

ENFERMAGEM HOSPITALAR

ADMINISTRAÇÃO & BUROCRACIA

Maria Auxiliadora Trevizan

EDITORA

UnB

ENFERMAGEM HOSPITALAR

ADMINISTRAÇÃO & BUROCRACIA

Maria Auxiliadora Trevizan

EDITORA



UnB

1988



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Reitor: Cristovam Buarque

Vice-reitor: João Cláudio Todorov

EDITORA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Conselho Editorial

José Caruso Moresco Danni – presidente

José Walter Bautista Vidal

Luiz Fernando Gouvêa Labouriau

Murilo Bastos da Cunha

Odilon Ribeiro Coutinho

Paulo Espírito Santo Saraiva

Ruy Mauro Marini

Timothy Martin Mulholland

Vladimir Carvalho

Wilson Ferreira Hargreaves

Este livro ou parte dele não pode
ser reproduzido por qualquer meio sem autorização
escrita do Editor

Impresso no Brasil

Editora Universidade de Brasília
Campus Universitário – Asa Norte
70910 – Brasília, Distrito Federal

Copyright © 1988 by Maria Auxiliadora Trevizan

Direitos exclusivos para esta edição:
Editora Universidade de Brasília

Equipe Técnica

Editor:

Ana Teresa Perez Costa

Preparação de original:

Esmeraldino Henrique da Silva

Revisão de texto:

Flávio Gonçalves Rocha Castro

Maria Helena de Aragão Miranda

Joelia de Freitas Araújo

Arte final:

Valperino da Silva Andrade

Supervisão gráfica:

Antonio Batista Filho

Capa:

Luís Eduardo Resende

ISBN

85-230-0267-7

Ficha Catalográfica

elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

T814p Trevizan, Maria Auxiliadora
Enfermagem hospitalar: administração & bu-
rocracia / Maria Auxiliadora Trevizan. – Brasília:
Editora Universidade de Brasília, c1988.
142 p.

616-083:65

t

À Flávia, André e Fernanda dedico este trabalho com muita ternura.

Fico grata às Professoras Doutoradas Emília Luigia Saporiti Angerami e Isabel Amélia Costa Mendes, da Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –, e ao Professor Doutor Armando Mário Infante, da Universidade Estadual de Campinas, por seus valiosos comentários, críticas e sugestões. Adicionalmente, o meu reconhecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – que me contemplou com suporte financeiro para a realização deste trabalho. Ao acompanharem atentos e com ternura esta trajetória, Luana e Saulo tornaram-na mais amena.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	3
INTRODUÇÃO	7

CAPÍTULO PRIMEIRO

– A TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL EM INSTITUIÇÃO BUROCRÁTICA	13
1.1 História do hospital	13
1.2 A enfermagem e a atuação de Nightingale	15
1.3 Evolução da organização hospitalar	16
1.4 A organização hospitalar no Brasil	20
1.5 A burocratização no hospital	22
1.6 O hospital hoje	35

CAPÍTULO SEGUNDO

– A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA BUROCRATIZAÇÃO HOSPITALAR	37
2.1 A contribuição da teoria clássica da administração para a inserção da enfermagem nas instituições hospitalares burocráticas	38
2.2 A unidade de internação burocratizada e a expectativa do papel da enfermeira	45

CAPÍTULO TERCEIRO

– O HOSPITAL EM ESTUDO E SUA ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA	49
3.1 Finalidades e vinculações do hospital em questão	50
3.2 Da sua administração superior	52
3.3 Divisão de enfermagem: competência	56

CAPÍTULO QUARTO

– A FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DA ENFERMEIRA: SITUAÇÃO DE UM HOSPITAL DE ENSINO	63
4.1 A polêmica em torno da função administrativa da enfermeira	63
4.2 Conceito de função administrativa burocrática	65
4.3 Conceito de função administrativa não-burocrática	69
4.4 Metodologia	70
4.5 Descrição e análise dos resultados	73
4.6 Os resultados em discussão	92

CAPÍTULO QUINTO

– O ESPAÇO DA ENFERMEIRA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR BUROCRATIZADA	103
CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICE 1	133
APÊNDICE 2	135
APÊNDICE 3	139
APÊNDICE 4	141

PREFÁCIO

É impossível “apresentar” quem há anos partilha de nosso trabalho sem correr o risco de minimizar esta experiência que, pessoal e interpessoal, é unicamente vivida. É difícil descrever o que se vive, mas é possível refletir, e é só nestes termos que consigo repensar minha experiência como orientadora de Maria Auxiliadora Trevizan.

Neste repensar de dias divididos, “olhando” e “atuando” sobre o fenômeno – enfermagem –, numa contínua tentativa de superar a compreensão do dado assim como ele se apresenta, e entendê-lo em suas múltiplas relações, é que estabelecemos laços de simpatia, de colaboração, que ao longo dos anos se transformaram em amizade.

Maria Auxiliadora é aquela pesquisadora constante, obstinada, comprometida e apaixonada, o que pode ser comprovado pela leitura de seu trabalho, resultado de 13 anos de estudos sobre o tema da função administrativa do enfermeiro.

Interrogações formuladas em 1973 resultaram na investigação, tema de sua tese de mestrado “Estudo das atividades dos enfermeiros-chefes de unidades de internação de um hospital-escola”, tendo como fonte de dados as funções observadas nos anos de 1973 e 1976.

O que rende o trabalho fascinante é o processo que se desenvolve no interior do ser humano, seu pensar, decidir, contemplar, ou seja, colher as coisas no seu espaço de observação e refletir sobre o mesmo.

Foi nessa linha, mais ou menos expressa, mas sempre presente, que durante anos a autora inspirou suas idéias e dedicou seus estudos; refletindo sobre o objeto dado, nunca polarizando ao redor de categorias preestabelecidas, mas na relação sujeito-objeto, na colocação de si mesma e das próprias emoções, é que nasceu uma atividade completa.

No processo de trabalho se procura dar forma, se aplica metodologias, tecnologias, mas acima de tudo se estabelecem relações profundas; só assim o produto final não será frio e apenas objeto de análise, mas a realização de suas próprias capacidades.

É assim que vejo este trabalho, a relação da autora com sua criação, o autêntico compromisso.

Compromisso que lhe permite realizar e apresentar, nas páginas introdutórias, uma análise crítica de sua produção científica, clareando a necessidade de reformulação do conceito de burocracia, para desvinculá-lo do significado de ineficiência que desvaloriza e deprecia o trabalho desempenhado pelos enfermeiros.

No capítulo primeiro, detalhando a história do hospital, mostra como ao longo do tempo se transforma uma instituição de cunho assistencial e caritativo em burocrática. Analisa a influência da administração científica e do taylorismo, não só na administração hospitalar como na prática da enfermagem. Este capítulo é enriquecido, por sua importância ao longo de todo o estudo, pela análise de Max-Weber – teoria da burocracia – pois é desse aprofundamento conceitual que emerge uma nova compreensão da atividade, chamada pelos enfermeiros de burocrática, e permite a identificação de dois centros de decisão no hospital – o médico e o administrador.

O capítulo segundo é dedicado à enfermagem, profissão que se desenvolve num momento histórico em que, por diferentes influências, os hospitais se burocratizam e a enfermeira assume a função administrativa, embasada na teoria clássica da administração, assimilando o papel esperado em instituições com esta configuração.

Concretiza esta descrição no capítulo terceiro, ao apresentar o universo de sua investigação, uma instituição hospitalar burocrática, que normatiza as funções do enfermeiro em suas diferentes estruturas.

Certamente é no capítulo quarto que o leitor encontrará elementos importantes, não só para os enfermeiros mas para todos os interessados no sistema de saúde. Revelam-se aqui as polêmicas do dia-a-dia da atuação do enfermeiro e os conflitos oriundos da divisão técnica do trabalho. Caracterizando o que são funções burocrática e não-burocrática, o estudo relata os resultados de 13 anos de investigação realizada em 4 etapas – 1973-1976 e 1980-1986, mostrando que os enfermeiros têm-se dedicado predominantemente às funções administrativas, sendo 74% de cunho burocrático, sem variações entre unidades ou anos.

Este resultado é o alicerce da discussão do capítulo quinto, no qual o espaço do enfermeiro na instituição hospitalar é apresentado sob um novo prisma. Posiciona-se contrária à concepção do enfermeiro como subsidiário do sistema, preso a normas ditadas que redundam em disfunções. É na função administrativa centrada na assistência ao paciente que a autora encontra coadunação da orientação profissional com a burocrática.

O tema não está esgotado, pois a questão é ampla, mas certamente esta obra contribui de maneira inquestionável para elucidar pontos importantes das práticas de saúde, sendo portanto recomendada sua leitura a todas as pessoas que atuam nesta área, e especialmente aos alunos dos cursos de graduação, pós-graduação e aos enfermeiros atuando em ensino ou na prática diária que vivenciam o dia-a-dia desta realidade.

Emília Luigia Saporiti Angerami

INTRODUÇÃO

Quando de nossa admissão na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, há quase duas décadas, coube-nos a disciplina de administração aplicada à enfermagem.

Recém-egressas do curso de graduação em enfermagem, estávamos ainda sob o impacto da constatação de que as metas do serviço e do ensino de enfermagem eram divergentes, e que a atuação idealizada para a enfermeira não era traduzida em prática.

Logo no início de nossa vivência profissional passamos a perceber que a enfermeira na unidade de internação executava preponderantemente atividades administrativas; não obstante, estas atividades não representavam um meio de desenvolvimento e de alcance de metas preconizadas pela profissão. Era e tem sido, isto sim, uma administração que visa muito mais facilitar o serviço de outros profissionais na realização de suas tarefas na unidade de internação do que concretizar os objetivos de seu próprio serviço. Nesse sentido, ela limita-se a solucionar problemas para médicos, funcionários de laboratório, nutricionistas, etc., atuando como elemento disciplinador de agentes variados num ambiente complexo.

Assim exercida, a função administrativa da enfermeira nunca foi compreendida e nem aceita pelos enfermeiros de ensino e também por muitos enfermeiros de serviço. Entendemos que esta falta de compreensão e aceitação se deva à evidente descaracterização da função específica da enfermeira como administradora, uma vez que os seus esforços estão sendo dirigidos para fins que subvalorizam o seu preparo.

