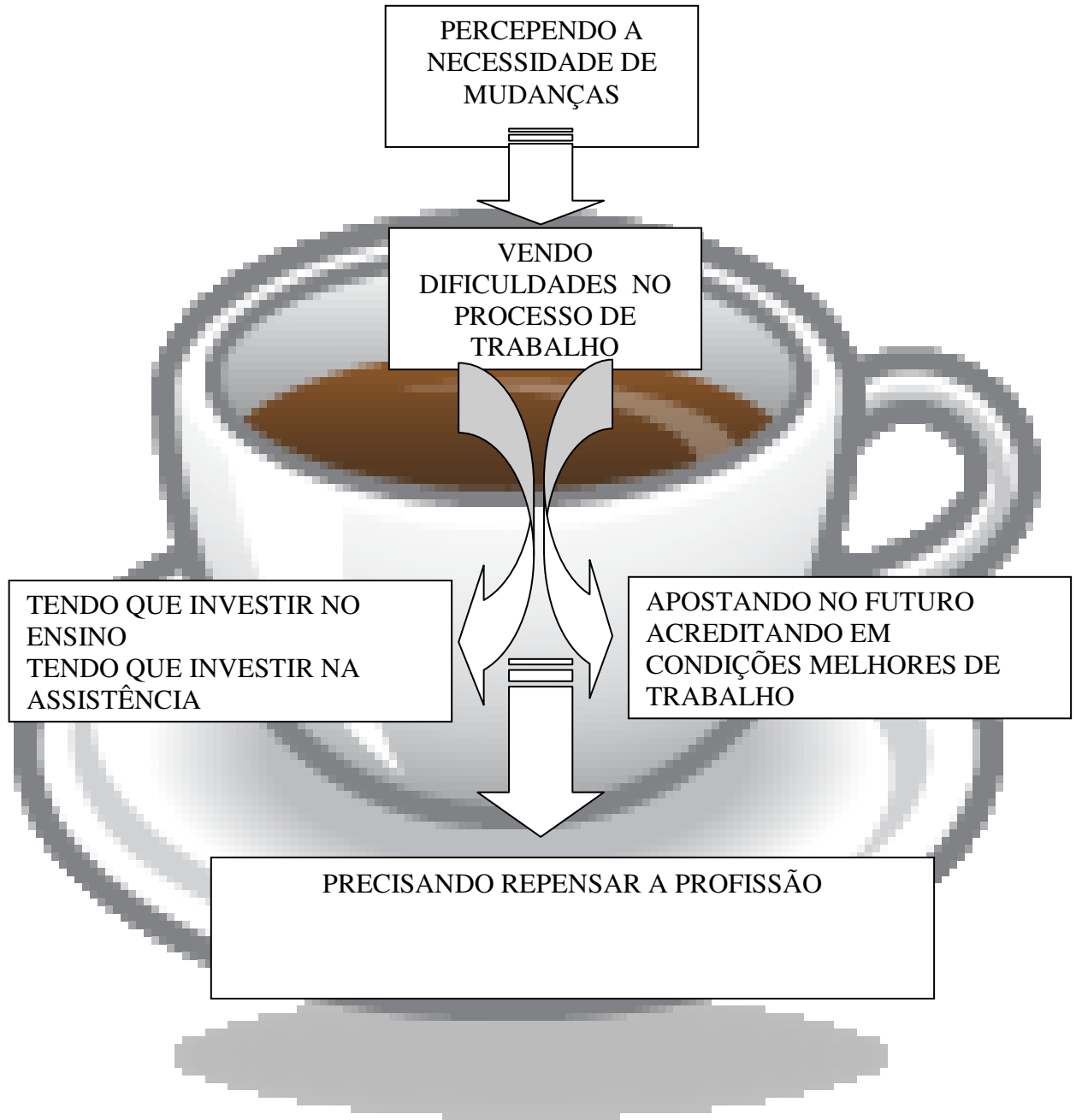
Assim, a adaptação constitui-se em ponto forte nas estratégias utilizadas pelos enfermeiros em âmbito organizacional e, em segunda instância, encontra-se o aprimoramento profissional. Os enfermeiros do cenário de coleta, bem como os enfermeiros do grupo de

validação, denotam que a carga de trabalho, quantitativo de vínculos empregatícios e obrigações exigidas nos hospitais, pouco resta para o aprimoramento profissional.

Vale ressaltar que os itens pontuados para falta de tempo, não implicam em enfermeiros absterem-se dos projetos para seu aprimoramento profissional, entretanto fora colocado como um ponto forte para a adesão, inclusive em prol das palestras ministradas pela educação continuada que, por diversas vezes, não alcançam o público em termos quantitativos idealizada. Fato este agravado quando esses encontros acontecem em horários marcados fora do horário de trabalho da instituição.

Segue diagrama referente as estratégias de ação/interação do modelo teórico.

DIAGRAMA 9: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO



CONDIÇÃO INTERVENIENTE:
CONVIVENDO COM AS BARREIRAS E FACILIDADES PARA O
GERENCIAMENTO DO CUIDADO

As condições intervenientes são aquelas que dentro de um fenômeno em estudo simbolizam fatores que facilitam, dificultam ou restringem as estratégias de ação interação, bem como as condições causais e o contexto. Nesta pesquisa, tem-se como condições intervenientes as subcategorias: RECONHECENDO A FALTA DE RECURSO HUMANOS COMO DIFICULTADOR, SENDO (O ENFERMEIRO) IMPRESCINDÍVEL NO CONTEXTO HOSPITALAR, SENTINDO A FALTA DE APOIO INSTITUCIONAL E SENDO COBRADO PELA CHEFIA E NÃO CONSEGUINDO TEMPO PARA FICAR COM O PACIENTE. Estas subcategorias fazem parte de uma grande categoria, a saber: **CONVIVENDO COM AS BARREIRAS E FACILIDADES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO.**

Convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado engloba todos os fatores que interferem na dinâmica do gerenciamento. As dificuldades são encaradas como fatores não meramente negativos. O aspecto positivo dessas dificuldades insere-se no desafiar o enfermeiro a sair da inércia e buscar formas otimizadoras de seu trabalho.

As circunstâncias mais evidenciadas pautam-se no quantitativo de recursos humanos. Todos os enfermeiros verbalizaram situações que comprometem o serviço de enfermagem em especial o do enfermeiro, quando dele é exigido diversas atividades em um pequeno espaço de tempo, quando deve gerenciar o serviço e se auto-gerenciar para que consiga atender aos anseios da instituição e desenvolver a enfermagem propriamente dita.

Nesse rol de atividades exigidas para o enfermeiro, por eles intituladas “atividades burocráticas”, este enfermeiro se afasta do cuidado. Ao se afastar do cuidado outros

profissionais irão suprir aquilo que o enfermeiro deveria estar presente em termos quantitativos e qualitativos para executar e assim, fornecer uma assistência segura. Não que os demais profissionais não possam desenvolvê-la, uma vez que nosso código de ética permite a ação em situação emergencial na ausência de, mas que isso não se torne uma constante conforme fôra evidenciado por um dos sujeitos dessa pesquisa.

Nesse cenário de experiência estudada também foi apontada a falta de apoio da instituição e a cobrança da chefia. Tais fatores refletem a percepção da clientela entrevistada onde encontraram-se símbolos que denotam em algumas circunstâncias, a falta de incentivo às práticas de enfermagem, estando voltados, instituição e chefia, apenas ao produto da mão de obra, ou seja, a execução do trabalho propriamente dito. Buscam-se os resultados, investindo-se pouco nos meios dessa obtenção.

Nesse processo, o enfermeiro não se sente estimulado para realização de aprimoramento pela falta de incentivo e, em contra partida, a falta do tempo. Assim, volta-se para desenvolvimento de meios que possibilitem novas formas de gerenciar, onde essas formas (re) construídas são permeadas pelo uso da criatividade, objetividade e imediatismo.

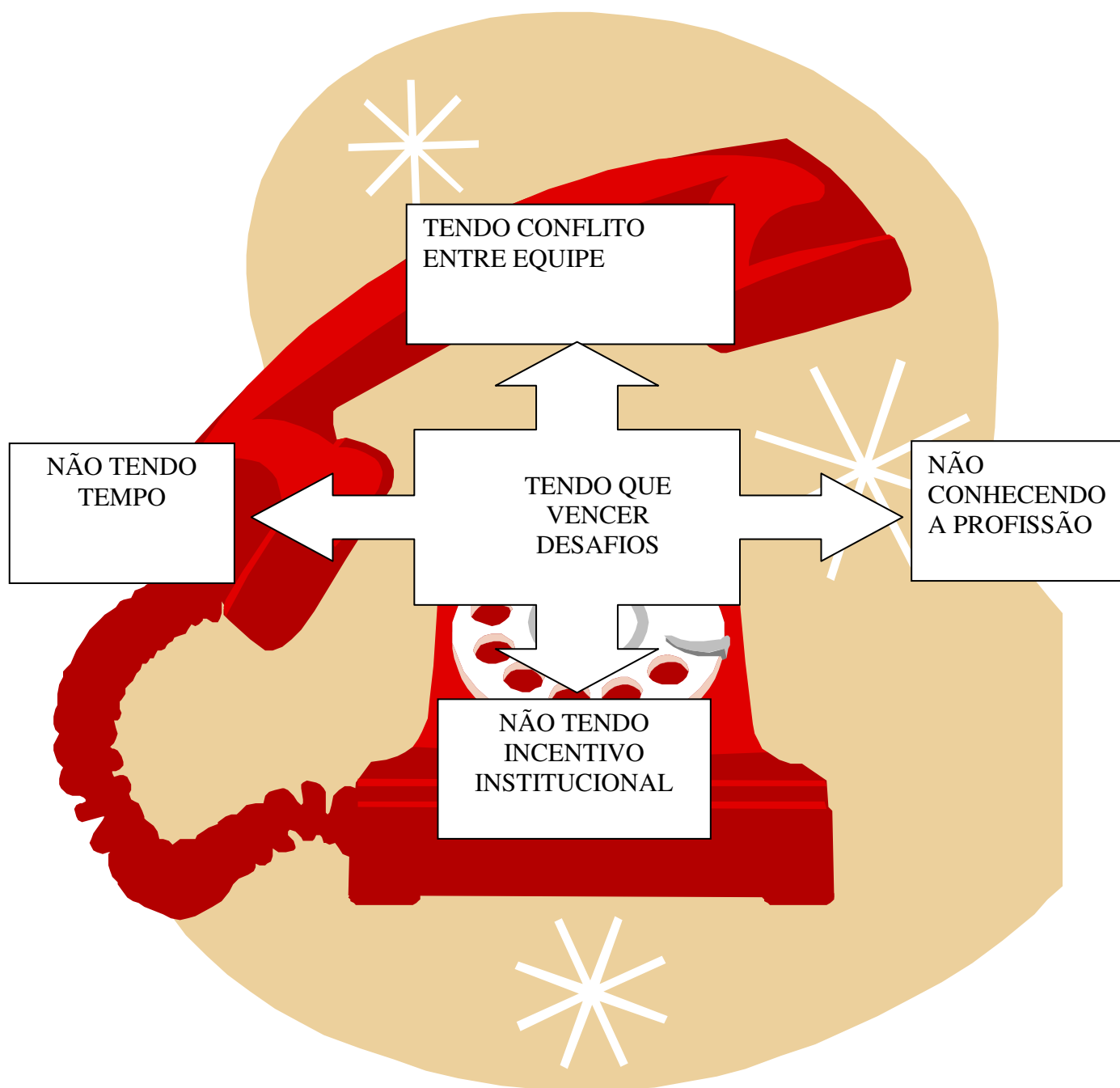
Embora verificado os fatores encontrados na cena social, tais como o dimensionamento inadequado de recursos humanos, a falta de tempo, a falta de incentivo e as cobranças, encontra-se um fator que favorece o cenário de experiência investigado inerente ao gerenciametno do cuidado: o fato do enfermeiro ser considerado como imprescindível no contexto hospitalar. As reflexões que referem a essência dessa subcategoria reside no fato do enfermeiro constituir-se como instrumento indispensável para o processo do cuidar. Apesar do crescimento em âmbito de ação dos profissionais de nível médio, o enfermeiro mantém seu espaço garantido através da Lei 7498/86 que regulamenta o Exercício Profissional da Enfemagem), outrossim, demais dispositivos do Conselho Federal de Enfermagem.

O enfermeiro conforme encontrado em cena social é a base da equipe. É um profissional importante para o processo de cuidar. Contudo, alguns depoimentos que sinalizaram a preocupação para com o profissional de nível superior, em termos de seu fazer.