Por outro lado, não aceitamos também a posição radical de enfermeiros de ensino, segundo a qual a função primordial da enfermeira deve ser a assistência direta ao paciente; e esta nossa postura emana de nossa experiência profissional.

Nossa posição sempre foi a de que a enfermeira deve administrar a assistência prestada aos pacientes. E essa administração compreende a união dos fins da administração aos fins da enfermagem; é a subordinação da administração aos fins da enfermagem. É a utilização da administração como um instrumento para o desenvolvimento da enfermagem.

Assim sendo, constantemente impressionamo-nos de modo especial, não apenas com o fato de a enfermeira ocupar um lugar subordinado, mas sobretudo com a situação em que se encontra de ser empregada como sucedâneo de funções administrativas de outros órgãos ou disciplinas.

Ora, esta observação levou-nos, muitas vezes, a refletir sobre as causas que determinam tal perda de identidade da enfermeira e a nos perguntar:

- seria essa situação uma exigência da própria organização hospitalar, que através de sua estrutura assim define um lugar não adequado para a enfermeira na administração?
- seria essa situação causada pelo desconhecimento dos administradores hospitalares em relação à competência da enfermeira?
- seria essa uma forma de a administração hospitalar manter, uma vez mais, seu controle de poder?
- ou, a causa não estaria na organização hospitalar, nem nos administradores e, sim, nos próprios enfermeiros que receiam assumir plenamente a função administrativa como expressão também de sua profissão?
- ou ainda, sendo elas, na sua maioria, competentes, quais fatores as levariam a prestarem-se como substitutas de funções que não lhes são adequadamente atribuíveis?

Diante dessas interrogações, resolvemos, a partir de 1973, encetar uma pesquisa que teria mais tarde o título de "Estudo das atividades dos enfermeiros-chefes de unidades de internação de um hospital-escola". Nessa pesquisa apenas coletamos dados com o objetivo de diagnosticar a situação das funções exercidas pelas enfermeiras, assim como verificar a evolução diacrônica do exercício destas funções, tomando como base os anos de 1973 e 1976.

Na realidade, aquela pesquisa consistiu em uma descrição comparativa, sem a preocupação de aprofundamento de certos aspectos que serão retomados na presente tese. Entre outras, chegamos à conclusão de que os enfermeiros, no desempenho de suas atribuições, empregavam um avantajado tempo no exercício de funções administrativas. De modo especial ocupavam-se preferentemente com tarefas de caráter burocrático, isto independentemente da unidade de internação estudada.

No entanto, naquela ocasião, nossa conceitualização de tarefa burocrática era mais próxima do saber do senso comum do que do

conceito científico de burocracia. Associávamos à burocracia um sentido de ineficiência. E é exatamente com base nesse tipo de associação que as enfermeiras têm sido genericamente criticadas por envolverem-se muito com atividades burocráticas nas unidades de internação.

Ao contrário do que ocorre atualmente, nossa orientação anterior era de desvalor à burocracia. Refutamos, portanto, aquela nossa postura em relação ao conceito de burocracia. A oportunidade que se nos apresenta de conduzir esta nova pesquisa é importante por permitir a revisão de nossos conceitos e reorientar nosso discurso.

Reflexões como essas permitiram que aprofundássemos nossos estudos e retomássemos a questão sob outra visão, especialmente revelando a necessidade de estabelecer uma tipologia das funções administrativas da enfermeira. Assim foi feita uma divisão entre as funções administrativas burocráticas e as não-burocráticas, empregando para isso obras de tratadistas sobre administração e organização burocrática.

Partimos do fato constatado de que a enfermeira exerce muitas funções de caráter burocrático, porém ao modo como lhe é exigido e imposto pela organização hospitalar. Esse exercício estaria afastando-a de suas funções caracteristicamente administrativas.

Deparamo-nos, portanto, com uma situação que provoca diversos discursos. Por um lado elas mesmas salientam que sua função não pode ser burocratizada. Entendem como burocrático todo o serviço que é imposto por designações da administração hospitalar e por ditames médicos. Por outro lado, insistem que devem elas mesmas se ocupar com a assistência direta aos pacientes.

Quanto a nós, não nos colocamos nem a favor nem diretamente contra as duas posições veiculadas nas formulações acima. A enfermeira, trabalhando em instituição burocrática, em nosso entender, deve ajustar-se à burocracia, mas de modo diferente do que o faz atualmente. Outrossim, a assistência aos pacientes não pode se dar longe da administração, ou preterindo-a. O que nos parece é que existe uma dificuldade na compreensão tanto do que seja administração, quando do que seja a burocracia.

Este, sem dúvida, é o ponto almejado de nossa tese: contribuir para especificar as funções administrativas burocráticas implicadas pelo processo organizacional, e estabelecer uma operacionalização dessa função com vistas à análise da atuação da enfermeira. O alcance destas duas metas nos permitirá averiguar empiricamente como as enfermeiras se comportam, dentro de uma organização hospitalar bu-

rocrática, quando desempenham suas funções administrativas. E, enfim, pretendemos expor nossa visão sobre o modo pelo qual a enfermeira pode situar-se e ocupar seu espaço na burocratização do seu trabalho.

O estudo é desenvolvido em cinco capítulos. O primeiro deles examina a transformação do hospital em instituição burocrática, ressaltando-se que nessa organização a hierarquia vertical é conflituosa em decorrência da existência de dois centros decisórios – o médico e o administrador. Nesse sentido fica caracterizado o hospital com uma estrutura organizacional diferente do modelo burocrático de outras organizações.

O capítulo segundo volta-se para a situação da enfermagem no contexto da burocratização hospitalar. Pelo histórico mostra-se Nightingale concebendo a enfermeira como agente administrativo, faz-se um esboço da teorização clássica da administração aplicada à enfermagem e examina-se como a enfermagem assimilou a mentalidade e a atuação burocráticas dentro do hospital.

O exame do universo em que se processou o estudo originou o capítulo terceiro, que versa sobre a organização burocrática desse hospital. Foi focalizada a organização formal dessa instituição que, especificamente relacionada à Divisão de Enfermagem, determina como o comportamento dos enfermeiros deveria ser.

O capítulo quarto constituiu o momento da prova empírica deste estudo, fornecendo o suporte científico para o exame da função administrativa da enfermeira. Para isso, após abordagem sobre as polêmicas que se levantam em torno do assunto, foi estabelecida uma tipologia das funções administrativas burocráticas e não-burocráticas. Com a operacionalização dessas funções observou-se como as enfermeiras ocupam seu tempo: diversidade das funções exercidas em treze anos de estudo, divididos em quatro períodos. Isto permitiu uma análise do modo de inserção da enfermeira no hospital burocrático.

Finalmente, no capítulo quinto, foi apresentado nosso posicionamento sobre o espaço da enfermeira na burocratização do seu trabalho. As forças que propiciam a emergência da burocratização do trabalho da enfermeira foram relacionadas a três fontes principais: a enfermagem, a organização hospitalar e a expectativa médica. Fazendo referência a estudos realizados em nosso meio, fundamentamos nossa posição em relação à inserção da enfermeira no modelo burocrático e sobre o modo como ela pode situar-se e ocupar o seu espaço dentro do hospital, visto como instituição burocratizada.

Longe de ser exaustivo, pretendemos que nosso trabalho seja sugestivo e que possa trazer contribuição tanto para a eficiência do trabalho da enfermeira, como para sua auto-realização profissional.

Acreditamos que a administração não seja algo que paire acima dela e lhe imponha laços e normas que cerceiem a sua ação de assistência aos pacientes; cremos, porém, que o bom uso da função administrativa fornecer-lhe-á maiores recursos e possibilidades para um melhor atendimento aos pacientes e maior satisfação na orientação e execução de seu próprio trabalho. A função administrativa vista não como peia, mas como força de impulsão a lhe dar o novo ânimo de quem se sente participativa na organização, partilhando do poder sem pretender a dominação.

Sobretudo aspiramos que a enfermeira não apenas ocupe o lugar que lhe é designado, mas que ela crie o seu próprio espaço e, dentro da missão que lhe compete e escolheu na sociedade, se faça sujeito de sua ação e de sua história.

CAPÍTULO PRIMEIRO

A TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL EM INSTITUIÇÃO BUROCRÁTICA

1.1 *História do hospital*

Tratar da história do hospital é uma tarefa difícil, pois sua existência se deu em época muito anterior à era cristã. Segundo Campos, são escassas as fontes documentais que tratam desta história na Antiguidade. Por outro lado, as ruínas, as inscrições e outros elementos provenientes de escavações propiciam auxílio na tarefa de reconstrução histórica do passado. Afirma o autor que "com bases tão precárias é difícil a restauração das raízes hospitalares dos milênios que antecederam a vida terrena de Jesus Cristo"³¹.

Neste período da história a literatura não faz referência alguma à administração dos hospitais então existentes. A administração, em geral, na Antiguidade era rudimentar, apesar de apresentar exemplos, extremamente válidos, de práticas administrativas até hoje citadas, principalmente nas áreas comerciais e governamentais.

Conquanto não se tenha notícia de utilização de práticas administrativas nos hospitais, verifica-se aí, como em outras instituições, o respeito pelo saber e pela astúcia do mais velho e, conseqüentemente, o reconhecimento de sua autoridade e sua liderança; verificava-se, também, entre alguns povos, a preocupação com a especialização do trabalho médico.

Ballariny apresenta a influência de cinco fatores na evolução histórica da assistência médico-social. São eles; o sobrenatural, a guerra, a caridade, a ciência e o econômico-financeiro. Ressalta que no decorrer da história estes fatores "tiveram ora mais ora menos influência"¹³.

Na época que antecedeu a era cristã, e depois do cristianismo, a prática médica e a prática religiosa se confundiam a ponto de ser determinada pelas seitas religiosas a construção de hospitais ao lado de igrejas ou mesquitas. Sabe-se que a finalidade dos primeiros hospitais era o isolamento dos doentes; a sua manutenção era feita através da caridade, e a assistência médica oferecida visava apenas à diminuição do sofrimento.