Apesar de toda turbulência nos cenários investigados, em termos das delegações de funções e cobranças, o enfermeiro encontra-se à frente desse processo, devendo portanto não deixar que limites sejam ultrapassados, e ele enquanto pessoa/profissional seja subutilizado em prol da instituição, não aplicando os conhecimentos adquiridos no processo de formação acadêmica.

Segue diagrama referente as condições intervenientes do modelo teórico.

DIAGRAMA 10: CONDIÇÕES INTERVENIENTES



CONSEQÜÊNCIAS:
REFLETINDO SOBRE AS REPERCUSSÖES DO CUIDADO GERENCIADO
PELO ENFERMEIRO

Tendo por base os elementos anteriormente apresentados inerentes ao fenômeno emergente, fazem-se os seguintes questionamentos às categorias: quais são os resultados do processo que envolve o enfermeiro no gerenciamento do cuidado? Quais são as conseqüências provenientes desse gerenciamento que o enfermeiro realiza?. Como respostas a tais questionamentos, emerge do contexto investigado a categoria: **REFLEXIONANDO AS REPERCUSSÖES DO CUIDADO GERENCIADO PELO ENFERMEIRO**, que por sua vez compõem-se das seguintes subcategorias: Preocupando-se com atividades que não são de sua competência refere-se a uma subcategoria que revela o enfermeiro como um profissional que, a partir das cobranças que são feitas em termos gerenciais do setor como um todo, ele se preocupa com funções de outros profissionais. É importante pontuar que, quando este enfermeiro utiliza seu tempo para desenvolver atividades que devem ser feitas por outros profissionais, consome um tempo que deveria ser utilizado no cuidado direto, e isso traz como significado a falta de valorização de suas funções.

Em termos dessa valorização, o enfermeiro deve buscar meios, dentro de seu âmbito de ação, de se posicionar e discutir sobre os papéis dentro e fora da equipe. Quando ele é cobrado para realizar ações que poderiam ser exercidas por outros e as suas ações, por mais que em caráter emergencial, é feito por demais profissionais, há uma lacuna que precisa ser revista em termos do planejamento institucional que recai sobre o planejamento estudado pelo enfermeiro. Quando isto ocorre, denota que ele mesmo não preza pela valorização dos conhecimentos angariados em seu processo de formação.

A valorização desses conhecimentos é tida quando esse enfermeiro busca pelo seu aprimoramento, discute em meio a situações elucidando seu ponto de vista mesmo que contrário a instituição, mesmo que pese o seu desligamento. Ao agir a favor do preconizado pela sua profissão, ao invés de assistir atribuições realizadas por profissionais que não possuem preparo para executá-las, ele preza por sua valorização como profissional.

Desta forma, ele se cobra e também é cobrado quando não chega a roupa de cama, quando a comida está fria, quando a parede está infiltrada, quando familiar reclama pois não pode subir fora do horário da visita, dentre outros. Em torno do enfermeiro cria-se um mito de que ele é o responsável por tudo e por todos em termos do que acontece ou falta na unidade. Assim, ele fica sobrecarregado e volta-se, em defesa própria, para a priorização de ações gerenciais indiretas propriamente dita, emergindo outra consequência desse gerenciamento, o seu afastamento do cuidado direto ao paciente.

O enfermeiro, em seu cotidiano de trabalho, tem realizado o gerenciamento do cuidado que, por sua vez, traz como consequências o seu afastamento desse cuidado. Cuidado este que muitas vezes requer dele, como profissional, a execução de: curativo cirúrgico, passagem de cateter vesical, cuidados diretos de enfermagem a paciente grave, dentre outros.

O afastamento do enfermeiro do cuidado faz com que haja outras repercussões não só para ele como profissional, mas para a enfermagem como profissão, futuramente. Outra consequência decorrente desse processo é a percepção quanto ao crescimento/importância do profissional de nível médio.

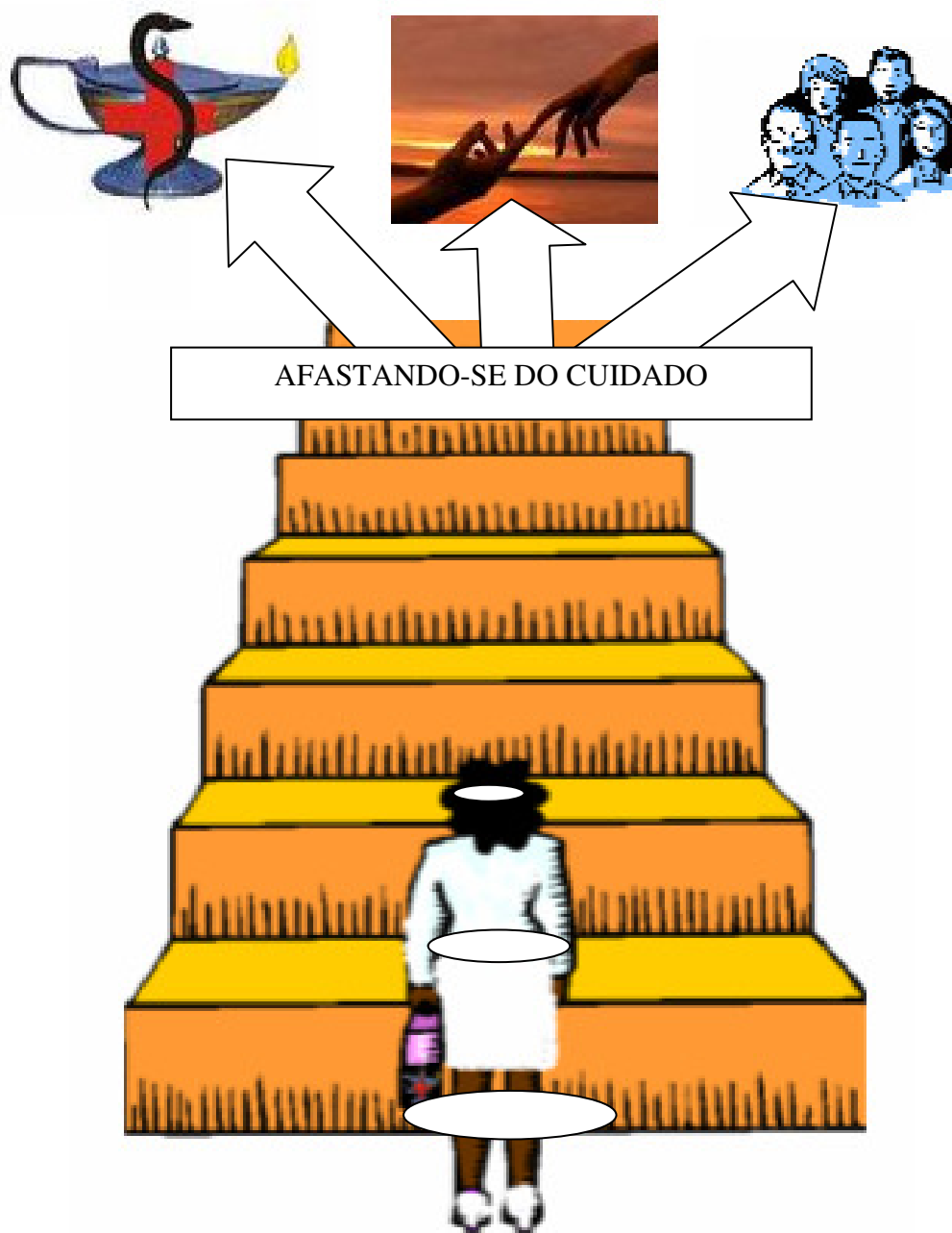
Vale salientar que o que se expõe não é a falta de importância ou que antes o profissional de nível médio não a possuía e sim que essa categoria tem crescido de tal maneira em prol da execução dos cuidados diretos que o enfermeiro vem aos poucos se desligando do cuidado direto. Mas tudo isso, conforme exposto, o enfermeiro faz com a intenção de atender as necessidades da instituição que cobra dele a todo momento e também, das necessidades do

paciente, já que cuida do previsoamento e provisionamento de todos os recursos necessários para o cuidado direto acontecer. Assim ele é o ícone, imprescindível, para que as necessidades da instituição e as dos pacientes sejam atendidas dentro das possibilidades do cenário de atuação.

Segue diagrama ilustrativo das conseqüências desse modelo teórico.

:

DIAGRAMA 11: CONSEQUÊNCIAS



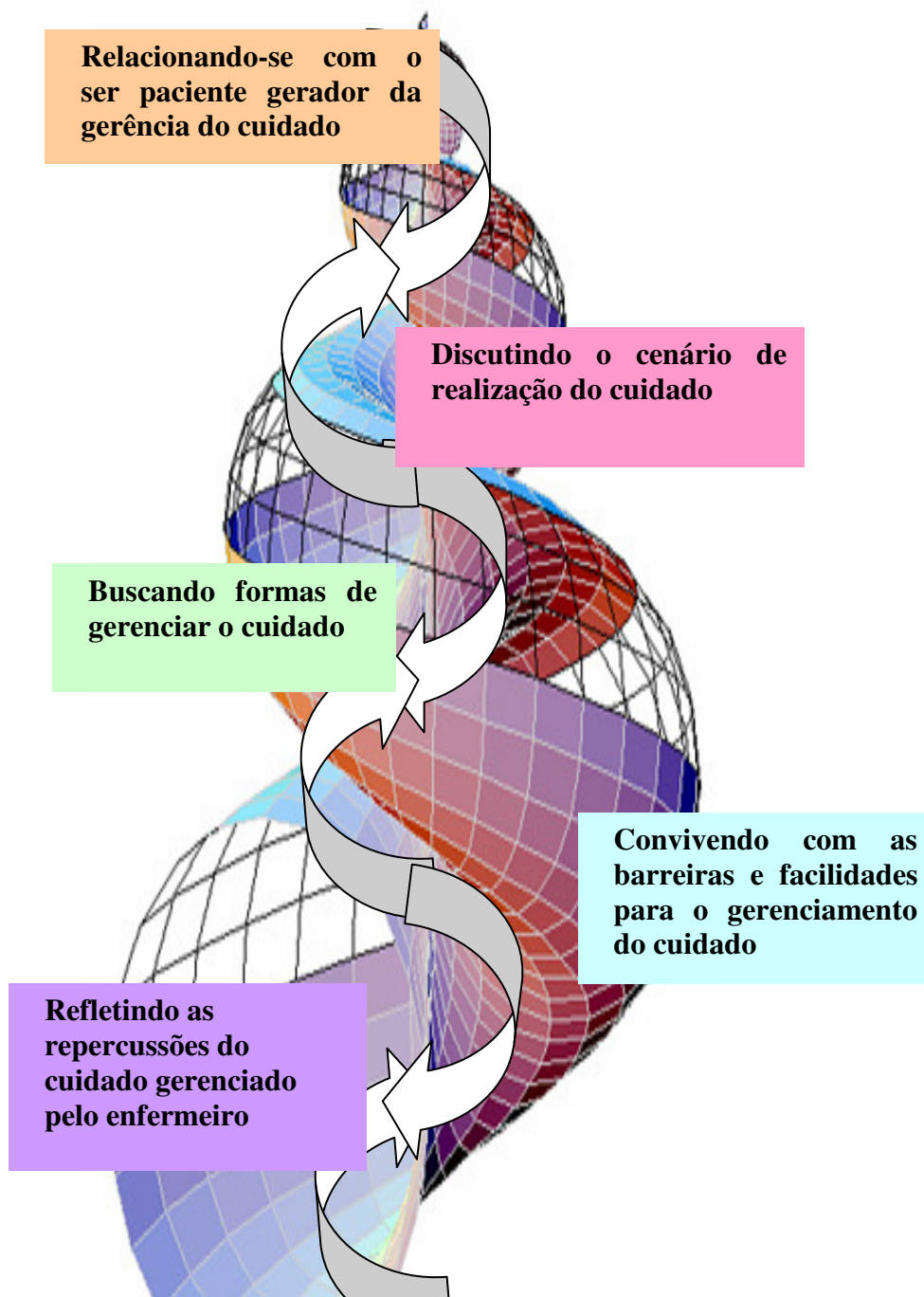
- PREOCUPANDO-SE COM ATIVIDADES QUE NÃO SÃO DE SUA COMPETÊNCIA
- PERCEBENDO O (A) CRESCIMENTO (IMPORTÂNCIA) DOS PROFISSIONAIS DE NIVEL MÉDIO

Assim, diante do processo de categorização apresentado anteriormente, a interconexão das categorias e em consonância com o Modelo Teórico proposto, apresento a Tese de Doutorado: **O ENFERMEIRO RECONSTRÓI FORMAS DE GERENCIAMENTO RELATIVOS AO SEU CUIDAR, EM CONSONÂNCIA COM O AMBIENTE ORGANIZACIONAL EM QUE SE ENCONTRA, A PARTIR DO ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS NA PRÓPRIA REALIDADE VIVIDA, VISANDO A RESOLUTIBILIDADE DAS DEMANDAS DA CLIENTELA FISICA (PACIENTE) E JURIDICA (ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR).**

Segue diagrama ilustrativo do fenômeno central com as suas respectivas categorias que compuseram o modelo paradigmático e que sustentam a tese supracitada defendida nesta pesquisa, emergida do contexto social, cenários de vivência de enfermeiros concernentes a gerência do cuidado, em conformação aos referenciais adotados.