O estabelecimento da famosa escola de medicina de Salerno foi o evento médico mais expressivo do século IX, que é tida como a universidade mais antiga da Europa. Nos séculos X e XI o local foi considerado como o maior recurso de saúde. Até o século XIV esta escola foi o centro de todo o ensino médico e não era dominada pela igreja, conforme ressalta Deloughery⁴⁸.

Segundo MacEachern⁷⁷ a religião continuou a exercer influência predominante no estabelecimento dos hospitais durante a Idade Média. "A feição das organizações hospitalares parece ter tomado maior vulto no período decorrido entre os séculos XII e XIII: nos mosteiros os frades aprendiam noções de medicina; com o decorrer dos anos os monges passaram a exercer a prática médica fora dos conventos, atendendo ao chamado de clientes"⁶. Conforme depoimentos de Burns²⁹, os monges mantinham quase todos os hospitais que existiram no início da Idade Média.

Muito contribuiu, nessa época, para a construção de hospitais, a proliferação da lepra, que forçou a edificação de estabelecimentos distantes da zona urbana. Conta MacEachern⁷⁷ que tais pacientes eram cuidados (*nursed*) por grupos especiais de atendentes, membros da Ordem de São Lázaro. Por isso, estas casas eram chamadas de *lazar-houses* e representaram o resultado de um grande movimento social e higiênico, uma vez que elas serviram para cercar as epidemias e isolar os doentes. Aquilo que a enfermagem tinha de deficiente em termos de ciência era grandemente compensado pela benevolência e pelo serviço incansável.

Segundo MacEachern⁷⁷ durante a Idade Média nenhum hospital era administrado eficientemente como o era o Hotel Dieu de Paris. Na maioria deles havia poucos leitos, mas muitos atendentes. Não obstante, havia pouca eficiência pela falta de firmeza disciplinar e pela supervisão imprópria por parte das autoridades eclesiásticas.

Através de nossa pesquisa bibliográfica encontramos no período medieval a influência marcante da religião no controle dos hospitais e a primeira referência à figura do administrador no hospital. Ainda neste período, foi notória a capacidade de organização dos hospitais-escolas por parte dos sarracenos.

Na Renascença, o hospital gradativamente se desvincula das organizações religiosas para caracterizar-se como instituição social sob a responsabilidade integral do Estado. O advento da Reforma prejudicou o desenvolvimento hospitalar no século XVI, como aconteceu, por exemplo, na Inglaterra, onde Henrique VIII ordenou a destruição dos hospitais católicos.

No século XVII nota-se uma preocupação em relação ao estilo das construções hospitalares e à distribuição dos vários serviços no edifício. No século XVIII houve uma revitalização na construção dos hospitais, influenciada pelas escolas médicas criadas na Idade Média. Campos³¹ refere que “o movimento hospitalar cresceu com a população, mas decresceu em condições higiênicas” – vários doentes partilhavam a mesma cama e as enfermarias não tinham ventilação.

A primeira metade do século XIX é conhecida como período negro da organização hospitalar, pois imperava a sujeira, a promiscuidade e o mau cheiro. Conta MacEachern⁷⁷ que os cirurgiões desta época acreditavam que a supuração das feridas era desejável, desta forma era necessário o uso de perfume nas enfermarias.

Se a medicina estava decadente, a enfermagem encontrava-se numa situação mais precária ainda, principalmente pelo fato de os atendentes religiosos terem sido substituídos por pessoas leigas, que eram admitidas sem nenhum critério de seleção. Aquele autor afirmou com singular perspicácia que “elas eram de uma classe criminosa, não tinham nenhum espírito de auto-sacrifício, exploravam e abusavam dos pacientes. Por outro lado, o hospital, acostumado a receber os serviços incansáveis e dedicados dos atendentes religiosos, exigia exageradamente longas horas de trabalho árduo das enfermeiras leigas. Assim estabeleceu-se um círculo vicioso que continuou até a metade do século XIX, quando o trabalho de Florence Nightingale revolucionou completamente a arte da enfermagem”⁷⁷.

1.2 A Enfermagem e a atuação de Nightingale

A partir da segunda metade do século XIX alguns fatores propiciaram o melhoramento das condições de higiene das instituições hospitalares. Os estudos de Pasteur demonstraram a existência de contágio e motivaram a separação de serviços, iniciando assim as unidades de isolamento. Sob a influência de Lister, passou-se a aplicar métodos de assepsia no campo da cirurgia.

Um outro importante fator que contribuiu para o melhor funcionamento do hospital foi a atuação de Florence Nightingale, que se dedicou à causa hospitalar de maneira decisiva. Para MacEachern⁷⁷, Nightingale foi um gênio em organização e certamente a *pioneira em administração hospitalar**. Sabe-se que a partir de 1854 os trabalhos

* Grifo nosso.

desenvolvidos por Florence Nightingale e sua equipe, no hospital militar da Criméia, trouxeram novas perspectivas para a enfermagem.

Releva mencionar, em particular, que esta enfermeira muito contribuiu para a organização hospitalar, quando, já naquela época, foi a primeira a inquietar-se e levar avante mudanças radicais no ambiente daquela organização. Ela organizou serviços de lavanderia, rouparia, cozinha dietética, almoxarifado e limpeza, então inexistentes no hospital. Mostrou também grande capacidade de coordenação e direção de pessoal, exemplificada pelo seguinte fato: “dez dias após a sua chegada, a cozinha recém-instalada estava alimentando mil soldados, e dentro de três meses dez mil, estavam recebendo roupa, alimento e medicações de seu hospital. É dito que como resultado de seu trabalho, o índice de morte foi reduzido de 40% para 2%”⁷⁷. Mostrou ainda capacidade administrativa quando exerceu influência no planejamento, na área de engenharia sanitária, de um novo hospital militar.

O declínio acentuado nas condições de higiene dos hospitais do século XVIII, provocado, por um lado, pelo aumento da demanda, denota um afrouxamento na conduta diretiva dos responsáveis por estas instituições. Esta condição prolongou-se até a primeira metade do século XIX; neste período ficou patente a ausência de preparo de recursos humanos, indicando também que os diretores destes hospitais possuíam habilidades diretivas incipientes.

A valorização das funções de planejamento, direção e supervisão no sistema fabril do século XVIII, não encontrou repercussão no sistema hospitalar da época; entretanto, no início da segunda metade do século XIX, Florence Nightingale demonstrou a necessidade de aplicação das funções administrativas nas instituições hospitalares, comprovando, através de atos, as suas convicções, de tal forma que seus repetidos sucessos levaram-na a ser considerada como pioneira da administração hospitalar. Vale registrar aqui as palavras de Fraguas⁵⁵, em artigo dedicado ao preparo do administrador hospitalar: “como verdadeiro gênio em Administração Hospitalar, não poderemos deixar de assinalar o primeiro administrador de que temos notícia – Florence Nightingale”.

1.3 *Evolução da organização hospitalar*

Nota-se, pois, uma evolução da finalidade desta instituição através dos tempos. Verifica-se que o hospital medieval foi essencialmente uma instituição eclesiástica, cuja preocupação com o cuidado médico era colocada em segundo plano.

No século XVI, este tipo institucional foi eventualmente substituído por outro tipo de hospital, cujas metas eram primariamente sociais, ao invés de religiosas. Desta forma, do século XVI ao XIX, o hospital destinava-se, principalmente, à manutenção da ordem social, ao mesmo tempo em que atendia aos doentes e necessitados. "Os pacientes com maiores recursos econômicos tratavam-se a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar"¹¹⁸.

Para que esta instituição sofresse transformações acentuadas até apresentar as características que possui atualmente, ela foi submetida a várias forças e desenvolvimentos externos que acabaram transformando-a naquilo que é agora característico de países economicamente desenvolvidos: "este hospital, que é produto de revoluções industriais e científicas, pode ser chamado de *workshop* de saúde, ou tipo de fábrica médica"¹⁰².

Neste hospital atual, a meta primordial é o cuidado médico, cuja provisão é norteadada por normas científico-tecnológicas e por requisitos de racionalidade e economia organizacional¹⁰². Conforme atesta Smith¹¹¹, os avanços na medicina científica resultaram em rápido aumento da demanda dos custos para estes serviços; mecanismos foram necessários para assegurar a estabilidade financeira destas instituições em rápida expansão. Relata ainda que o surgimento de instituições mais complexas e mais dispendiosas demandou maiores controles administrativos, de tal forma que a eficiência econômica e a racionalidade administrativa passaram a constituir assuntos de interesse dos hospitais – o aumento de preocupação com custos e eficiência é, parcialmente, um reflexo, dos requisitos para sobrevivência financeira e, parcialmente, um reflexo dos valores econômicos que se tornaram centrais na cultura americana.

De acordo com a análise de Kalisch & Kalisch⁶⁸ sobre o sistema de educação para enfermeira nos Estados Unidos, de 1860 a 1920 o rápido crescimento dos hospitais foi associado ao crescimento da urbanização. A cidade, com sua população concentrada, os novos ricos e os numerosos pobres ofereciam às igrejas, às ordens religiosas e aos médicos arrojados um grande desafio para a construção de hospitais gerais. E estes grupos procuravam por oportunidades que minimizassem os custos e que maximizassem os serviços. No período ao qual os autores se referem, o administrador hospitalar, que poderia manter os livros sem dívidas e transferir o forte saldo excedente para o fundo de construção, tornou-se uma importante e poderosa figura.

A incorporação dos conhecimentos da bacteriologia e dos estudos de laboratório e sua aplicação à medicina ensejaram um aumento

no número de pessoal médico e técnico pelo hospital do início do século XX.

A adoção da assepsia, a redução do índice de mortalidade e o desenvolvimento de técnicas de laboratório para diagnóstico provocaram uma alteração na atitude pública em torno dos hospitais, por volta da segunda década do século em curso; com isso a população que só era tratada em casa passou a acreditar na hospitalização. Como resultado, os hospitais começaram a admitir pacientes particulares em quartos privativos e em outras acomodações à parte daquelas dos indigentes.

Com o aumento da complexidade do cuidado médico e a maior aceitação do serviço hospitalar, desenvolveu-se a necessidade de serviços de apoio, além do cuidado médico e de enfermagem. Assim sendo, com a assunção de funções mais complexas, com a contratação de pessoal adicional e com a aquisição de novos equipamentos, o custo aumentou.

Interagindo com estas conseqüências, os desenvolvimentos externos ao hospital também provocaram novas situações que vieram afetá-lo diretamente: o aparecimento da administração hospitalar como profissão, o crescimento de planos de pagamento antecipado voluntário para as despesas do hospital, a maior atenção pública à qualidade do serviço hospitalar, e um papel mais proeminente do governo, principalmente no que diz respeito ao financiamento e à construção de hospitais¹⁰².

Segundo Ballariny¹³ "a guerra de 1914-1918, aliada ao progresso das ciências médicas do fim do século XIX, deu um surpreendente incremento ao hospital do século XX. A multiplicidade de funções, o dinamismo irradiado do organismo vivo que é o hospital moderno, o vulto material das transações financeiras e o valor do serviço prestado à humanidade obrigaram as instituições hospitalares a se organizarem nos moldes da administração científica. Como vemos, mais uma vez o fator guerra e, neste caso, principalmente o econômico-financeiro, foi de transcendental importância para a assistência médico-social do século XX".

Neste desenvolvimento marcante do sistema hospitalar, os Estados Unidos se destacaram em projetos, organização e funcionamento de hospitais de ensino ou de assistência, influenciando outros povos do mundo civilizado.

Já em 1899, quando o desenvolvimento da instituição hospitalar começava a se fazer de maneira mais acelerada, e conseqüentemente a sua administração estava se tornando mais complexa, foi organizada

a Associação de Superintendentes Hospitalares, que a partir de 1907 passou a denominar-se Associação Americana de Hospitais. Esta associação fomentou grande estímulo à profissão de administrador hospitalar, além de ter sido mobilizada no sentido de padronizar equipamentos e de incrementar a adoção de práticas hospitalares mais eficientes.

Uma outra entidade, o Colégio Americano de Cirurgiões, muito contribuiu para o progresso hospitalar através do movimento de padronização hospitalar, iniciado em 1918. Campos³³ nos diz que "a padronização hospitalar é um movimento que visa à aplicação de determinados métodos pelos hospitais para que consigam, em todas as suas fases, proporcionar melhor hospitalização". O movimento foi, portanto, promovido para corrigir falhas e uniformizar os métodos de trabalho nos vários setores dos hospitais.

No Brasil foi publicado, por Almeida⁷, uma súmula do trabalho de padronização de hospitais estabelecido por aquele colégio. Este trabalho é composto por uma parte dedicada exclusivamente aos hospitais como um todo, e de outras dezesseis partes, que se constituem nos padrões mínimos para os seguintes setores: laboratório clínico, raio-X, cirurgia, anestesia, obstetrícia, oftalmo-otorrinolaringologia, tratamento de fraturas, cirurgia traumática, cancerologia, fisioterapia, ambulatório, farmácia, enfermagem, dietética, serviço social, biblioteca médico-hospitalar.

Transcrevemos, a seguir, alguns dos Princípios Básicos da Padronização Hospitalar, traduzidos e resumidos por Almeida⁷:

“– Instituição claramente constituída, com estatutos, regulamentos e regimentos, determinando sua organização, deveres, responsabilidades e relações.

– Organização administrativa cuidadosamente selecionada tendo autoridade completa e suprema para direção da instituição.

– Oficial executivo ou administrador, bem adestrado, com autoridade e responsabilidade para dirigir a instituição de acordo com as autorizações da comissão administrativa.

– Número adequado de pessoal eficiente, apropriadamente organizado e sob competente supervisão.

– Facilidade para adequados diagnósticos e terapêutica, com eficiente serviço técnico, sob supervisão médica competente.

– Reuniões coletivas da comissão administrativa e do corpo clínico para revisão regular e completa de suas respectivas atividades, de modo a conservar o serviço e o trabalho científico no mais alto nível de eficiência”.

A respeito desta padronização hospitalar, importa acentuar o relato de MacEachern⁷⁷ de que nunca antes havia tido um movimento tão difundido para a melhoria dos hospitais, que objetivasse oferecer ao paciente o melhor cuidado profissional, científico e humanitário. Atesta o autor que em 1944, num levantamento feito por aquele colégio, 80,6% dos hospitais investigados preenchiam os requisitos estipulados. Complementa ainda que o crescimento de uma consciência hospitalar talvez seja o ponto que melhor caracterize o progresso havido no século XX no cuidado ao doente. Na sua opinião, as organizações hospitalares e os trabalhadores hospitalares, individualmente, entraram num período de introspecção, de tentativa de uniformizar seu trabalho em termos de serviço ao paciente.

No dizer de Campos³¹, “a moderna organização dos serviços hospitalares, modelada por um mínimo, criada pela padronização hospitalar, foi uma etapa monumental. Casou-se admiravelmente com outros três fatores de capital importância no progresso renovador dos nossos dias: a enfermagem, a superintendência e a orientação no planejamento”.

Hoge⁶⁴ considera que “as várias organizações de enfermagem nos Estados Unidos tiveram uma profunda influência sobre o desenvolvimento dos hospitais”.

1.4 *A organização hospitalar no Brasil*

Apesar de os Princípios Básicos de Padronização Hospitalar terem sido introduzidos em 1944 em nosso país, e de constituírem tema oficial do 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, em 1952, foi a partir da década de 60 que houve uma preocupação maior, por parte das autoridades que se dedicavam à Administração Hospitalar, em relação aos Padrões Mínimos de Planejamento e Organização de Hospitais, como demonstram os trabalhos de Pedrosa⁹⁰; César⁴¹; Bettega²¹; Baumgratz^{16,17}; Benradt¹⁹; Borba²³; Francisconi⁵⁶; Guimarães⁶².

Os temas oficiais do 3º Congresso Nacional de Hospitais, realizado em julho de 1961, promovido pela Associação Paulista de Hospitais e patrocinado pela Associação Brasileira de Hospitais, também comprovam o fato.

No final da década de 50, Conceição⁴⁴ analisou a organização dos hospitais tipo Santa Casa, apontando “certas falhas básicas, generalizadas, variando muito pouco de hospital para hospital. Tais defeitos decorrem, em grande parte, do empirismo em matéria de administra-

ção que caracteriza a grande maioria de nossas instituições. Apenas recentemente, e mesmo assim num círculo muito limitado, se iniciou em nosso país um movimento salutar no sentido de estender ao hospital as normas ditadas pela administração científica, que há algum tempo já vêm sendo aplicadas na indústria. Os resultados são ainda muito tênues, não se podendo até agora verificar resultados concretos e, como era de se esperar, a reação à implantação dessas medidas tem sido grande”.

Em publicação do Ministério da Saúde²⁶, consta declaração de que a política hospitalar adotada recomenda “uma atenção maior ao apuro qualitativo da rede nosocomial já existente, à melhoria de seu padrão assistencial, em moldes técnicos bem definidos, figurando em segundo plano o equacionamento dos problemas pertinentes ao desenvolvimento quantitativo da mesma rede”, cabendo ao Ministério da Saúde, através da sua Divisão de Organização Hospitalar (DOH), encaminhar a política hospitalar do país quanto aos seus aspectos de planejamento, construção, organização, administração, manutenção etc.

A DOH foi criada em 1941, e em 1943 promoveu o 1º Curso de Organização e Administração Hospitalares com os objetivos de: a) disseminar os conhecimentos sistematizados de administração e organização hospitalar; e b) criar especialistas, consultores ou técnicos hospitalares, a fim de serem aproveitados nos departamentos de coordenação, orientação e controle das instituições médico-sociais, nos serviços federal, estadual e municipal e também nas organizações particulares. Temos notícia da realização do 6º curso em 1948.

Em 1960 Carvalho³⁷, escrevendo sobre a evolução da administração hospitalar, informa sobre a existência de apenas dois cursos de nível universitário nesta área na América Latina – um no Chile e o outro no Brasil, sendo que este funciona desde 1951 subordinado à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. Além deste curso de especialização para profissionais de nível universitário, tendo em vista que a maioria dos administradores dos nossos hospitais possuía apenas nível ginásial, foi criado – também sob a direção do dr. Odair Pacheco Pedroso – um outro curso, denominado Livre, para atendimento desta clientela.

Esses cursos representam um marco na aplicação da administração científica no setor hospitalar em nosso país, a tal ponto que em junho de 1956 foi promulgada a Lei nº 3.372, cujo Artigo 1º recebeu a seguinte redação: “A nomeação para cargos de Diretor, de Assistente de Diretor, de Administrador ou de Chefe de Seção Técnica e a designa-

ção para funções gratificadas de direção ou chefia técnica, nos hospitais do Estado, serão feitas dentre candidatos: a) que contenham o mínimo de 5 (cinco) anos de efetivo exercício na carreira a que corresponda a natureza do cargo ou função; ou b) que sejam portadores de certificados de conclusão de Curso de Administração Hospitalar, de nível universitário, fornecido por estabelecimentos oficiais, oficializados ou reconhecidos”⁶⁰.

Conforme atesta Carvalho³⁷, o referido curso foi transformado em Curso Normal de Administração Hospitalar, pela Lei nº 4.188, em setembro de 1957.

Não obstante este grande passo à frente, no sentido de exacerbar o desenvolvimento da administração hospitalar no Brasil, verifica-se, através da bibliografia publicada em periódico desta área, a constante preocupação com o preparo do administrador hospitalar, como se percebe nos artigos de Aguiar²; Campos³²; Carvalho³⁶; Carvalho^{37,38}; Castilho³⁹; Cavalcanti⁴⁰; Fraguas⁵⁵; Levy⁷⁵; Pozzobon⁹⁴.

Não fosse o valioso veículo de disseminação de idéias da Associação Paulista de Hospitais – a *Revista Paulista de Hospitais* – este desenvolvimento teria sido grandemente retardado. No segundo aniversário de fundação da Associação Paulista de Hospitais, através de Odair Pacheco Pedroso, já se faziam notar os relevantes benefícios prestados à coletividade, sempre procurando atingir a sua finalidade máxima: “proporcionar ao povo de São Paulo e do Brasil assistência hospitalar de alto padrão”³.