DIAGRAMA 12: FENÔMENO CENTRAL:
**TENDO QUE (RE) CONSTRUIR FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO**



**RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM:
ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL**



CAPÍTULO VI:

DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL

CAPÍTULO VI: DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL: traçando um diálogo com doutores em gerenciamento e enfermagem

Este capítulo visa apresentar um diálogo com demais autores que possuam trabalhos publicados, cujo cerne de discussão pautar-se na gerência em enfermagem.

Assim, ao finalizar a construção do modelo teórico intitulado: **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**, avança-se para a próxima fase do referencial adotado por esta tese de doutoramento. Fase esta que decorre do estabelecimento de um diálogo com outros pesquisadores no âmbito do gerenciamento em enfermagem.

Ao buscar publicações acerca do gerenciamento em enfermagem, que tenham discutidos processos acerca do conhecimento da ação e da interação do enfermeiro na realização da gerência em enfermagem, encontra-se certa escassez de literaturas, para esse campo específico.

Vale ressaltar que pelo fato de ter emergido diversos temas secundários fundamentando as categorias e subcategorias, será realizada uma reflexão em âmbito maior inerente ao modelo construído, no sentido de abordar o conhecimento que tem sido desenvolvido na enfermagem referente a gerência confrontado com o emergido no cenário investigado, que forma o corpo de conhecimentos explicativos dessa ação do enfermeiro em cenários hospitalares, no tocante ao seu cuidar.

Propiciar a contextualização referente ao processo de gerenciamento desenvolvido pelo profissional enfermeiro hospitalar requer o entendimento que tudo decorre de um

processo relacional entre enfermeiro, paciente, instituição e chefias, dotado de dinamismo e objetividade, necessitando de contínuas adaptações por parte dos profissionais envolvidos.

Em termos da compreensão da experiência vivida pelo enfermeiro na gerência do cuidado hospitalar, um dos aspectos significativos encontrados foi a necessidade que esse profissional tem de estar/relacionar-se com o paciente para a realização de um gerenciamento que atenda as suas reais necessidades. Embora este enfermeiro refira a falta de tempo de estar com o paciente, ele sinaliza a importância da relação com o outro, para construção de vínculos, pautados no respeito, para uma melhor resposta ao restabelecimento do paciente.

Ao gerente, é preciso ter, além do conhecimento das bases teóricas da enfermagem, para orientar sua equipe, desenvolver as atividades inerentes à profissão, ao ensino e à pesquisa, **é preciso adquirir conhecimentos e habilidades para gerenciar o grupo**, estabelecer diagnósticos situacionais, tomar decisões precisas e eficazes, além de estabelecer relações harmônicas, sem perder o foco do usuário e da integralidade da saúde (NÓBREGA, 2006).

Segundo estudo realizado por Trevizan, Shinyashiki, Mendes (2005), evidenciou-se que:

O campo da enfermagem e sua relação com outros serviços hospitalares têm sido caracterizados pelo Ethos autoritário. Desta forma, preponderam as relações de dependência, ou seja, relações autoritárias no pensamento e na forma de gerência que se configuram na superioridade e na subordinação, na imposição e no conformismo, existindo incapacidade dos agentes para o desenvolvimento da auto-orientação e iniciativa própria. Tais relações são comuns em organizações burocráticas. Na unidade de internação, o **gerenciamento autoritário então exercido pelo enfermeiro pauta-se, sobretudo, na provisão e no controle rígido de materiais e equipamentos e na supervisão rigorosa dos procedimentos executados pelos trabalhadores. Qualquer iniciativa de autonomia, criatividade ou inovação do enfermeiro é bloqueada pelas chefias** imediata e mediata [...].

É neste contexto em que se desenvolve a construção dos símbolos os quais são agregados significados que, mediante seu conhecimento e compreensão, possibilitam prever situações. É em ambiente hospitalar onde se processa o palco inicial do trabalho de

gerenciamento do enfermeiro, no qual encontram-se diversos entraves. Observam-se certos entraves que a equipe de enfermagem enfrenta em termos da cobrança da chefia e falta de incentivo institucional, conforme defendido por Trevizan, Shinyashiki, Mendes (2005).

É necessário que o enfermeiro passe a desenvolver estratégias buscando novas formas de gerenciar afim de que possa desempenhar suas atividades com presteza e solidez. Para isso deve se utilizar do pensamento crítico de modo que este se traduza em ações, uma vez que pensar criticamente é decidir racionalmente no que acreditar ou não acreditar, utilizando-se do pensamento racional e ponderado para obtermos melhores resultados nas atividades que desenvolvemos no mundo. Pode-se dizer ainda que é saber julgar proposições, argumentos e opiniões e, através de investigação ativa, obter justificações para nossas decisões. E, por fim o pensamento crítico também é uma das principais formas de obtenção de conhecimento (ALFARO-LEFREVE, 1996).

O enfermeiro deve travar uma busca constante pelo aprimoramento, não apenas na possibilidade do tempo, mas ele próprio procurar pelo tempo sempre que se fizer necessário. Apesar de alguns lugares ou pessoas não terem como meta a qualidade de seus serviços pelos investimentos nos recursos humanos, o enfermeiros deve vencer esses contratempos. A gerência, assim como as demais áreas do saber, necessita de profissionais aptos técnica e teoricamente para corresponder ao desempenho qualificado de seu compromisso social.

Ressalta-se ainda que o enfermeiro deve primar pela construção de um profissional crítico, capaz de aprender em um mundo em transformação, que construa sua história, que aprenda fazendo e que busque a transformação do conhecimento (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Muitas são as estratégias para se realizar o gerenciamento do cuidado traçados em cena social. Alguns autores abordam questões que devem voltar-se para o processo de formação. Para Cecílio (2006) é preciso que as instituições profissionalizem os gerentes a

partir de três diretrizes: oferecendo remuneração compatível e compensadora, qualificando-os e exigindo tempo disponível para o exercício da função. A consciência crítica conforme abordado anteriormente, tem sido semeada e encontrada nos enfermeiros. Assim quaisquer formas de estratégias empregadas no âmbito do gerenciamento de modo a torná-lo mais eficaz devem contemplar aspectos que promovam um cuidado planejado, individualizado, humanizado e ao mesmo tempo holístico.

Merhy (2006), a respeito das instituições, refere ainda que:

a instituição de saúde [...] seria visto como uma trama de agentes que teriam certas intencionalidades nas suas ações e que disputariam naquela arena, o sentido global de sua “missão”. Aqueles agentes atuariam fazendo uma mistura, nem sempre muito evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo mais público, formado pela presença conjunta dos agentes, suas intervenções e interações.

É imprescindível compreender as relações interpessoais e grupais no trabalho, com vistas a repensar as relações de cunho apenas pessoal, que muitas vezes predominam (URBANETTO, CAPELLA, 2004, p. 447).

Entre **as diversas atividades que permeiam o fazer do enfermeiro destacam-se as atividades administrativas e assistenciais**, ambas integrantes de um mesmo todo (RODRIGUES e LIMA, 2004). **O enfermeiro, neste contexto, é o responsável pelo gerenciamento do trabalho**, bem como é de sua responsabilidade garantir a qualidade da assistência prestada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

O profissional enfermeiro passou a ocupar uma posição de supervisão e articulação das ações que são desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, tanto referentes a recursos humanos de enfermagem como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e tratamento.

Alguns estudos, tais como de Rossi (2003) e de Gustavo (2005) apontam que os **profissionais têm dificuldades de visualizar a gerência** como parte do cuidado, colocando em tese a identidade profissional do enfermeiro. Muito se deve ao fato do crescimento do trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, cujas funções desempenhadas em âmbito

do cuidado direto, tem realizado, em situações emergenciais, ações que caberiam ao enfermeiro, já que ele, normalmente, é um profissional sobrecarregado e intensamente utilizado pela instituição.

Isto se deve, em parte, porque **se observa na gerência um número elevado de atividades que não colocam o enfermeiro no cuidado direto ao usuário**. Pesquisadores como Rossi (2003) e Alves (1999) referem que entre as **causas do afastamento do enfermeiro** destas atividades encontra-se a **insuficiência destes profissionais nas instituições**, e até mesmo a **resistência do enfermeiro em executar algumas atividades do cuidado direto** tidas como ações técnicas de baixa complexidade, mais apropriadas para os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Mais uma vez Trevizan, Suinyashiki e Mendes (2005) pontuam que:

mudança de gerenciamento do enfermeiro, alicerçada nas relações de independência, parece-nos inadequada. De um comportamento autoritário, de uma mentalidade de comando e controle, o enfermeiro está passando a assumir condutas liberais, deixando seu colaborador à vontade, sem orientação, resultando no afrouxamento dos critérios da assistência que busca a excelência. Temos convicção de que o trabalho de enfermagem – assistencial e gerencial – não pode ser balizado nas relações de independência. Assim sendo, acreditamos que compete ao enfermeiro assumir uma postura diferente, transcendendo o gerenciamento que tem exercido. Estamos falando de liderança para a revitalização das organizações de enfermagem. Trata-se de um desafio para os enfermeiros que visualizam além do tempo presente e que acreditam fortemente na finalidade da enfermagem.

Nóbrega (2006) corrobora defendendo que nas dimensões relativas ao gerenciamento do cuidado, esse conflito parece ter origem em duas concepções. A primeira que se relaciona à manutenção de um cuidado quase ilhado ou sacralizado, partindo muitas vezes de ações mecanizadas, fragmentadas, mais individuais do que coletivas, com ênfase na ação direta do profissional com o usuário, desconectada, muitas vezes, de uma reflexão prévia ou mais ampla, ou de um envolvimento maior com a continuidade e com o contexto em que esse cuidado ocorre.

Esta mesma autora discute uma segunda concepção no que diz respeito à forma de administração também mecânica, direcionada, tendo como foco o funcionamento dos setores dos estabelecimentos hospitalares e dos seus recursos, como se esses contemplassem sustentáculos e meios para a produção e manutenção do cuidado.

Entretanto, o que se afirma, é que a atividade gerencial faz parte das práticas de cuidado, entretanto isto não está claro para os enfermeiros. Muitos enfermeiros não percebem que na enfermagem o gerenciamento pode ser realizado através de ações diretas do profissional com o usuário, por intermédio de delegação e ou articulação com outros profissionais da equipe de saúde. **O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando o delega ou o faz, quando prevê ou provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado.**

Conforme reforça Ferraz (2000) o cuidar e o gerenciar não aparecem como atividades excludentes, **o trabalho da enfermeira é multidimensional**, uma vez que suas práticas entrelaçam os processos de “cuidar gerenciando e gerenciar cuidando”. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, “seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência” (ALMEIDA, 2004):

Alguns autores como Mazur et al (2007) trazem reflexão acerca do trabalho executado pelo enfermeiro, onde ressalta estratégias de ação para seu desenvolvimento:

Há que se ressaltar que o enfermeiro, no cotidiano de sua prática em instituições de saúde, é responsável pelo gerenciamento do cuidado. Este tem por finalidade **proporcionar todas as condições necessárias** à sua execução. Nesse contexto, seu **agir é permeado pelo entrelaçamento do conhecimento técnico-científico** com os conhecimentos e princípios éticos adquiridos e construídos na sua trajetória existencial e armazenados em sua bagagem cultural. Desta maneira, podemos dizer que entram em jogo valores pessoais e da profissão que **exigem do enfermeiro uma reflexão e avaliação constante no desenvolvimento da sua prática profissional, tanto assistencial como gerencial.**

Assim, aponta-se a gerência como parte do cuidado, uma vez que a mesma é permeada pela assistência, pois **é impossível gerenciar o cuidado sem conhecê-lo detalhadamente e sem estar envolvido com as atividades assistenciais**. Não há como efetivar-se as atividades assistenciais sem a articulação, o planejamento e avaliação da gerência.

A enfermeira articula, supervisiona e controla as ações que são desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores de saúde, tanto referentes ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos voltados para diagnóstico e tratamento. O papel gerencial da enfermeira inclui inúmeras atividades que são necessárias e indispensáveis para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo.