1.5 A burocratização no hospital

Se refletirmos sobre a introdução da administração científica nos hospitais, notaremos o aparecimento do movimento de padronização hospitalar. Ora, quem diz padronização afirma a presença de normas. E um comportamento orientado por normas configura a burocratização, da qual passaremos a falar retomando algumas considerações já feitas sobre a organização hospitalar.

O aumento da complexidade administrativa da instituição hospitalar, decorrente do seu desenvolvimento acelerado no início do século XX, desencadeou a emergência da Associação Americana de Hospitais, cerca de trinta anos depois de os administradores de empresa, em necessidade idêntica, terem buscado, em reuniões de estudo, a tentativa de solução de seus problemas.

Naturalmente, o contínuo progresso fez surgir depois o Colégio Americano de Administradores Hospitalares, que em 1934 estabeleceu

a primeira escola de administração hospitalar, na Universidade de Chicago, a nível de pós-graduação, quando a necessidade de melhor treino no trabalho administrativo hospitalar já estava bem aparente, pelo menos nos centros mais avançados.

Na verdade, simultaneamente em outros centros, a administração hospitalar não era suficientemente reconhecida como uma profissão altamente especializada, pois, como relata MacEachern, "até o final da primeira parte do século XX muitos hospitais eram administrados por jovens médicos, que, utilizavam-se deste meio para se introduzirem na comunidade médica para a prática da profissão"⁷⁷.

Reportando-se a visitas feitas a hospitais estadunidenses, Sady Netto¹⁰⁵ relata na metade da década de 50 que "de modo geral, encontram-se os hospitais americanos sob a direção de um administrador profissional, com curso de administração hospitalar". Conta que a preferência era para administradores leigos, mais do que para médicos, sendo que, na época, a porcentagem de estudantes não-médicos formados anualmente em administração hospitalar era quase superior a 80%. Concluiu o autor que as principais razões daquela preferência eram: "1) o desinteresse do médico por essa profissão em virtude de salários relativamente baixos; e 2) que há uma melhor aceitação por parte do corpo médico do administrador leigo em virtude da suscetibilidade profissional do médico que, exercendo sua profissão no hospital, muitas vezes interpreta como interferência em suas atividades profissionais as ordens emanadas de um colega que se encontra investido da autoridade administrativa". Ressalta ainda o autor que naquele país, fosse o administrador médico ou leigo, a ele era conferida plena autoridade para fazer funcionar o hospital pelo qual era responsável, o que no nosso país não ocorria na época.

No Brasil ficou registrada, na década de 50, uma grande preocupação com relação ao administrador do hospital, isto é, se ele deveria ser médico ou leigo, como demonstram os artigos de Auza¹¹, Ballariny¹², Carneiro³⁴, Fraguas⁵⁵, Sady Netto^{105, 106}, Toledo¹¹⁹.

Sady Netto¹⁰⁶, ao tratar do problema de administração hospitalar no Brasil, referiu que os nossos hospitais eram administrados por médicos sem o devido preparo para a função; salientou os conflitos entre o corpo clínico e a administração do hospital como um dos mais sérios problemas em nosso meio hospitalar, dizendo que "os regulamentos, a estrutura organizacional etc. são elaborados sem o necessário conhecimento, ocasionando um emperramento da máquina hospitalar...".

A busca de maior eficiência e competência para os hospitais estimulou a introdução dos princípios da administração científica nestas organizações.

A abordagem da administração científica fundamenta-se no trabalho de Taylor por ocasião da mudança de século. Em 1878, trabalhando como engenheiro-chefe das oficinas da Siderúrgica Midvale Co., tinha a seguinte preocupação: "Qual a melhor forma de fazer um determinado trabalho?".

Para Taylor, o objetivo primordial da administração é assegurar o máximo de prosperidade ao patrão e, ao mesmo tempo, o máximo de prosperidade ao empregado, como resultado do máximo de produção. Para o alcance desta produção, o autor enfatizou a substituição dos métodos empíricos pelos científicos, mesmo nas menores tarefas de cada ofício.

Em 1881 iniciou experiências de estudo de tempo e movimento visando determinar um tempo padrão para cada operação e determinar requisitos físicos para o operário padrão.

Em 1896 passou a trabalhar em outra indústria, a Bethlehem Steel Works, onde conseguiu em pouco tempo racionalizar o trabalho em termos de 1:4 (um homem passou a fazer o trabalho de quatro) e reduzir o custo de manipulação de materiais. Em 1911 publicou os *Princípios de administração científica*¹¹⁷, no qual ressalta como fundamentais: "1º) desenvolvimento de uma verdadeira ciência; 2º) seleção científica do trabalhador; 3º) instrução e treinamento científico do trabalhador; e 4º) cooperação íntima e cordial entre a direção e os trabalhadores".

Taylor afirmou que a combinação desses quatro princípios básicos de administração constituíam a administração científica que os elementos do mecanismo do sistema são: "estudo do tempo com os materiais e métodos para realizá-lo corretamente; chefia numerosa e funcional e sua superioridade sobre o velho sistema do contra-mestre único; padronização dos instrumentos e materiais usados na fábrica e também de todos os movimentos do trabalhador para cada tipo de serviço; necessidade de uma seção ou sala de planejamento; princípio de exceção na administração; uso da régua de cálculo e recursos semelhantes para economizar tempo; fichas de instrução para o trabalhador; idéia de tarefa na administração associada ao alto prêmio para os que realizam toda a tarefa com sucesso; pagamento com gratificação diferencial; sistema mnemônico para classificar os produtos manufaturados e ferramentas usadas etc.; sistema de rotina; novo sistema de cálculo do custo"¹¹⁷.

Os conceitos de especialização e de concentração de todos os esforços na tarefa essencial são fundamentais no pensamento de Taylor. Na prática, a administração científica influenciou diretamente nas relações no trabalho. O trabalhador que antes planejava, organizava e controlava a execução de suas tarefas, passou a obedecer o especialista encarregado pelo desenvolvimento das mesmas. Embora o trabalhador lucrasse em termos de maior produção e maior salário, como resultante da liberação do tempo que antes utilizava para planejar e organizar o seu trabalho, ele ficou destituído de liberdade para deliberar o quê, como e quando fazer. Este foi um dos motivos de resistência por parte dos empregados.

Por outro lado, a administração científica, ao determinar um novo método aos processos administrativos, impôs à direção o planejamento, a organização e o controle dos serviços. O próprio Taylor reconheceu que a administração das empresas ofereceu resistência maior aos métodos científicos do que aquela oferecida pelos trabalhadores.

Taylor foi ingênuo ao acreditar que a prosperidade mútua de bens materiais suporia sempre a ausência de conflitos entre empregador e empregados. Mas, a despeito dessas resistências, seus princípios propagaram-se pela indústria com grande rapidez porque proporcionaram o aumento na eficiência das operações industriais.

Das aplicações sistemáticas dos princípios da administração científica resultou o aperfeiçoamento da administração industrial, com melhor aproveitamento de equipamentos e materiais e melhor emprego da mão-de-obra*.

Acompanhando o desenvolvimento da administração e sua aplicação no âmbito empresarial, os hospitais americanos também foram envolvidos pela influência do taylorismo, a começar pelo movimento de padronização hospitalar, eclodido sete anos após a publicação do livro de Taylor. A preocupação por parte dos hospitais no estabelecimento de métodos uniformes de trabalho, o estudo de tempos e movimentos na realização de técnicas e tarefas, a seleção do trabalhador e seu treinamento eficiente para a atividade compatível com sua vocação, o planejamento por parte dos superiores, a especialização decorrente da divisão de trabalho são exemplos dessa influência.

Na descrição dos padrões mínimos para os dezesseis setores hospitalares mencionados, encontramos vários itens cujos títulos, tais

* Não é nosso intuito discutir as posições do taylorismo em relação à concepção de trabalho que se encontra no marxismo. É lugar-comum que Marx e seus seguidores veem na especialização o ápice da alienação do homem.

como organização, coordenação, supervisão, recursos, pessoal etc. demonstram a ênfase nas funções administrativas.

Especificamente relacionado aos padrões mínimos para dois setores – a Divisão de Cirurgia e o Departamento de Obstetrícia do hospital, o item referente à administração determina que a organização destes setores deve estar sob a direção de enfermeira competente, com habilidade executiva e, especialmente, adestrada no funcionamento da sala de operação ou com prática especializada em enfermagem obstétrica, e auxiliada por um número adequado de assistentes e demais pessoal, de modo a desempenhar eficientemente os trabalhos destes setores.

Percebe-se então uma expectativa dos médicos em relação à enfermeira como um profissional capaz de administrar. O interesse dos médicos em transferir para a enfermeira funções administrativas, às quais eles não desejavam se dedicar, se relaciona ao apoio no processo de tratamento do paciente no qual esta profissional se envolve, com vistas às exigências principalmente da organização formal. Assim, a equipe médica espera que a enfermeira tenha a responsabilidade pela manutenção da unidade, pela provisão e controle de medicamentos e materiais necessários e pela coordenação das “funções da dispensa de cuidados, do hospital, com as funções da dispensa de cuidados, do hospital, com as funções de cura, do médico”⁶⁹.

Oliveira⁸⁸ ressalta esse interesse dos médicos quando diz “embora a organização formal atribua competência ao médico-chefe da enfermaria para coordenar os trabalhos na unidade, estes vêm sendo executados pela enfermeira. Os integrantes do sistema social nas unidades não só percebem, como desejam, o desempenho pela enfermeira. Os elevados índices de centralização, referentes ao desempenho efetivo das atividades de coordenação, parecem indicar a enfermeira, entre todos os elementos que compõem as equipes de trabalho nestas unidades, como quem de fato coordena os trabalhos, não havendo qualquer rejeição manifesta ao incumbente deste papel”.

Pelo exposto, não resta dúvida de que a enfermagem e a administração estão entre os principais pilares que serviram de suporte para o funcionamento e o progresso alcançado pelos hospitais americanos neste século.

No Brasil as idéias de Taylor começaram a ser introduzidas na década de 40 e, como mostra a literatura, o assunto ganhou ênfase na década de 60 como se pode verificar nos artigos de Carvalho³⁵, Guimarães⁶¹, Pons⁹³, Sebastiany¹⁰⁷.