Tais atividades sobrecarregam sobremaneira o enfermeiro e, ao refletir sobre os fatores intervenientes no processo de gerenciamento, Mazur et al (2007) discutem as questões éticas do gerenciamento e elencam os fatores geradores de conflitos em âmbito institucional, reforçando que:

fator freqüentemente apontado como gerador (dimensionamento de pessoal) de conflito para os profissionais de enfermagem nas instituições, pois existe uma demanda de cuidados aos pacientes que necessitam de atendimento, que nem sempre é realizado com a qualidade almejada, fato que suscita questões éticas. Neste sentido, a ética relacionada com a instituição diz respeito a como o trabalho é organizado no tocante aos recursos humanos e materiais, e, freqüentemente, em algumas instituições, os trabalhadores se vêem na contingência de terem que atuar com recursos materiais inadequados, de qualidade questionável e insuficientes em quantidade – situações que expõem os trabalhadores a riscos ocupacionais, ou os pacientes a riscos relativos à biossegurança. Tendo em vista a relação entre a ética e a organização do cuidado, pode-se afirmar ainda que questões éticas que advêm de inadequadas condições de trabalho se refletem no cuidado prestado pelos profissionais ao paciente, mas também no relacionamento interpessoal entre profissionais de enfermagem, e entre estes e aqueles que são o objeto de seu cuidado.

Por mais que se discuta e apresente questões referentes a importância do gerenciar e cuidar caminhando concomitantemente, observa-se uma visível crise de identidade

profissional, na qual **os enfermeiros sinalizam com a preocupação pela dicotomização** entre teoria e prática, e ainda, uma separação entre assistência e gerência, dentro do universo do cuidado em enfermagem, conforme refere Nóbrega (2006).

Acredita-se, neste sentido, que não são as atividades de gerência que afastam os enfermeiros das práticas de cuidado, mas sim a supervalorização de algumas atividades da gerência mecanizantes em detrimento de outras da assistência direta ao usuário, ou seja, a **falta de articulação do tempo e dos recursos da assistência**. Desse modo, ocorre a **fixação do profissional em funções administrativas com ênfase para o controle mecânico** das atividades, as quais muitas vezes, poderiam ser exercidas por outros agentes.

Ainda dentro dessa linha de raciocínio, vale dizer que:

Entre as considerações que devem ser feitas na argumentação por melhores condições de trabalho, o enfermeiro pode enfatizar que quando se tratam de questões de *déficit* de pessoal para atender à demanda de cuidados aos pacientes, o princípio ético universal da beneficência é desrespeitado. Esse princípio refere-se às ações que devem ser implementadas na tentativa de se promover o bem(9) dos pacientes. Porém, ainda que o profissional o deseje, demonstrando comportamento ético, nem sempre consegue contribuir para o alcance do bem estar dos pacientes, devido à impossibilidade de realizar-lhe os cuidados necessários, uma vez que requerem a sua presença junto ao paciente para se efetivarem. (MARQUIS, HUSTON; 2005)

O diferencial que irá demarcar **o gerenciamento feito pelos enfermeiros** como sendo verdadeiramente gerenciamento do cuidado será o seu **posicionamento diante do modo como desenvolvem o trabalho**. Contudo, é preciso reconhecer o cuidado como foco possível de ser gerenciado dentro do universo organizacional em uma dimensão que extrapole o tecnicismo. E tais questões não apenas na visão do enfermeiro, contudo, a busca de estratégias de formas de gerenciar que alcancem a instituição enquanto pessoa jurídica para que de fato dêem mais valor ao trabalho da enfermagem, contornando os déficits em termos de matérias e recursos humanos.

Assim, as **atividades gerenciais** não representam, necessariamente, um desvio de função, e sim uma **prática profissional** que engloba o cuidado e se alicerça nele, pois **atende as necessidades sócio-organizacionais e estruturais do processo de trabalho em saúde.**

A reflexão acerca das práticas de enfermagem e sua repercussão para a profissão, onde o enfermeiro tem se afastado do cuidado e se preocupado com funções que não são de sua competência deve ser um fator relevante para debates. Vale a pena questionar, ainda, se a **gerência tem consumido muito tempo dos enfermeiros** e/ou se tem sido corretamente planejada, a fim de que estes profissionais consigam atender as demandas das atividades gerenciais e assistenciais com equidade, e sempre que necessário, consigam transitar entre ambas.

Sabe-se das **sobrecargas de trabalho, da falta de profissionais e recursos**, entre outros problemas, que têm **interferido para a baixa resolutividade das práticas de saúde**, em especial nas instituições públicas, mas se faz necessário que os profissionais reflitam, em especial os enfermeiros, acerca de suas práticas e busquem **re-significação de seus papéis** e compromissos frente às necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

A esse respeito autores como Higa e Trevizan (2005) defendem que:

Entende-se que buscar a interação entre assistência e gerência é um dos principais desafios das ações de enfermagem na atualidade. Acredita-se que é preciso agregar outros valores à prática das organizações hospitalares, de onde emergiu a necessidade de desenvolvimento da capacidade de liderança e coordenação de todos os profissionais, em destaque o enfermeiro, no sentido de prepará-los para a tomada de decisões nas unidades de cuidados, para articular as demandas da política institucional, os interesses das equipes que nela atuam, para elaborar, com competência e clareza, projetos coerentes e adequados à realidade, uma vez que a liderança impulsiona o trabalho em equipe, a cooperação, os mecanismos de comunicação em todos os sentidos, constituindo-se atributos requeridos para o processo de mudança organizacional.

Apesar do contexto hospitalar estudado ter sido público, percebe-se uma certa ênfase a capacidade de liderança do enfermeiro na realização do seu trabalho, seja no sistema público

ou privado, na assistência hospitalar ou na atenção básica. Dessa forma, ele passa a agregar à assistência outros atributos importantes para realização do cuidado como o gerenciamento das ações, planejamento e gestão de pessoal. Estas atribuições passaram a conferir uma nova dimensão ao trabalho deste profissional, e que vão ao encontro a gerencia do cuidado na construção de símbolos que evidenciam esse processo construído mediante a interação enfermeiro-paciente.

Outro aspecto importante é a latente **necessidade de melhor definição do papel da enfermeira na formação acadêmica**, isto tem sido buscado através das **reformulações curriculares** e pela atual busca pela melhor estruturação da teoria e prática, da construção conjunta de discentes e docentes, da problematização das práticas de saúde, da constante tentativa de aproximação das realidades sociais em que as instituições de ensino e de assistência estão inseridas, entre outros pontos relevantes.

Faz-se necessário destacar a importância da motivação profissional, uma vez que é considerada determinante na forma de agir do enfermeiro frente ao usuário e aos demais profissionais de saúde, na forma como formula estratégias para melhorar suas práticas e se empenha em alcançar a satisfação do usuário.

Por fim, é importante dialogar sobre a construção dos símbolos e significados acerca do papel do enfermeiro para perspectivas na qualidade de gerente do cuidado. Verifica-se a preocupação deste com as atividades de outros profissionais e isso o coloca mais distante da assistência, uma vez que percebe-se certo consenso em termo da sobrecarga de trabalho desenvolvida por esse profissional, somado as diversas cobranças e obrigações que ele deve atender. A esse respeito Vietta et al (2006) ao estudarem a evolução da enfermagem no contexto de um hospital escola defendem que:

Os sujeitos opinam que o enfermeiro da década 70 era melhor preparado do que o atual e tinha maior competência. Suas experiências revelam que o enfermeiro recém-formado chega inseguro, não mostra habilidades técnicas e se sente perdido. Em relação ao relacionamento da enfermeira com a equipe médica e de enfermagem, os sujeitos consideram ter sido um período de trocas e reciprocidades estabelecidas em base mais humanas. Sentiam-se respeitadas em suas opiniões e reconhecidas em seus conhecimentos. Havia um relacionamento mais estreito e amigável. Neste aspecto sentem muitas diferenças entre a década de 70 e hoje, considerando que o relacionamento entre os profissionais é mais impessoal e o respeito já não é o mesmo. Acreditam que tal dificuldade tem muito haver com o despreparo do enfermeiro que não tem mais tanto domínio do saber. Sentem ainda uma falta de união da classe.

Verifica-se a necessidade de buscar formas, em especial no tocante a valorização do profissional para consigo e para com a sociedade, onde venha a desenvolver a plenitude do trabalho que desempenham, dentro do contexto hospitalar. Para tal as instituições de ensino carregam a responsabilidade nesse processo, não abstendo todos os enfermeiros, sejam eles da pesquisa, ensino e assistência, no tocante a formação de recursos humanos das instituições brasileiras de ensino. Vale ressaltar que aqui discutimos não o fato do enfermeiro ser ou não ser respeitado, até por que tudo em âmbito pessoal ou profissional, é consequência da postura e forma de interagir com o outro.

Vietta et al (op.cit., 2006) refere ainda que a partir de seu estudo, verificou-se certa deterioração da postura profissional do enfermeiro no contexto da equipe de saúde com consequente perda de status para este profissional. Ainda resalta que os sujeitos consideram também que toda esta trajetória foi desenvolvida sob uma imagem tradicional e disciplinar do profissional, sobretudo de uma visão moral rígida. Havia muito rigor e controle da conduta do enfermeiro. Enquanto na atualidade, a postura manifesta-se através do desinteresse e falta de compromisso com o trabalho.

Para que o enfermeiro não perca seu prestígio e visibilidade, basta passar a desempenhar suas funções previamente estabelecidas, agindo em benefício da classe, trabalhando premissas referentes a conflitos, relacionamento interpessoal, definição/cumprimentos de funções. Pois desta forma, poder-se-á evitar a possibilidade de

substituição da mão de obra qualificada do enfermeiro, por outros profissionais sem o nível de formação e preparo que as escolas têm dado a esse profissional que é de extremo valor e importância para profissão.

Assim, RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL apresenta-se como a essência da experiência do enfermeiro no gerenciamento do cuidado evidenciando que este busca a compreensão de novas formas de gerenciar, no sentido de refletir sobre suas ações e conseqüências de seu trabalho, manifestando preocupação com as barreiras institucionais e a própria valorização profissional, no sentido de preservar o ser enfermeiro.



CAPÍTULO VII:

VALIDANDO O MODELO TEÓRICO DA TESE

CAPÍTULO VII: VALIDANDO O MODELO TEÓRICO DA TESE

Este capítulo destina-se a descrever o processo de validação do modelo teórico emergido, nesta tese de doutoramento, intitulado: **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**. É importante ressaltar que a validação tem como objetivo maior apurar o quão refinado a teoria descreve o fenômeno, bem como a pertinência em termos de relações.

Para a validação do modelo teórico foram convidadas três enfermeiras, do Núcleo de Pesquisa GESPEEn da EEAN/UFRJ, as quais no momento do convite se prontificaram a participar desse processo. Das três, duas participam de um Grupo de estudos sobre a TFD da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Assim, foi marcado de comum acordo, o dia, a hora e o local para realização do processo de validação. Nesse sentido, estiveram presentes na reunião: eu, a orientadora da tese (Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite) e duas bolsistas de iniciação científica do CNPq, do último período do curso de graduação em enfermagem, para observarem o momento, convidadas pela orientadora da tese. Isso me reportou a época de graduação onde, assim como elas, participava de momentos similares e hoje me vejo defendendo essa tese, onde nessa e no mestrado, trabalhei com a TFD.

A reunião foi direcionada por um roteiro (APENDICE – F), equacionada em cinco momentos inerentes a validação, que serão apresentados e descritos, a seguir.

- PRIMEIRO MOMENTO:

Já com um gravador ligado, foi aberta a reunião, onde agradei a presença de todas, expus os objetivos da reunião para validação e solicitei a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE – G) de cada uma das enfermeiras participantes.

- SEGUNDO MOMENTO:

Neste momento, já com o gravador ligado e após aquiescência mediante assinatura do termo para participação, iniciou-se a realização de algumas perguntas de modo a caracterizar esse grupo, o qual se constituiu no Grupo Amostral C (terceiro grupo amostral). Assim, algumas características das enfermeiras que conferiram validade ao modelo construído, são encontradas no quadro a seguir:

QUADRO 29: CARACTERIZAÇÃO DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL (GRUPO DA VALIDAÇÃO DA TESE DE DOUTORADO)	
CARACTERÍSTICA	TOTAL DE OCORRÊNCIAS GRUPO AMOSTRAL C
SEXO: Masculino Feminino	 0 3
TEMPO DE ATUAÇÃO NA PROFISSÃO: 2 a 5 anos 6 a 10 anos	 1 2
ÁREA DE ATUAÇÃO ATUAL: Docência Plantonista Plantonista + Chefia de unidade	 1 1 1

CARACTERÍSTICA	TOTAL DE OCORRÊNCIAS GRUPO AMOSTRAL C
TITULAÇÃO Mestrando Doutorando	2 1
TOTAL DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS: Apenas um Dois Mais de dois	2 1 0
EXPERIENCIA COM A TFD Aplicando no doutorado Aplicando no mestrado Não possui, apenas conhece	1 1 1

Fonte: Grupo Amostral C (2008)

A partir do quadro observa-se que, todos os sujeitos do grupo de validação pertencem ao sexo feminino. Em relação ao tempo de atuação na enfermagem a maioria (total de dois) possui experiência prática compreendida entre 6 a 10 anos, seguido de uma com experiência entre 2 e 5 anos. No tocante a área de atuação atual e total de vínculos empregatícios houve uma docente de uma instituição de ensino superior federal em regime de dedicação exclusiva, uma enfermeira com dois vínculos que trabalha como plantonista de uma pediatria de uma instituição pública e em outra instituição como responsável técnica pela central de material e esterilização de outro órgão público. Em termos de suas titulações, uma terminando o doutorado e duas o mestrado. No tocante ao conhecimento do método utilizado por essa pesquisa, todas conhecem a teoria Fundamentada nos Dados, sendo uma mestranda e uma doutoranda utilizando-a em suas respectivas pesquisas.

Assim, tendo em vista o grupo, considera-se que possui características que favorecem ao processo de validação, haja vista a trajetória profissional de cada uma e o conhecimento pelo método conforme características e depoimentos a seguir:

Sexo feminino, 8 anos de atuação na enfermagem. Na atualidade possui apenas um vínculo empregatício, no qual ocupa cargo de professor assistente numa universidade federal. Em termos de sua experiência profissional pode-se dizer que trabalhou na enfermagem até o final do ano passado na assistência, quando então fez concurso e inicia-se, enquanto docente em regime de dedicação exclusiva a área docente. (Nota do Pesquisador sobre a primeira participante, Enfa (1,3))

comecei trabalhando no hospital cardio-trauma em Ipanema, setor de emergência, de lá eu fui convidada a trabalhar num Home-care da empresa da Amil... A época fiquei lá no home care e no cardio-trauma durante sete meses concomitante e depois sai da emergência e fiquei so no home care durante um período de dois anos e meios. Depois fui fazer meu mestrado, e depois de um ano fazendo meu mestrado fui convidada pela faculdade Souza Marques, fui para lá e fiquei dando aula durante um período e depois fui para Universidade Estácio de Sá. Quando eu entrei na Estácio em 2003 eu tinha feito um concurso público, hospital público de Macaé e aí comecei a trabalhar em Macaé onde fiquei quatro anos na assistência direta aos pacientes em unidade de terapia intensiva e no setor de emergência... e sempre trabalhando na Estácio e em Macaé... No ano passado conclui minhas atividades e passei num concurso que é de dedicação exclusiva . Então no momento eu só atuo no ensino na

UFF e na pós graduação a convite em aulas para pós graduação. Realizando o doutorado dentro do referencial metodológico da TFD. (Enfa (1, 3)).

Sexo feminino, 7 anos de atuação na enfermagem. Na atualidade possui dois vínculos empregatícios, no qual ocupa cargo responsável técnico e plantonista. Trabalho hoje em dois lugares onde em um eu respondo tecnicamente como enfermeira, é claro, pela central de material e esterilização e no outro trabalho como enfermeira plantonista no setor de pediatria. (Nota do Pesquisador sobre a segunda participante, Enfa (2,3))

Eu me formei em 2001, pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, já ao termino da graduação eu ingressei no home care da amil, como enfermeira domiciliar e onde fiquei pouco tempo pois logo em seguida prestei concurso para hospital da rede Sara onde fui atuar em Brasília, depois retornei ao Rio de Janeiro, fui fazer residência no hospital naval Marcílio Dias e antes de concluir a residência eu fui aprovada no concurso da Fundação Oswaldo Cruz onde entrei para o IFF – Instituto Fernandes Figueira e atuo ate hoje como enfermeira da central de material de esterilização. Concomitante a esse tempo eu prestei concurso para prefeitura do rio, passei e desde 2003 atuo lá como enfermeira plantonista da pediatria. Em 2006 entrei para o mestrado e estou terminando agora no final do primeiro semestre de 2008. Realizando o mestrado dentro do referencial metodológico da TFD. (Enfa (2, 3)).

Sexo feminino, 4 anos de atuação na enfermagem. Na atualidade possui apenas um vínculo empregatício, no qual ocupa cargo de plantonista. (Nota do Pesquisador sobre a terceira participante, Enfa (3,3))

Atuo como enfermeira há 4 anos como enfermeira plantonista, num setor de clínica médica. Sou formada pela escola de enfermagem Anna Nery, quando me formei prestei residência para o instituto nacional do câncer e aí passei, começou minha trajetória como residente, depois de dois anos eu fiz especialização em pesquisa clínica e depois fui contratada como enfermeira plantonista de cuidados paliativos e até hoje eu estou lá. E hoje faço ainda o mestrado. Meu referencial é no contexto da pesquisa interpretativa. Enfa ((3, 3)).

- TERCEIRO MOMENTO:

O terceiro momento foi destinado a apresentação da tese, focando aspectos referentes às bases de sua construção no que tange ao objeto de estudo, às justificativas, às questões norteadoras, aos objetivos, aos referenciais teórico-metodológicos. Após esse momento foi apresentadas as categorias e os fenômenos da pesquisa.

- QUARTO MOMENTO:

A discussão para o processo de validação durou em média três horas, as quais foram bastante produtivas e ricas no tocante ao processo de lapidação e validação do modelo teórico

pelas enfermeiras participantes: **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**. Penso que o congrassamento de todos os participantes visando a validação do modelo fez com que cada um manifestasse seu ponto de vista e mediante exposição de experiências de seu cotidiano, foram complementando-se em termos das exemplificações de situações vivenciadas. Ou seja, as enfermeiras exemplificavam seu cotidiano fazendo alusão às categorias e fenômenos emergidos da tese entrelaçando com suas vivências.

Esse momento foi o ponto crucial da reunião onde as participantes iniciaram considerações sobre a construção do modelo teórico, pontuando cada aspectos dos elementos constituintes do Modelo Paradigmático sugerido por Strauss e Corbin (1990). Assim foi solicitado ao grupo de validação que manifestasse sua compreensão a respeito dos fenômenos/categorias emergidos, tecendo considerações sobre a sua construção. Deixou-se cada um dos participantes bem a vontade para criticar cada categoria, subcategoria e fenômeno surgidos. E, por fim, foi solicitado que expressassem seu ponto de vista a respeito do desenvolvimento do modelo e as suas possíveis contribuições para a área/prática de enfermagem. Foi também distribuído papel e caneta para anotarem, escreverem ou desenharem algo, se fosse o caso.

Assim, procurei ouvir atentamente cada sujeito do grupo validador, no sentido de confirmarem ou não o modelo construído. Todas as sugestões foram analisadas e com a praticidade do gravador, puderam ser ouvidas várias vezes. A partir desse encontro, que possibilitou a validação do modelo teórico construído, realizamos algumas alterações visando maior clareza, densidade e profundidade. Este processo será descrito, a seguir.

Ao iniciar a apresentação do modelo teórico, optamos por fazer a leitura das categorias, compartilhando com os sujeitos alguns códigos e depoimentos que subsidiaram

sua construção. Evidenciamos nos sujeitos, em termos de suas linguagens verbal e não-verbal, a concordância com os constructos.

A reunião foi bastante produtiva com o seletivo grupo de enfermeiras selecionadas para a validação do modelo. A riqueza das contribuições foi imensurável e por sua vez, muito gratificante, e confirmou os achados da pesquisa.. Os enfermeiros relataram que as categorias emergidas, componentes dos elementos do modelo paradigmático desta tese, expressam de forma clara, objetiva e elucidativa, suas percepções concernentes ao gerenciamento do cuidado realizado pelo enfermeiro. Essas categorias são: **relacionando-se com o ser paciente gerador da gerência do cuidado, discutindo o cenário de realização do cuidado, buscando formas de gerenciar o cuidado, convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado e refletindo sobre as repercussões do cuidado gerenciado pelo enfermeiro.**

O processo de validação foi realizada mediante observação da linguagem escrita, verbal e não-verbal. Ressaltamos que para melhor captar a linguagem escrita, fornecemos os diagramas impressos, deixando os sujeitos livres para rabiscá-los, fazendo qualquer tipo de anotação de interesse. Isto favoreceu a captação da expressão escrita que, concatenado com a gravação e gestos, contribuíram para reforçar a validação feita pelos participantes.

Assim, os papéis que encontravam-se com os diagramas, deixamos livres para que os enfermeiros fizessem suas considerações que, a partir de seus gestos, falas e rabiscos, cada vez mais caminhava-se para o fortalecimento, lapidação e validação do modelo.

Neste contexto, salientamos que a representação gráfica, por meio dos diagramas, auxiliaram significativamente esse processo. Ou seja, percebemos em expressões verbais e não verbais as reações dos enfermeiros mediante aos resultados. Verificamos que, os enfermeiros ao apreciarem as ilustrações gráficas das categorias, antes mesmo das explicações

a respeito delas, demonstravam compreensão das mesmas, e diziam, “*nossa é isso mesmo*”, “*é dessa forma que acontece!!!*”.

Contudo, os enfermeiros apresentaram sugestões concernentes às nomenclaturas empregadas para a representação das abstrações tendo em vista principalmente os nomes dados as subcategorias. Dessa maneira, reconheceram palavras que puderam dar um tom especial, ou seja, um rigor em termos de refinamento a partir da experiência. Todas as sugestões foram cuidadosamente analisadas. Assim, após orientação, essas palavras puderam ser empregadas no estudo, uma das palavras que inclusive, sugestão dos enfermeiros foram o fato desse profissional, em meio a todo o seu trabalho, tem que enfrentar desafios não apenas institucionais, como também de valorização profissional. A expressão “**DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**” foi sugerida pelo grupo, uma vez que testemunharam ser esse enfrentamento, na atual conjuntura, um dos principais que o enfermeiro deve transpor.

Sobre o Modelo Teórico, **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL** os enfermeiros mostraram singular interesse, relatando concordar com a idéia defendida, mencionando que satisfaz as suas percepções quanto ao vivido no gerenciamento do cuidado.

De fato, percebemos durante a apresentação do fenômeno central, que o mesmo estimulou a fala dos entrevistados, já que começaram a relatar variados exemplos de situações práticas reafirmando a concepção de processo de gerenciamento do cuidado onde o enfermeiro vive em seu cotidiano a necessidade de (re) contruir formas de gerenciamento, das vicissitudes encontradas concernentes às questões institucionais e as de cunho pessoal.

Em relação ao diagrama representativo do Modelo Teórico, o desenho esquemático tendo como base uma espiral em 3D foi compreendido satisfatoriamente pelos enfermeiros,

como sendo o movimento de relacionamento entre as categorias emergidas, onde uma entrelaça-se com a outra, numa relação próxima de causa e efeito

A validação possibilitou o encontro dos achados da pesquisa com a vivência mesma dos enfermeiros entrevistados, dos grupos amostrais A e B, no que se refere ao gerenciamento do cuidado, tendo sido uma excelente estratégia para o amadurecimento científico do pesquisador e para a manutenção do rigor metodológico necessário quando da utilização da TFD.