Discorrendo sobre a aplicação dos princípios de Taylor no hospital, Dionísio⁴⁹ divide as tarefas hospitalares em dois grupos, ou seja, o que engloba serviços que têm contato permanente e íntimo com o paciente e o que não mantém contato próximo com o doente, apesar de também concorrer para o seu bem-estar.

Afirma ser indiscutível a vantagem da aplicação dos princípios de Taylor a este segundo grupo, uma vez que "todos os serviços industriais do hospital (lavanderia, rouparia, oficinas e certos serviços paramédicos) podem ter quase sempre funcionamento análogo aos de outras empresas industriais e é evidente, pela experiência adquirida, que o rendimento do trabalho melhora bastante com a introdução do *scientific management* de Taylor"⁴⁹. Já para o grupo que tem proximidade com o paciente, o autor recomenda cautela na aplicação dos princípios de Taylor de vez que suas doutrinas, por assentarem numa concepção calcada no mecanismo da natureza humana e por firmarem-se em propósitos de rendimento de trabalho, são um apelo à máxima produtividade. Alerta para o fato de que no hospital a máxima produtividade não é o objetivo primordial porque não corresponde, na maioria das vezes, à ótima produtividade.

A contribuição de Fayol através da teoria do processo administrativo se faz presente na organização hospitalar, focalizando a estrutura formal dessa instituição, orientando as funções de seus administradores e abrangendo horizontes mais amplos de modo a visualizar o hospital como um todo orgânico, sistêmico e estrutural.

Como é bastante evidente, os princípios estabelecidos por Fayol ajustam-se perfeitamente ao hospital; vários autores defendem a aplicação de suas idéias nessa instituição^{33,36,49,91,104,107}.

Campos³³ reporta-se à reforma da Santa Casa de Santos como o marco pioneiro de introdução de uma política administrativa, fundamentada em princípios de organização racional de trabalho, quando então se ouviu, pela primeira vez "falar na aplicação de Taylor e, sobretudo de Fayol, na sistemática administrativa do hospital brasileiro". O mesmo autor mostra como o fayolismo adapta-se à moderna administração hospitalar, e conclui que "nada como o nosocômio para tipificar a doutrina de Fayol".

Um de seus princípios muito discutido na literatura é o da unidade de comando; atento ao problema, Sady Netto¹⁰⁵ diz que o rigor na utilização da unidade de comando por parte dos hospitais americanos determina a superioridade destas instituições sobre as nossas. Em outro artigo o autor assim condena a pluralidade de comando: "nota-se na maioria dos nossos hospitais a violação freqüente de um dos mais

importantes princípios de organização, o da unidade de comando. Nem se poderia dizer que existe no caso a funcionalização, pois que não há a menor definição de funções, interferindo constantemente um no setor do outro"¹⁰⁶.

Enquanto que nos Estados Unidos ia se difundindo o movimento da administração científica, na Alemanha estava nascendo um dos mais fecundos movimentos de idéias – o estudo da organização burocrática, que se constituiu no terceiro pilar para a expressão dos conceitos tradicionais sobre a organização⁶⁹.

Max Weber prestou contribuição significativa aos pensamentos econômico, social e administrativo. Suas obras orientadas para a Sociologia da Burocracia acarretaram o desenvolvimento das organizações complexas – “o modelo burocrático fornecido por Weber possui certas características e normas estruturais que são postas em prática em toda organização complexa”⁶⁹. “O termo burocracia, usualmente associado a organizações governamentais, estimula uma imagem negativa nas mentes de muitas pessoas. Originariamente significa algo inteiramente diferente. Weber usou-o para descrever uma estrutura de organização ideal baseada nos conceitos sociológicos de racionalização das atividades coletivas”⁹⁸.

Prestes Motta⁹⁶ aponta vários sentidos da utilização do termo burocracia. “Tem sido usada para designar uma administração racional e eficiente, para designar o seu contrário, para designar o governo de altos funcionários, para designar organização”. Comenta que “na realidade burocracia é tudo isto, na medida em que burocracia é poder, controle e alienação”.

Weber concebia a burocracia como um sistema social organizado por normas escritas e impessoais muito eficiente, podendo ser empregada com grande eficácia nas organizações complexas.

A definição de autoridade legal foi fundamental para o conceito de burocracia de Weber¹²⁸. Afirmou ele que o tipo mais puro de autoridade legal é aquele que se exerce por meio de um quadro administrativo burocrático. O dirigente da organização obtém a posição que lhe confere autoridade através de apropriação, por eleição ou por designação; no desempenho das atividades de mando, decorrentes de seu *status*, ele está subordinado a uma ordem impessoal para a qual orienta suas disposições.

As organizações estruturadas pelo modelo burocrático determinam e impõem normas, têm regras e regulamentos e suas ordens devem ser cumpridas para que a organização funcione com eficiência.

Weber afirmou que a forma burocrática é o instrumento da organização que leva à eficiência e à competência. São usadas palavras: "A experiência tende a mostrar universalmente que o tipo burocrático mais puro de organização administrativa – isto é, o tipo monocrático de burocracia – é capaz, numa perspectiva puramente técnica, de atingir o mais alto grau de eficiência e neste sentido é, formalmente, o mais racional e conhecido meio de exercer dominação sobre os seres humanos. Este tipo é superior a qualquer outro em precisão, estabilidade, rigor disciplinar e confiança. Daí a possibilidade de que os chefes da organização e os interessados possam contar com um grau particularmente elevado de calculabilidade dos resultados. Finalmente, é superior tanto em eficiência quanto no raio de operações, havendo ainda a possibilidade formal de sua aplicação a todas as espécies de tarefas administrativas.

O desenvolvimento da moderna forma de organização coincide em todos os setores com o desenvolvimento e contínua expansão da administração burocrática. Isso é válido para a Igreja, Estado, exércitos, partidos políticos, empresas econômicas, organizações promocionais de toda espécie, associações particulares, clubes e muitas outras. Seu desenvolvimento é, para tomar apenas o caso mais penetrante, o mais crucial fenômeno do moderno Estado ocidental... E, embora muitos se queixem dos *pecados da burocracia*, seria ilusão imaginar que o trabalho administrativo contínuo pudesse ser executado, em qualquer setor, sem a presença de funcionários trabalhando em seus cargos. Todo modelo de vida cotidiana é talhado para se adequar a esta estrutura. Porque a administração burocrática é sempre, observada em igualdade de condições e de uma perspectiva formal e técnica, o tipo mais racional. Ela é, atualmente, indispensável para o atendimento das necessidades da administração de massa. No setor administrativo, a opção está entre a burocracia e o diletantismo"^{128, 129},

Weber¹²⁹ considera que o sistema capitalista foi um fator fundamental no desenvolvimento da burocracia e que, por sua vez, sem a administração burocrática a produção capitalista não persistiria. Relata que o desenvolvimento da burocracia sob o patrocínio do capitalismo determinou a necessidade de uma administração estável, rigorosa e intensa; e esta necessidade propicia à burocracia um papel primordial no exercício de administração de massas. Diz o autor que, em seu estágio atual, o capitalismo se inclina a estimular de maneira pronunciada o desenvolvimento da burocracia e que, por outro lado, a administração burocrática encontra no capitalismo a base econômica mais racional para o seu pleno exercício.

Assevera que, em essência, o significado da administração burocrática consiste no exercício da autoridade com base no saber e, assim sendo, ela se reveste de um caráter racional. A administração burocrática abrange dois pólos fundamentais: 1º) o conhecimento técnico, que garante suficientemente uma "posição de extraordinário poder para a burocracia"¹²⁹; 2º) o conhecimento proveniente da prática adquirida no serviço, que tende a aumentar gradativamente, tornando mais poderosos as organizações e os detentores do poder que dela se servem. "Através da atividade no cargo ganham um conhecimento especial dos fatos e dispõem de uma bagagem de material documentário, exclusiva deles. (...) a burocracia é superior em saber – tanto o da técnica, como o dos fatos concretos na sua esfera de interesses..."¹²⁹.

Muitos estudiosos das organizações, principalmente sociólogos e cientistas políticos, têm-se inspirado no modelo burocrático para fundamentar estudos de desenvolvimento e modificação da estrutura organizacional, da posição do indivíduo nesta estrutura e outros problemas relacionados.

Hall⁶³ escolheu seis dimensões que podem determinar o grau de burocratização de uma organização: "1) divisão do trabalho baseado na especialização funcional; 2) uma definida hierarquia de autoridade; 3) um sistema de normas englobando os direitos e deveres dos ocupantes de cargos; 4) um sistema de procedimentos que ordenam a atuação no cargo; 5) impessoalidade nas relações interpessoais; e 6) promoção e seleção segundo competência técnica". Numa organização burocrática de tipo ideal essas seis dimensões estariam presentes em alto grau, ao passo que as organizações menos burocratizadas apresentariam baixo grau de frequência em cada dimensão.

Kast & Rosenzweig⁶⁹ são de parecer que essas dimensões estão sempre presentes, em graus diversos, quando se submete a exame organizações grandes e complexas. Entendem também que a burocracia é compatível com o esquema da estrutura formal da organização estabelecida pelos teóricos do processo administrativo, dos quais Fayol é um expoente; e que Weber introduziu, com o seu modelo burocrático, a estrutura teórica e o ponto de partida para a elaboração da teoria atual sobre as organizações complexas.

Considera-se como magistral a contribuição de Max Weber ao desenvolvimento da moderna sociologia das organizações. Conquanto tenha apenas procurado retratar o fenômeno burocrático, caracterizando-se mais como descritivo, a sua herança intelectual é encontrada tanto entre weberianos como entre antiweberianos.

Merton⁸⁵ empreendeu uma revisão do esquema weberiano, reinterpretando as características da burocracia à luz do conceito de disfunção. Mostrou que uma das conseqüências da rigidez burocrática é a despersonalização do relacionamento, levando ao apego a normas e regulamentos.

Segundo Blau²², ao preocupar-se somente com as relações formais no modelo burocrático, Weber ignorou a organização informal que propicia as disfunções.