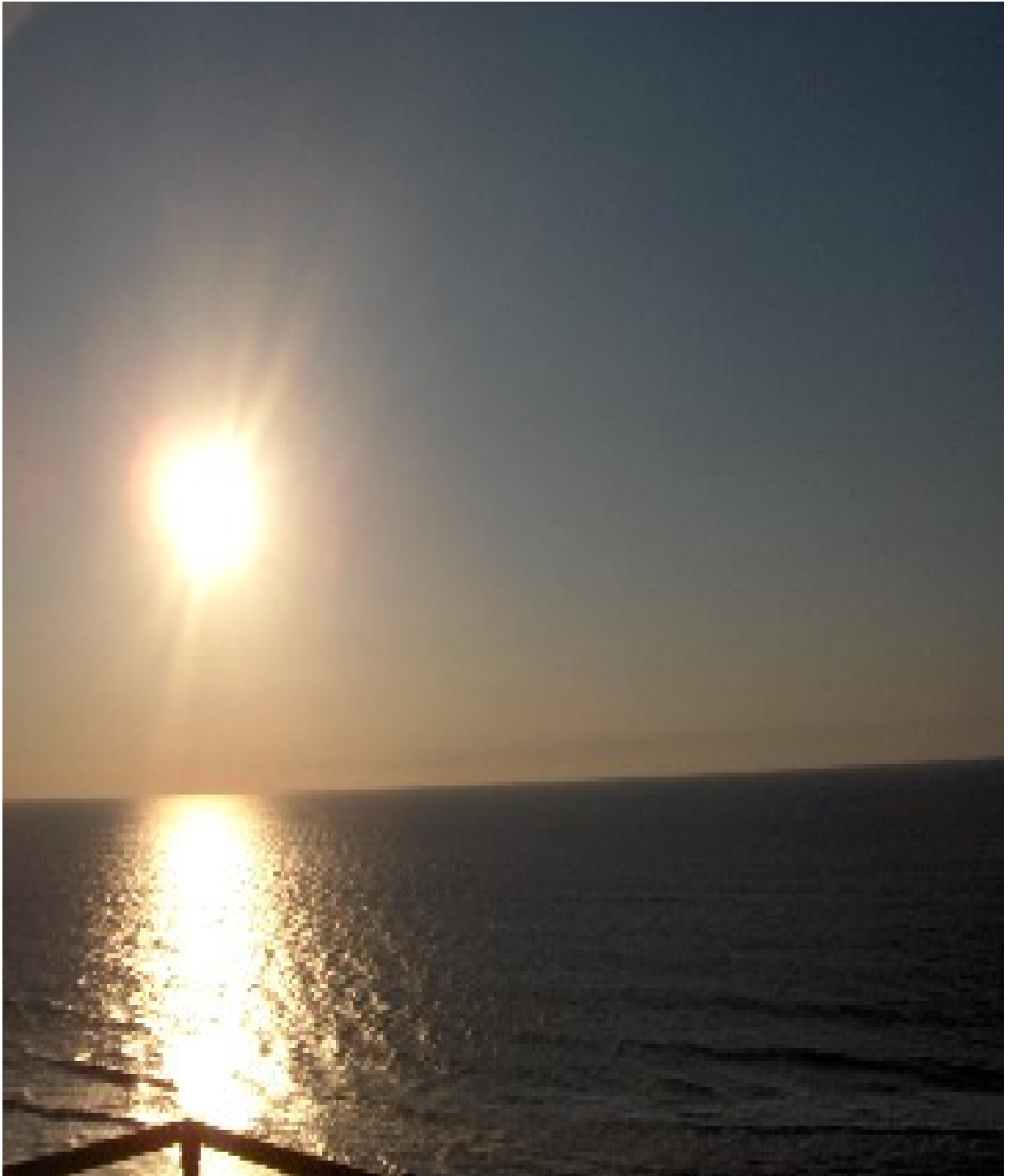
Creio que, apesar de todo esse processo tendo em vista a riqueza de detalhes emergidos, foi um pouco difícil colocar nessas poucas linhas, ora escritas. Por mais que estejamos chegando ao fim de um processo, sabemos que pela sua dinâmica circular, o modelo construído esta a mercê de críticas e sugestões para a continuidade de seu aprimoramento, inclusive por parte da pesquisadora.

Dar seqüência a esse processo é o compromisso que firmamos diante dos fatos e acontecimento emergido das discussões sobre o gerenciamento do cuidado, aqui estabelecido. Dizer que concluímos e até mesmo, que fechamos o modelo é resistir às mudanças e às possibilidades de crescimento.

Assim, almejo que pesquisadores e demais profissionais de interesses afins possam aplicar, criticar, avaliar e (re) construir (novos) significados para essa realidade que hoje, no passo que estamos, fazemos uma breve pausa. Cabe dizer que, os conceitos suscitados pelo estudo são passíveis de motivar o surgimento de outras inquietações levando os enfermeiros a novas reflexões e a novas pesquisas no tocante ao gerenciamento do cuidado.

Por fim, referimos ainda que os participantes mostraram-se bastante interessados pelo Modelo Teórico, verbalizando em diversos momentos que ele correspondia a sua realidade gerencial. Este último momento da TFD, o processo de validação, fornece ao pesquisador, que buscou pela construção do modelo, certa tranquilidade sobre os dados investigados em cena

social, respaldando a apresentação dos conceitos que aqui são defendidos e publicados. Ficamos felizes com o resultado final, em especial de saber, subsidiado pelos últimos enfermeiros participando dessa pesquisa, que o modelo construído é um reflexo de suas vivências e representa claramente a realidade acerca do gerenciamento do cuidado feito pelo enfermeiros, em âmbito hospitalar.



REFERENCIANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERENCIANDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em fase de conclusão da presente tese de doutoramento, com a construção do modelo teórico **RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR EM ENFERMAGEM: ENFRENTANDO OS DESAFIOS INSTITUCIONAIS E DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**, fazem-se necessárias algumas reflexões.

Na verdade, percebemos que o fim desse processo representa um grande começo no tocante ao saber-fazer do enfermeiro no gerenciamento do cuidado. Podemos dizer que essa etapa foi uma das mais esperadas, não por simplesmente chegar ao fim, mas por ver a construção final e poder lançar mãos de meios para fazer frutificar os conhecimentos construídos.

Antes de iniciar as reflexões, julgamos importante um breve *feedback* aos principais pontos do processo de codificação de dados. É importante dizer que essa pesquisa foi construída baseada na vivência prática de 13 enfermeiros alocados em dois hospitais públicos situados no Estado do Rio de Janeiro, compondo dois grupos amostrais (A e B) com 5 e 8 sujeitos, respectivamente.

Em termos da caracterização, verificou-se que a maioria pertencia ao sexo feminino (total de oito) tendo a predominância de idade compreendida na faixa etária entre 31 a 40 anos e 41 a 50 anos (total de cinco sujeitos em cada). Em termos do tempo de atuação na enfermagem encontraram-se sete com tempo entre 6 a 10 anos, seguidos de 6 sujeitos (três em cada) distribuídos entre 2 a 5 anos e 11 a 15 anos. Por fim ao indagar sobre o cargo ocupado da instituição, encontraram-se 11 em âmbito de enfermarias e 2 em cargo de chefia.

As exaustivas leituras e reflexões acerca do material transcrito, concatenado ao aporte do referencial adotado, em especial, no que tange ao movimento circular e comparativo,

possibilitaram a compreensão dos significados atribuídos por enfermeiros no tocante às suas vivência na gerência do cuidar.

O processo do gerenciamento do cuidado feito pelo enfermeiro é algo dinâmico, que se assenta numa tríade que valoriza a equipe de saúde, a instituição e o paciente, onde todos se encontram em constante relacionamento, favorecendo a construção de símbolos e significados decorrentes das interações. Importante ressaltar que o enfermeiro encontra-se no centro dessa tríade estabelecendo relações/interações.

Importante ressaltar que a análise e a comparação constante dos dados associados à sensibilidade teórica possibilitaram a compreensão dos significados das ações e interações que o enfermeiro desenvolve ao gerenciar o cuidado em ambiente hospitalar. Por sua vez, este demonstra sua vivência baseada numa busca por novas formas de reconstruir o gerenciamento do cuidado, o que demanda deste profissional, habilidades e competências visando o cliente, a instituição e a própria posição profissional. Este processo possibilitou a emersão de cinco categorias, quer sejam: relacionando-se com o ser paciente gerador da gerência do cuidado, discutindo o cenário de realização do cuidado, buscando formas de gerenciar o cuidado, convivendo com as barreiras e facilidades para o gerenciamento do cuidado e reflexionando as repercussões do cuidado gerenciado pelo enfermeiro.

O modelo teórico construído foi validado por um grupo de três enfermeiras que fazem parte do Grupo GESPEn. Assim, em termos da caracterização do grupo de validação, que consistiu no grupo amostral C, obteve-se a maioria com atuação profissional entre 6 a 10 anos, onde duas possuem um vínculo, enquanto uma, dois vínculos empregatícios. Em relação a atuação atual profissional, uma é docente, uma plantonista e outra plantonista e responsável técnica de setor. Em termos da titulação e conhecimento sobre a TFD encontrou-se que duas mestrandas uma doutoranda, tendo as três, conhecimento sobre TFD.

O grupo possui características que conferem parecer positivo de credibilidade ao processo de validação. Importante dizer que foi conferido pelas enfermeiras do grupo amostral C (validação), validade ao modelo teórico delineado, no qual enfatizaram a importância do mesmo na esfera do gerenciamento do cuidado em enfermagem, denotando o seu reflexo em termos de sua representatividade e correspondência quanto ao cotidiano do enfermeiro nesse gerenciamento.

Agora, findado o processo, cabe ressaltar que esta pesquisa foi bastante trabalhosa, embora já tivesse experiência com o referencial adotado. É muito gratificante, e por assim dizer, um sentimento indescritível ver o produto final. Submetê-lo a validação e perceber que este, subsidiado pelo referencial teórico da Interação Simbólica, possibilita aos profissionais e demais pessoas que tiverem acesso às informações desta tese, se colocar no lugar dos enfermeiros da pesquisa e vivenciar o gerenciamento do cuidado.

Este fato de se colocar no lugar do outro e vivenciar o gerenciamento é reforçado pela construção do modelo e, conseqüente validação. Ao apresentar os diagramas, as enfermeiras foram narrando cada categoria numa perspectiva que pareciam os sujeitos participantes da construção dos conceitos para o modelo.

É importante pontuar que o modelo teórico aqui apresentado, acerca da experiência de enfermeiros em meio ao gerenciamento do cuidado, encontra-se aberto para novas reflexões e considerações das características de qualquer teoria: a possibilidade de refutação. Tendo em vista os preceitos do referencial adotado acredita-se que outro pesquisador com a sua sensibilidade teórica, com outros sujeitos, num outro momento e em outra realidade possa apresentar outro modelo.

Vale ainda ressaltar que, o cumprimento do rigor estabelecido pela TFD, acredito ser este o que melhor representa a experiência vivenciada pelos enfermeiros, podendo servir de suporte para demais profissionais de enfermagem e áreas afins, na compreensão e formas de

intervenção, principalmente no que tange aos fatores intervenientes e estratégias de intervenção utilizados.

Colocar-me no lugar dos enfermeiros fez com que ampliasse meu olhar sobre a profissão. A busca pelo diálogo nas etapas finais do método foi enriquecedor, pois expandiu mais ainda os horizontes. Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao gerenciamento do cuidado que se inicia pela interação paciente-enfermeiro numa perspectiva do Interacionismo Simbólico, permitiu a apreensão do seu mundo de significados quanto ao saber/fazer/refletir desses profissionais, possibilitando lançar um novo olhar para as interações e promover um novo agir calcado nas reflexões suscitadas por esta experiência.

Verificou-se nesse estudo que, para os enfermeiros, o gerenciamento transcende o contexto hospitalar, uma vez que esse profissional não se “desliga” do setor ao término de seu plantão, pelo contrário, sua cabeça permanece trabalhando como se estivesse em atividade ainda, quando por diversas vezes pega-se ligando para o hospital para saber se está tudo bem.

Tanto o hospital como o contexto extra-hospitalar guarda símbolos consistindo em um espaço que os enfermeiros vivenciam experiências, interagem e atribuem significados que guiarão suas ações futuras. Penso que conhecendo os desafios institucionais e de valorização profissional possibilita não apenas aos enfermeiros, mas aos profissionais como um todo reverem sua prática em prol do desenvolvimento de um trabalho justo para a enfermagem, dosado a cada um de acordo com suas competências legais de habilitação profissional.

Ao longo do estudo, se percebeu também, que os enfermeiros são profissionais sobrecarregados, que se preocupam com atividades que não são de sua competência, e com isso, tem se afastado do cuidado. A todo o momento, somos chamados a trabalhar em locais onde se contratam profissionais para trabalhar em atividades que tangenciam a enfermagem e valorizam a administração da organização em detrimento do cuidado direto a clientela internada.

Outras questões dos discursos, que merecem destaque e aprofundamento, visando fundamentação dos achados referem-se: aos baixos salários, ao fato de afirmarem que em algumas situações assumem atividades que não competem ao profissional enfermeiro, humilhações (assédio moral), dentre outros. Acreditamos que fatores importantes para que o profissional se submeta a tais circunstâncias repouse sobre as questões de ordem financeiras, econômicas, morais, espirituais, sociais e cognitivas.

Assim, precisamos discutir mais o cuidado. Precisamos sempre manter acesa a chama do conhecimento. Precisamos repensar as bases de nossa profissão em termos dos currículos de modo a ajustar criteriosamente o que se quer desse enfermeiro e o que de fato ele tem que fazer.