Estes e outros estudiosos analisaram criticamente o modelo ideal de Weber, determinando suas conseqüências funcionais e disfuncionais. Mostraram que o seu modelo apresenta um tipo ideal em termos de relações formais, mas não supõe as conseqüências disfuncionais para a eficiência da organização. Seus seguidores e críticos concluíram que as relações informais e as práticas não-oficiais contribuem, com freqüência, para a eficiência das operações. Outra conclusão foi a de que os fatores comportamentais influenciam a organização burocrática.

Diante destas considerações sobre a burocracia, podemos dizer que o hospital do nosso século, com uma estrutura moderna de organização que busca a eficiência e a competência através da divisão de trabalho racionalmente realizada, é caracterizado como uma organização burocrática que utiliza a autoridade burocrática para possibilitar o exercício da racionalidade no processo administrativo.

Weber^{129,130}, para exemplificar organizações que utilizam administração burocrática, citou o hospital – “por exemplo, este tipo de burocracia é encontrado em clínicas particulares, em hospitais de fundações ou nos mantidos por ordens religiosas” – provavelmente alicerçado em sua vivência na direção de uma dessas instituições destinadas para feridos durante a guerra.

No nosso entender, o grau de burocratização do hospital será determinado pela sua dimensão e pela complexidade de suas responsabilidades. Conseqüentemente, a organização é estruturada de tal forma que a divisão de trabalho é fundamentada na especialização funcional de seus membros, cuja seleção e promoção são levadas a efeito de maneira formal, segundo competência técnica, e cuja orientação é feita através de regulamentos e de normas escritas e impessoais que norteiam a sua conduta e o seu desempenho.

Perrow⁹² defende o ponto de vista de que a melhor maneira de considerar o grau de burocracia de uma organização é através de sua tecnologia, que poderá ser ou não de rotina. Pondera o autor que se a tecnologia pode utilizar rotina, então existe a possibilidade de se estabelecer um alto grau de estruturação e burocratização; ao contrário, se

não existe rotina na tecnologia, "a organização deve então prescindir das vantagens da produção em grande volume e de uma estrutura definida e elaborada. Será, portanto, menos burocratizada".

Na esfera hospitalar existem vários artigos onde se faz a exaltação dos manuais de rotinas; um deles é o de Seixas¹⁰⁸ que se manifesta favoravelmente a este instrumento concluindo que "os manuais de rotinas hospitalares não são o toque mágico para a boa administração hospitalar, porém, um instrumento dos mais valiosos para a satisfação dos especiais objetivos das empresas hospitalares".

Como comentamos, uma outra característica da burocracia é a existência da autoridade racional-legal, ou burocrática, nos diferentes níveis de administração, com clareza na definição das posições hierárquicas. Em um sistema social burocrático, a hierarquia vertical é enfaticamente acentuada em relação a outros sistemas sociais.

Entretanto, no hospital, o relacionamento hierárquico vertical é dificultado pela existência de duas fontes de autoridade para a tomada de decisão: o médico e o administrador. Nesta concepção se integra o pensamento de Marcondes⁷⁹, para quem o hospital seria uma organização burocrática comum se a atividade médica não fosse a mais importante. Esse fato, ressalta o autor, "altera substancialmente qualquer abordagem tradicional de organização industrial ou comercial que se lhe queira dar. O médico, possuindo o domínio da tecnologia e autoridade para decidir sobre o tratamento do paciente, concentra em si grande autoridade que acaba estendendo também para os assuntos administrativos. As decisões estarão, portanto, sendo concentradas em um triunvirato: direção, administrador e médico – que negociam entre si o encaminhamento do processo administrativo".

Rakich et al.⁹⁸ atestam que a estrutura de um hospital difere substancialmente do modelo burocrático de outras organizações e declaram que esta diferença resulta do relacionamento existente entre a autoridade formal, representada pela hierarquia administrativa, e a autoridade do conhecimento, representada pelos profissionais médicos no hospital, de forma que o corpo médico não se ajusta à pirâmide organizacional, como os demais empregados que trabalham para o hospital. Em conseqüência, a estrutura da organização é retratada por uma pirâmide dupla, com hierarquia administrativa e hierarquia do corpo médico existindo lado a lado.

Tratando do mesmo assunto, Smith¹¹² declara que alguns problemas organizacionais específicos do hospital tornam-se evidentes quando os colocamos em confronto com os de outras organizações humanas complexas. Lembra que estes aspectos específicos favore-

cem um conjunto de problemas que, por serem constantes, trazem às pessoas que nele atuam a necessidade de adaptação. Para ele, o hospital pode ser focalizado, basicamente, como uma organização com propósitos interligados. "É o tipo de instituição humana da qual as pessoas constantemente se queixam pela surpresa que acarreta. Isto constitui uma função direta do que chamaremos a dualidade básica dos hospitais. Um indício da natureza desta dualidade é obtido pela afirmação que freqüentemente se ouve nos hospitais – o problema aqui é a diferença entre o que dizem que nós fazemos e o que realmente fazemos." Afirma o autor que uma observação mais detalhada desta diferença aproxima o investigador dos problemas de funcionamento da administração hospitalar.

Abordando sobre a hierarquia de autoridade através da qual um hospital funciona, Smith¹¹² tece considerações a respeito das diferenças muito pronunciadas entre o que o hospital diz realizar e o que realmente realiza. Para ilustrar o fato, lança mão dos organogramas que muitas vezes constituem o ponto de apoio ilusório de hospitais, cuja administração acredita refletir ele um quadro verdadeiro do seu padrão de funcionamento. Menciona que uma análise comparativa entre os padrões indicados nestes esquemas e as relações observadas entre as pessoas que trabalham no hospital revela que normalmente o organograma retrata um sistema complexo de controles administrativos.

Assim, há uma hierarquia vinda do conselho de administração para os funcionários do hospital. Discutindo sobre a questão, Smith¹¹² alega que estes esquemas constituem uma representação gráfica demasiado simples da real organização de trabalho do hospital, asseverando que "a diferença principal envolve o papel dos profissionais – especialmente os médicos. Não há praticamente rotina administrativa estabelecida nos hospitais que não possa ser (e freqüentemente o é) abolida ou cancelada por um médico que exige emergência médica – ou por alguém que o faz por ele. Através de observação detalhada descobre-se que a autoridade real do médico no hospital é de fato muito grande. Assim, duas linhas principais de autoridade existem no hospital – a autoridade burocrática, funcionando numa hierarquia claramente definida com *doses* de autoridade e prestígio prescritos para cada nível, e a autoridade do profissional médico, que poderia ser assimilada ao que Weber chamou de autoridade carismática".

A competência técnica do médico e a gravidade de uma circunstância conferem a ele um poder de decisão acima do que o previsto nas normas burocráticas. Assim, tanto os administradores quanto os

médicos são figuras autoritárias, mas por razões diferentes (e basicamente conflitantes), favorecendo, conforme admite Smith¹¹², uma situação de conflito interno para a administração hospitalar.

Bauerschmidt¹⁵ refere que o médico e seus agentes, incluindo as enfermeiras, têm a capacidade de exercer poder através da estrutura hospitalar. Ressalta que "algumas áreas parecem ser reservadas ao domínio administrativo, outras são reservadas ao domínio profissional, enquanto ainda outras áreas da organização são melhor descritas como híbridas. É nesta última área que muitos conflitos de autoridade emergem".

Neste particular Marylander⁸², ao tratar o hospital como instituição burocrática, reconhece também a autoridade como a mais evidente fonte de conflito. Seguindo esta mesma linha de reflexões, Rakich et al.⁹⁸ afirmam que a complexidade do problema torna-se evidente quando se considera que "embora as pessoas na organização tenham apenas um superior imediato (um atributo altamente desejável das organizações burocráticas), os empregados – tais como as enfermeiras – recebem ordens de sua enfermeira-chefe (que é um membro da hierarquia administrativa), assim como do médico-chefe de seu respectivo serviço, e de médicos individuais do corpo médico, a respeito de pacientes individuais. Não se desconhece a contradição destas ordens, uma vez que cada grupo de participantes interpreta a maneira de atingir objetivos em termos de seu próprio sistema de valores".

Percebemos então, como bem expõe Smith¹¹², a existência no hospital de um conflito entre dois sistemas de *status*: o *status* escalar (inerente a uma posição dentro do sistema hierárquico) e o *status* funcional (inseparável de certos tipos de trabalho e independente da posição do trabalhador no sistema). Desta forma, no hospital, a administração representa um sistema de *status* escalar e aos médicos é atribuído um alto *status* funcional. "O pessoal hospitalar acaba recebendo ordens de portadores das duas formas de *status* – do lado administrativo, cujo *direito* de chefia-los é reconhecido explicitamente, e definido no regulamento do hospital, e dos médicos, cujo *direito* de chefia-los não é reconhecido tão claramente mas as ordens freqüentemente refletem os conflitos que são inerentes ao sistema dualista de *status*."¹¹²

Em nosso meio merece destaque a análise efetuada por Ferreira-Santos⁵² sobre a enfermagem como profissão no contexto hospitalar, servindo-se, para tanto, dos postulados de Weber e mostrando que nos hospitais há características e tendências de organização burocrática em diferentes graus. Neste estudo, a autora fez ver que a enfermeira

“é colocada em posição de conflito entre ordens administrativas e ordens médicas”.

1.6 O hospital hoje

Finalizando este capítulo queremos salientar que no século XX o sistema hospitalar foi caracterizado por um desenvolvimento marcante, determinado pela progressão constante da tecnologia médica, pela proliferação dos conhecimentos relacionados à saúde e à doença e pela diferenciação das especialidades médicas, ampliando as áreas de atuação dos agentes de saúde – e aqui incluímos as enfermeiras.

Assim, uma consequência significativa das transformações havidas na prática médica foi a modificação do local de trabalho do médico, que passa a ser o hospital. Berezovsky²⁰ cita que “anteriormente, o médico conduzia todo seu arsenal *na maleta preta*. Agora, tem à sua disposição, em um mesmo local, todo um conjunto de equipamentos altamente complexos e pode contar com ajuda de pessoal qualificado”.