Tendo em vista a delegação que tem sido feita ao profissional de nível médio, pela falta de tempo, cobranças institucionais, dentre outros, o enfermeiro tem delegado (por força maior), algumas de suas atividades. Este panorama urge discussões junto a instâncias correspondentes de modo que ações possam ser tomadas a fim de resguardar ações privativas do enfermeiro, salvo em situações emergenciais.

É preciso repensar, pois os profissionais de nível médio cada vez mais adentram nas atividades com os pacientes, em ações que caberiam ao enfermeiro do setor realizar e, aos poucos percebo que este profissional (o de nível médio) tem apresentado maior domínio e conhecimentos de questões que, contribuem para que a necessidade do enfermeiro no âmbito assistencial não seja sentida.

Os enfermeiros colocam-se no cuidado relacionado ao cliente de forma distante, como se não fizesse parte de sua ação o cuidado direto ao paciente. Como se fosse algo que não coubesse ao profissional de nível superior da enfermagem. Esse distanciamento prejudica a interação com a equipe e compromete o trabalho da enfermagem como um todo.

O enfermeiro deve buscar uma harmonia entre o cuidar e o administrar. O cuidar pelo enfermeiro deve ser mais valorizado por si próprio e pela instituição que o contrata. Acreditamos que isto se refere ao fato de associarem o trabalho do enfermeiro às questões de chefia, liderança, coordenação, supervisão e, por outro lado, a execução do cuidar aos demais membros da equipe de enfermagem, não valorizando desta forma, a execução do cuidar para o profissional de nível superior.

O enfermeiro é a figura imprescindível para o existir e para o transformar a enfermagem. Assim, a necessidade de consciência por parte de todos os profissionais para o seu agir de modo é primordial para que se possa delinear perspectivas futuras positivas para a profissão de enfermagem brasileira.

Ressalta-se, ainda, outra necessidade em termos de repensar em novos modos de cuidar, sem enquadramentos e sem rotulações. Verifica-se a necessidade da implementação de medidas que ampliem e qualifiquem projetos voltados para educação continuada. Mas não basta apenas a enfermagem estar engajada neste objetivo. Para a instituição e a equipe de saúde deve ser feito um trabalho de igual proporção que visem compartilhar de meios para subsídios acerca do gerenciamento feito pelo enfermeiro. A instituição para que esta não cobre além do que é devido e o profissional para que este seja cada vez mais sujeito de transformação em sua profissão, uma vez que conhecimento é poder.

Dentre os fatores relacionados à organização encontra-se a questão do fator custo em termos de despesa para a instituição, uma vez que ela contrata o enfermeiro com o objetivo de chefiar, gerenciar e as demais categorias para o fazer. Assim, tem-se por tendência a contratação futura de cada vez mais técnicos e auxiliares e menos enfermeiros, uma vez que eles fazem apenas a organização e planejamento dos cuidados. Isto já pode ser visto em algumas instituições, onde por exemplo, a noite, o quantitativo de enfermeiros são ainda mais reduzidos e estes tem que dar conta de 40 até 70 paciente. Isso quando se chega ao cúmulo de,

em uma enfermagem que presta cuidado de média complexidade, existir apenas profissionais de nível médio.

Entretanto, pesa ainda o fato do desconhecimento por parte das empresas das funções dos enfermeiros, em especial das atribuições de cada membro o que é feito mediante quantitativo e qualitativo de pessoal. Os demais fatores depreendem-se do próprio profissional, constituindo o mais difícil para a realização de mudanças.

Assim, os enfermeiros devem buscar em suas ações cotidianas o desenvolvimento e a luta por melhores escalas de serviço, a **valorização profissional** e o fazer como prática, uma vez que ele é o responsável pelas ações cotidianas diretas de cuidar.

No que se refere às estratégias visando modificação dos caminhos pelos quais têm seguido a profissão, carece buscar por pontos desde a base (formação profissional) passando pela operacionalização das ações (assistência) e findando na esfera das modificações de todo este processo (a pesquisa).

Precisamos nos permitir, nos reconstruirmos, a partir das interações com os enfermeiros, pois quem é a peça principal na enfermagem é este profissional. Estudos e pesquisas precisam ser implementados, acerca de quem é este profissional, que ações de fato cabem somente a ele, questão legal de atuação profissional, percepção de técnicos frente ao papel do enfermeiro, os técnicos frente aos cuidados de enfermagem, enfim, uma série de temas a serem trabalhados em pesquisas futuras para melhor delinear o *corpus* teórico da enfermagem.

Cursos de pós-graduação voltados para o gerenciamento do cuidado a enfermeiros podem ampliar nossa visão e preparo para cuidar da clientela de modo geral. Desta forma, poderemos tornar-nos profissionais cada vez mais capazes de promover mudanças em nossas práticas, construindo junto com nossos pacientes e demais profissionais da equipe nossa história.

Para os objetivos dessa pesquisa que foram compreender significados atribuídos pelos enfermeiros a gerencia do cuidado e analisar fatores intervenientes nesse processo com intuito de criar um modelo teórico baseado nos depoimentos dos sujeitos pela aplicação da TFD foram atingidos.

Sinto uma imensa alegria por ter conseguido chegar ao fim de mais uma etapa, com uma sensação prazerosa de dever cumprido. Feliz por todo um processo que iniciou-se em meu mestrado, acompanhando sua lapidação em termos de objeto ao longo do curso de Doutorado, mediante as aulas, e principalmente as bancas examinadoras.

Por fim, cabe dizer que a partir desta pesquisa, pude confirmar a tese que defendo de que: **O ENFERMEIRO RECONSTRÓI FORMAS DE GERENCIAMENTO RELATIVOS AO SEU CUIDAR, EM CONSONÂNCIA COM O AMBIENTE ORGANIZACIONAL EM QUE SE ENCONTRA, A PARTIR DO ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS NA PRÓPRIA REALIDADE VIVIDA, VISANDO A RESOLUTIBILIDADE DAS DEMANDAS DA CLIENTELA FÍSICA (PACIENTE) E JURÍDICA (ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR).**

Ao confirmá-la, percebo a necessidade de repensarmos nossas práticas, valorizando o mundo simbólico e cheio de significados, no qual atuamos. Pretendo continuar minha caminhada, lutando para que, através de outros trabalhos como este, eu possa contribuir para minha enfermagem que tanto prezo e valorizo, que tanto me orgulho, em especial dentro de minhas linhas de pesquisa que investiga o gerenciamento do cuidado e a gestão de serviços de saúde e enfermagem.

Tenho ciência do grande caminho que ainda tenho a percorrer e, nem que eu tivesse 100 anos estaria satisfeita, uma vez que o conhecimento não é estanque, nem imutável, já que

nós, seres humanos, estamos em constante processo de aprendizagem, sempre prontos para aprender e ensinar, independente de prática profissional, idade, titulação, posição social.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 15-26.

ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn-Seção BA, 1999.

ANTUNES, A. V. et al. A ação gerencial do enfermeiro situação ideal x realidade. **Rev. Téc.Enf. Nursing**, São Paulo, v.4, n.35, p.16-21, abr. 2001.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 1997.

AZEVEDO, Creuza da Silva. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, vol.7, no.2, 2002. p.349-361.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. Série teses em enfermagem. Florianópolis: Enfermagem UFSC/PEN, 2002.

BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2003.

BITTES JUNIOR, A.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação como instrumento básico em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.61-73.

BLUMMER, H. **Symbolic Interactionism**. Los Angeles : Berkeley P, 1969.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão dos sistemas vivos. São Paulo (SP): Cultrix; 1996.

CASSIANI, S. H. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.75-88, dez. 1996.

CECÍLIO, L. C. de O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 293-320.

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From Practice to Grounded Theory**: qualitative research in nursing. California: Addison-Wesley, 1986.

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

CIAMPONE, MHT, KURCGANT, P. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. organizador. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004.

COLLIÈRRE, MF. **Promover a Vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3.ed. Lisboa: LIDEL;1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto 94406/87** – Dispõe sobre a regulamentação da Lei 7498/86 e dá outras providencias. Disponível em: www.portalcofen.br. Acesso em: 10 jan. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei 7498/86** – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: www.portalcofen.br. Acesso em: 10 jan. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN – 311/2007** dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e da outras providências. Disponível em: www.portalcofen.br. Acesso em: 10 jan. 2007.

COULON, A. **A Escola de Chicago**. Tradução Tomás R. Bueno. São Paulo: Papyrus, 1995. 135 p. Título original: L'École de Chicago.

DANTAS, C. de C. **A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com HIV/Aids**: o não dito pelo feito visando um cuidado igualitário independente da patologia. Rio de Janeiro, 2005. 253f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

DAVEL, L. R. G. **Técnica de Gerência**. Vitória: Editado pelo autor, 2004

DUBRIN, AJ. **Princípios de administração**. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Série teses em enfermagem. Pelotas: Enfermagem pen/UFSC, 1996.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 395-400, jul./ago. 2004.

FERREIRA, F.H.G. **A Evolução de uma Ciência chamada Administração**. Disponível em: <http://www.biblioteca.sebrae.com.br/>. Acesso em: 25 fev. 2007.

FREITAS, KSS. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem** (dissertação). Florianópolis (SC): UFSC; 2000.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIDDENS, A.; TURNER, J. **Teoria social hoje**. São Paulo: UNESP, 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOMES, GC. **Compartilhando o cuidado à criança**: refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar, 2005. 334 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005

GUSTAVO, AS. **O trabalho no âmbito hospitalar**: idealização e realidade, 2005. 235p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

HIGA, Elza de Fátima Ribeiro e TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jan./fev. 2005, vol.13, no.1, p.59-64. ISSN 0104-1169

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE). **Informações gerais**. Disponível em: HUPE: <http://www.hupe.uerj.br/>. Acesso em: 03 fev. 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG). **Informações gerais**. Disponível em: Informações gerais. Disponível em: <http://www.funrio.org.br/hugg/index.htm>. Acesso em: 03 fev. 2008.

JAPIASSU, H. **Introdução ao Pensamento Epistemológico**. 7.ed. Rio de Janeiro: Fco. Alves, 1996.

JORGE, M. S. B. **Indo em busca de seu plano de vida:** a trajetória do estudante universitário. Florianópolis: Papa-Livro, 1997.

LACOMBE, F.J.M.; HEILBORN, G.L.J. **Administração:** princípios e tendências. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

ERDMANN, A.L; LEITE, J.I.; MENDES, I.C; TREVIZAN, M.A.; DANTAS, C. de C. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas em El cuidado de enfermería, años 2003. **Cienc. enferm.**, dic. 2005, vol.11, no.2, p.35-46.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

MINAYO, M. C. de S (org.). **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. 15.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MONTANA, P J. **Administração.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

MONTANA, P. J.; CHARNOV, B. H. **Administração.** 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001

MOREIRA, P.L.; DUPAS, G. **Significado de saúde e de doença na percepção da criança.** **Rev. Latino-Am.** Enfermagem v.11 n.6 Ribeirão Preto nov./dez. 2003, p.757-762

NEVES, EP. **As dimensões do cuidar em enfermagem:** concepções teórico-filosóficas. Esc. Anna Nery R. Enferm 2002; 6 (suplemento,1): 79-92.

NÓBREGA, M. de F.B. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**, 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia científica**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2000.
RICAOS, R. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. São Paulo, **Acta Paul. Enf.**, v.13, n. esp., p.91-97, 2000

PEREIRA, MCA; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, jul. 2001, vol.9, no 4, p. 7-12.

PELUSO, E.T.P.; BARUZZI, M.; BLAY, S.L. A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, ago. 2001, vol.35, no.4, p.341-348.

PSICOPEDAGOGIA. **Reflexões, frases, provérbios....** Disponível em: <http://simaiapsicopedagoga.ubbihp.com.br/frases.HTM>. Acesso em: 19 fev. 2007.

POLIT, D. F.; HUNGLER; B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Arte Médicas, 1995.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, M. S. de S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho**. 2004. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.org.br/polo.php>>. Acesso em: 03 FEV. 2008.

ROCCIO, FR, Silva MAD. Fundamentos. trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico de atenção. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, abr. 2005, vol 39, no4, p. 460-68.

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

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

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

SANTIAGO, MM de A., ARRUDA, AA. interdisciplinaridade na produção do conhecimento de enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm** 2003; 7(2): 167-175.

SANTOS, S. R. dos; NÓBREGA, M. M. L da. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.5, p.575-579, set./out. 2002.

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

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**: Grounded Theory procedures and techniques. California: Sage Production, 1991.

_____. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada.** 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TREVIZAN, MA; SHINYASHIKI, GT; MENDES, I.A.C. About communication as a human competency in nursing leadership.. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000000520000200059&lng=en&nrm=abn>. Access on: 23 June. 2008.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo**, São Paulo, v.21, n.2, p.135-143, ago. 1987.

TREZZA, M. C. S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver:** um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer. 2002. 264f. Tese (Doutorado em enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

URBANETTO, J. de S.; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 447- 452, 2004.

UNIVERSITY OF COLORADO. DEPARTMENT OF SOCIOLOGY. **Biographies of Major Contributors to Symbolic Interactionism.** Disponível em: <http://sobek.colorado.edu/SOC/>. Acesso em: 08 fev 2007.

VALADARES, G.V. **A formação profissional e o enfrentamento do conhecimento novo:** a experiência do enfermeiro em setores especializados. Rio de Janeiro, 2006. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. Orientadora: Profa. Dra. Ligia de Oliveira Viana

VIETTA, E.P.; UEHARA, M.; NETTO, K.A.S. Evolução da enfermagem do contexto do hospital-escola: depoimentos de enfermeiros representantes da década de 70. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 135-154, dezembro de 1996.

_____. **Examinando o conhecimento na enfermagem**. In Meyer D, Waldow R, Lopes MJ. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RGS): Artmed; 1998b

XAVIER, R. M. Homenagem ao docente que amamos (2006). Disponível em: www.homenagensaosmestres.br/html. Acesso em: 08 fev 2008

WOOD, G.L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

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

WIKIPÉDIA – Biblioteca livre. **Portal da administração**. Disponível em: Acesso em 25 fev 2007.

YOSHIOCA M. R. **Tendo que ser maior do que os obstáculos para existir como enfermeira**, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

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

Apêndices

APÊNDICE – A Termo para comissão de ética

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Ilmo (a). Sr. (a)

(Destinatário) _____

Coordenador (a) do Setor _____

Senhor (a) Coordenador (a):

Venho pelo presente, na qualidade de mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolvendo a pesquisa com as seguintes temáticas **GERÊNCIA e CUIDADO**, sob a orientação da Profª Drª Joséte Luzia Leite, solicitar autorização para realizar a presente pesquisa nesta conceituada instituição.

Este trabalho (em anexo) visa construir um modelo teórico acerca da gerência do cuidar desenvolvida por enfermeiras. Para tanto, será utilizada, para coleta de dados, entrevista semi-estruturada, gravada em fita magnética.

Cumpre-me ressaltar que será concedido aos sujeitos desta pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como forma de garantir o anonimato de todos que se dispuserem a participar deste estudo.

Apresento desde já meus sinceros agradecimentos pela colaboração.

Atenciosamente,

Claudia de Carvalho Dantas
(Doutoranda)

Profª Drª Joséte Luzia Leite
(Orientadora)

APÊNDICE – B Roteiro da entrevista
Amostra A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORANDA: **CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS**
ORIENTADORA: PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE

PRIMEIRO MOMENTO: (caracterização da amostra).

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Atuação na enfermagem: _____ (em anos)
3. Possui mais de um vínculo empregatício:
() Apenas um () dois vínculos () outros _____
4. Cargo ocupado na instituição: _____
5. Setor de atuação: _____

SEGUNDO MOMENTO: Solicitar ao depoente dissertar/escrever acerca das questões a seguir.

Descreva as atividades desenvolvidas em um dia de trabalho.

Fale livremente sobre o cuidado, dentro de sua área de atuação.

TERCEIRO MOMENTO:

Agradecer pelas contribuições e realização da entrevista.

APÊNDICE – C Roteiro da entrevista
Amostra B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORANDA: **CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS**
ORIENTADORA: PROFª DRª JOSÉTE LUZIA LEITE

PRIMEIRO MOMENTO: (caracterização da amostra).

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Atuação na enfermagem: _____ (em anos)
3. Possui mais de um vínculo empregatício:
4. () Apenas um () dois vínculos () outros _____
5. Cargo ocupado na instituição: _____
6. Setor de atuação: _____

SEGUNDO MOMENTO: Solicitar ao depoente dissertar/escrever acerca das questões a seguir.

- Fale o que significa para você gerência do cuidado.
- Como você vê o gerenciamento do cuidado realizado pelo enfermeiro na enfermagem.

TERCEIRO MOMENTO:

Agradecer pelas contribuições e realização da entrevista.

APÊNDICE – D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Amostral A e B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Claudia de Carvalho Dantas, Enfermeira, estou desenvolvendo minha tese de doutorado que versa sobre as seguintes temáticas **GERÊNCIA e CUIDADO**, sob orientação da Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite, solicito a sua participação na qualidade de sujeito investigado. Meu estudo visa construir uma teoria sobre gerência do cuidar desenvolvida por enfermeiros em âmbito hospitalar.

O aceite em participar do estudo implicará as seguintes questões:

- Entrevista gravada em fita magnética, em local e horário a ser definido de acordo com sujeito e pesquisador;
- As respostas emergidas das entrevistas terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome do entrevistado;
- As informações colhidas, por meio das entrevistas, só serão utilizadas para atender aos fins da pesquisa após serem lidas e validadas pelos sujeitos;
- Não haverá risco ou prejuízo para aqueles que participarem, ou em um dado momento optarem por desligar-se da pesquisa, uma vez que é voluntária a participação;
- Será respondida e discutida qualquer questão referente ao projeto de pesquisa.

Tendo tomado conhecimento das características do processo de participação, e caso esteja de acordo, solicito a aposição de sua assinatura na parte inferior deste documento.

Atenciosamente,
Claudia de Carvalho Dantas

Eu, _____, concordo voluntariamente em participar desta tese de doutorado que versa sobre as seguintes temáticas: **GERÊNCIA e CUIDADO**, de autoria da doutoranda Claudia de Carvalho Dantas, sob orientação da Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite, na condição de sujeito investigado.

Estou ciente que os dados deste estudo serão coletados por entrevistas, gravadas em fita magnética, e após transcritas, a pesquisadora trará de volta para que eu possa lê-la, fazer os devidos ajustes e somente após minha autorização, mediante a rubrica em cada lauda, que será utilizado para atender aos fins da pesquisa. Estou ciente também que minha participação é anônima, ou seja, em nenhum momento meu nome será exposto, e que tenho total liberdade de interromper minha participação em quaisquer momentos sem acarretar prejuízo da ordem financeira, social, moral ou profissional.

Estou a par de que a pesquisadora, cujo e-mail e telefone de contato se encontram abaixo, está a minha disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre esta pesquisa, caso seja de meu interesse.

Doutoranda Claudia de Carvalho Dantas
Tel.: (21) xxxx-xxxx
E-mail: dantasclaudia@hotmail.com

Assinatura da (o) entrevistada (o)

APENDICE E- Instrumento para codificação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY DOUTORANDA: CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS ORIENTADORA: PROFª DRª JOSÉTE LUZIA LEITE			
GRUPO AMOSTRAL: _____			
ENTREVISTA TRANSCRITA	Códigos	Subcategoria(s)	Categoria
ENTREVISTA 1			
ENTREVISTA 2			
ENTREVISTA 3			
...			

Amostra F – Grupo de validação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORANDA: **CLAUDIA DE CARVALHO DANTAS**
ORIENTADORA: PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE

PRIMEIRO MOMENTO:

- Elucidar os objetivos do encontro. Agradecendo a presença de todos.
- Solicitar a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

SEGUNDO MOMENTO: (caracterização da amostra).

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Atuação na enfermagem: _____ (em anos)
3. Possui mais de um vínculo empregatício:
4. () Apenas um () dois vínculos () outros _____
5. Cargo ocupado na instituição: _____
6. Experiência profissional: _____
7. Setor de atuação: _____

TERCEIRO MOMENTO:

- Apresentar a pesquisa focando aspectos referentes às bases de sua construção no que tange: ao objeto de estudo, às justificativas, às questões norteadoras, aos objetivos, aos referenciais teórico-metodológico.
- Apresentar as categorias e os fenômenos emergidos.

QUARTO MOMENTO:

- Solicitar ao grupo de validação que exprima sua compreensão a respeito dos fenômenos/categorias emergidos, tecendo considerações sobre a sua construção (FORTALECER A SATURAÇÃO, OUTROSSIM MOVIMENTO CIRCULAR DOS DADOS)
- Solicitar ao grupo de validação que expresse seu ponto de vista sobre o desenvolvimento do modelo teórico e suas possíveis contribuições para a área/prática de enfermagem.

QUINTO MOMENTO:

Agradecer pelas contribuições concernentes à realização do processo de validação.

APÊNDICE – G Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Amostral C
(Validação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Claudia de Carvalho Dantas, Enfermeira, estou desenvolvendo minha tese de doutorado que versa sobre as seguintes temáticas **GERÊNCIA e CUIDADO**, sob orientação da Profª Drª Josete Luzia Leite, solicito a sua participação na qualidade de sujeito investigado, para compor o grupo de validação da referida tese.

Mediante aplicação dos referenciais teórico-metodológico Interação Simbólica e Teoria Fundamentada em Dados, possibilitou-se a imersão de um modelo teórico, referida tese que estou a defender.

O aceite em participar do grupo de validação implicará as seguintes questões:

- Reunião com doutoranda e a orientadora da mesma, em local, horário e data, a serem definidos, de comum acordo entre o grupo;
- As respostas emergidas das entrevistas terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome dos participantes;
- As informações colhidas, por meio de gravação e diário de campo, só serão utilizadas para o processo de validação, que ocorrerá da seguinte forma: encontro com o grupo de validação, exposição da pesquisa fim esclarecimentos iniciais e discussões acerca das categorias/fenômenos encontrados;
- Não haverá nenhum risco ou prejuízo para aqueles que participarem, ou em um dado momento optarem por desligar-se do estudo, uma vez que é voluntária a participação;
- Será respondida e discutida qualquer questão referente a pesquisa antes de iniciar o processo de validação.

Tendo tomado conhecimento das características do processo de participação, e caso esteja de acordo, solicito a aposição de sua assinatura na parte inferior deste documento.

Atenciosamente,
Claudia de Carvalho Dantas

Eu, _____, concordo voluntariamente em participar desta tese de doutorado que versa sobre as seguintes temáticas: **GERÊNCIA e CUIDADO**, de autoria da doutoranda Claudia de Carvalho Dantas, sob orientação da Profª Drª Josete Luzia Leite, na condição de sujeito investigado, compondo o grupo de validação.

Estou ciente que os dados deste estudo serão coletados em reuniões a serem agendadas entre o grupo de validação, de comum acordo com local, data e hora. Estas serão gravadas em fita magnética, bem como será utilizado diário de campo. Estou ciente também que minha participação é anônima, ou seja, em nenhum momento meu nome será exposto, e que tenho total liberdade de interromper minha participação em quaisquer momentos e sem acarretar prejuízo da ordem financeira, social, moral ou profissional.

Estou a par de que a pesquisadora, cujo e-mail e telefone de contato se encontram abaixo, estará a minha disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre o processo de validação da tese de doutorado, caso seja de meu interesse.

Doutoranda Claudia de Carvalho Dantas
Tel.: (21) 91212564
E-mail: dantasclaudia@hotmail.com

Assinatura da (o) entrevistada (o)

Anexos

Anexo – A Autorização campo de coleta de dados HUGG



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MEMO CEP / N° 19 / 2007


Rio de Janeiro, 15 de março de 2007

Ilma
Claudia de Carvalho Dantas
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Conforme determinação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, o projeto **“Discutindo o gerenciamento do cuidado pela enfermeira: contribuições para assistência de enfermagem”**, foi analisado e aprovado, de acordo com a Resolução 196/96.

É importante ressaltar que pela CONEP é obrigatória a entrega ao CEP de relatório Parcial e Final do projeto aprovado.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Fernanda V. Medeiros
Coordenadora do CEP-HUGG

Anexo – B Autorização campo de coleta de dados HUPE



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 28 de março de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Cláudia de Carvalho Dantas
Orient. Prof. Josete Luzia Leite

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1703-CEP/HUPE) " DISCUTINDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO PELA ENFERMEIRA – CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM " aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

NOTA EXPLICATIVA DAS FIGURAS/IMAGENS

Participo que as figuras encontradas, em cada início de capítulo, foram extraídas da internet, a partir da utilização da palavra-chave: PAISAGEM, digitada no site do GOOGLE (www.google.com.br). Buscou-se por paisagens que expressassem os principais sentimentos em termos da construção de cada capítulo.

Em termos da construção dos diagramas elucidativos dos elementos do modelo paradigmático, utilizou-se de imagens do site da Microsoft (<http://office.microsoft.com/pt-br/clipart/default.aspx>), como pano fundo, optando-se por aquelas que traduzissem aspectos relativos à gerência bem como denotasse algum propósito/significado em termos da definição do modelo paradigmático e/ou conteúdo abordado.