Esses fatores, aliados à adoção do sistema científico da administração, alteraram significativamente o papel e as funções do hospital no século em curso, e estimularam profundas transformações nas metas desta instituição – de um local para o pobre-doente para um centro médico para todos; passa a ser focalizado como um centro profissional de saúde que enfatiza a qualidade do tratamento dispensado aos doentes, o ensino e a pesquisa. No tratamento das enfermidades, a relação médico-paciente passa a depender da organização hospitalar, que é uma instituição constituída de unidades administrativamente entrosadas, estruturada com vistas à viabilidade econômica, configurando o *status* burocrático do hospital.

Imbuído de suas novas funções, o hospital é uma instituição considerada imprescindível para o desenvolvimento da ciência e para a formação de recursos humanos para a área da saúde, uma vez que possibilita a descoberta de novos conhecimentos científicos, através da pesquisa, e é utilizado como campo de aprimoramento técnico de profissionais. Neste sentido “um hospital é berço de profissionalização”¹¹². “A participação de pessoal técnico numeroso, constituído por profissionais de inúmeras categorias, distribuídos numa hierarquia socioeconômico-profissional caracterizada por motivações, objetivos e interesses diversos, tornam o hospital uma instituição com ambiente psicossocial delicado.”⁴⁷

Concordamos com Kast & Rosenzweig⁶⁹ e com Georgopoulos & Mann⁵⁷ quando comentam a forte influência das normas e valores do

profissionalismo sobre o ambiente psicossocial, e quando asseguram que os diferentes participantes da vida hospitalar são doutrinados segundo os valores do profissionalismo.

Entretanto, na opinião de Smith¹¹², este impulso à profissionalização acarreta problemas para os hospitais, pois cada qual deseja tornar-se seu próprio chefe e é sensível à interferência de outros grupos. Releva repetir, com Smith¹¹², que “a autoridade legal do hospital defronta-se com grupos de especialistas”.

Entendemos, conforme nos conduz o autor¹¹², que as profissões exercidas nos hospitais podem levar seus profissionais a um complexo de motivações necessárias ao trabalho hospitalar, ao mesmo tempo que complicam a estrutura organizacional, fundamental e indispensável para o desenvolvimento do trabalho no hospital. Este conflito permeia o hospital. E em meio a esse conflito atua a enfermagem.

O que acabamos de abordar neste capítulo propicia uma análise de como a enfermagem hospitalar se inseriu nesta instituição burocratizada, assim como permite-nos avaliar quanto contribui para mantê-la, mesmo enfrentando conflitos. Este será o tema de nosso próximo capítulo.

CAPÍTULO SEGUNDO

A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA BUROCRATIZAÇÃO HOSPITALAR

Desde a sua institucionalização como profissão, a enfermagem vem recebendo influências de conceitos provenientes da Administração, os quais têm facilitado a sua inserção nas instituições burocráticas.

Como já deixamos implícito, em adição a um conjunto de reformas sociais havidas na segunda metade do século XIX na Europa, Florence Nightingale introduziu e implementou uma reforma no âmbito da enfermagem. Em decorrência de suas experiências adquiridas em Kaiserswerth, examinando as atividades das diaconisas, e de seu trabalho na Guerra da Criméia, Nightingale apresentou um relatório no qual salientou a importância da eficiência e da administração de hospitais militares, com vistas à melhoria dos serviços de saúde; na opinião de biógrafos seus, este relatório foi o melhor trabalho que ficou registrado. Com esta visão, conseguiu vender a idéia da necessidade de reformulação da ocupação de enfermagem, culminando com a fundação da Escola de Enfermagem junto ao Hospital St. Thomas. A escola tinha como metas propiciar condições para que as enfermeiras desempenhassem com competência o serviço hospitalar e o serviço domiciliar, além de instruir as profissionais para o ensino de enfermagem.

A intenção de Florence em formar enfermeiras para cargos administrativos é nítida, assim como é claro o seu propósito de conciliar o prestígio social das *ladies* com a capacidade profissional, adquirida através de educação formal, para o exercício da função administrativa.

É o que se verifica em suas seguintes palavras: "Pessoas de educação e maneiras finas – as *ladies* de fato – não são em regra as mais qualificadas, mas de preferência aquelas mulheres com uma inteligência um pouco acima do comum e provenientes de classes sociais em que habitualmente as mulheres são empregadas para ganhar sua própria vida. As *ladies*, contudo, não são excluídas; pelo contrário, a sua admissão é considerada uma vantagem se elas mostrarem evidência suficiente de que pretendem prosseguir na profissão e se de-

monstrarem as qualificações que as habilitem para as funções de superintendente”¹.

Segundo Abel-Smith¹, depois de alguns anos de experiência com a escola, Florence Nightingale fortaleceu sua opinião de que as *ladies* deveriam ser aproveitadas, porque reconheceu a contribuição que elas poderiam dar, principalmente porque poderiam ocupar facilmente cargos administrativos.

Para Alcântara⁴, a posição social das *ladies* foi relevante no desempenho de funções administrativas porque, além de beneficiadas pelos ensinamentos de Nightingale, o seu prestígio permitia o estabelecimento da centralização da autoridade, favorecendo a implantação da organização hospitalar nos moldes burocráticos, concretizando assim um dos ideais da reforma da enfermagem.

Ao nosso ver, fica evidente o desejo de Florence de transformar as enfermeiras que ocupam cargos administrativos em agentes de mudanças da estrutura hospitalar. É o início da preocupação das enfermeiras com o trabalho hospitalar racionalmente organizado; é o início da burocratização da enfermagem, em consonância com a burocratização hospitalar.

2.1 *A contribuição da teoria clássica da administração para a inserção da enfermagem nas instituições hospitalares burocráticas*

Nos Estados Unidos, as primeiras escolas do sistema Nightingale foram criadas a partir de 1873, e depois de meio século de desenvolvimento e de adaptação à realidade norte-americana, o modelo foi então transplantado para o Brasil. Naquele país, por tradição, o local predominante de trabalho das enfermeiras era o domicílio, onde desempenhavam suas atividades desvinculadas de uma hierarquia de autoridade e, com autonomia, tomavam decisões dentro de um esquema de grande descentralização. O que facilitava esse processo era o fato de inicialmente serem simples as atividades da enfermeira, dado que a tecnologia e a especialização para o cuidado eram incipientes.

Em 1923 os hospitais americanos receberam sugestão no sentido de que deixassem de utilizar a mão-de-obra das alunas de enfermagem e que, em seu lugar, empregassem enfermeiras para executar o trabalho profissional, além de outros trabalhadores subsidiários para a execução de atividades domésticas e de rotina.

Esta foi uma tentativa de introdução do taylorismo no serviço de enfermagem; entretanto, como atesta Wagner¹²⁷, tais propostas foram

ignoradas pelos administradores hospitalares, uma vez que os hospitais ainda não tinham sido dominados pela mentalidade de negócios dos administradores, o que ocorreu a partir de 1940.

Segundo informação do mesmo autor, em 1932 a Associação Americana de Enfermagem, procurando atender às necessidades dos hospitais, criou uma comissão para estudar a distribuição de enfermeiras no país. Esta comissão enviou carta à direção de todos os hospitais, estimulando a contratação de pessoal remunerado, em substituição aos estudantes de enfermagem. As líderes da enfermagem americana defenderam o desenvolvimento do taylorismo antes de sua completa aceitação pelos hospitais, propondo que muitos deles poderiam contratar criadas e serventes para fazerem a manutenção do trabalho, secretárias para efetuarem o manuseio de papéis das enfermarias e atendentes para proporcionarem o cuidado de rotina.

Na metade dos anos trinta, a Associação Americana de Enfermagem e a Associação Americana de Hospitais aliaram-se para um trabalho de modernização e estabilização do sistema hospitalar. Conforme expõe Wagner, o programa estabelecido por essas associações visava à modernização das normas para o pessoal hospitalar, à criação de uma equipe estável e leal e ao desenvolvimento de uma hierarquia hospitalar, baseada nos princípios taylorísticos do processo de divisão do trabalho.

Assim, com o advento da institucionalização do hospital e com o progresso crescente da tecnologia e da especialização (fazendo surgir a necessidade de um atendimento mais qualificado aos doentes hospitalizados), muitas enfermeiras foram impelidas para o desenvolvimento de suas atividades profissionais nas instituições hospitalares. Isto propiciou uma mudança radical do seu processo de trabalho: a substituição da autonomia pela sua inserção numa estrutura bastante centralizada, com nítida hierarquia de autoridade, ficando a enfermeira limitada em termos de poder decisório.

No campo hospitalar, a enfermeira passa a assumir compromissos relativos às funções de ensino e de administração, além daquelas relacionadas à prestação da assistência propriamente dita.

A atenção maior de Taylor fundamenta-se na questão da melhor forma de execução do trabalho; busca então aperfeiçoar os métodos de trabalho, motivado pelo aumento da eficiência e pela maior produtividade. Seus trabalhos enfatizam a tarefa e o princípio de hierarquia na estrutura formal da organização, definindo a autoridade administrativa. Em relação ao método de Taylor, Tragtenberg¹²⁰ diz: "na essência, presidindo tudo, está uma atitude descritiva onde o importante é

o *como* e não o *porquê* da ação". Este autor comenta que no taylorismo "os que executam devem ajustar-se aos cargos descritos e às normas de desempenho. Aí, a capacidade do operário tem um valor secundário; o essencial é a tarefa de planejamento".

De acordo com Prestes Motta⁹⁷, "o taylorismo exerceu uma influência prática poderosíssima. A *taylorização* das relações de produção caracteriza todo um período da industrialização mundial".

A introdução dos mais remotos princípios da administração científica na enfermagem foi marcada pela adoção da prática de divisão de trabalho entre os que pensam e os que executam. A enfermeira, o elemento pensante e responsável pela ação do pessoal subsidiário, inicia-se na aplicação dos princípios de observação sistematizada e na elaboração de estudos de tempos e movimentos para determinar e padronizar o modo mais eficiente de executar as tarefas. Em consequência, passa a enfatizar a especialização e a divisão de trabalho, atribuindo a cada elemento do serviço de enfermagem tarefas definidas e baseadas em instruções previamente fixadas, que determinam um sistema de rotina, o que a leva a assumir o planejamento das atividades e a supervisão desse pessoal*.

A enfermagem, buscando maior eficiência, incorpora assim o conceito de pesquisa de Taylor quando tenta obter melhores métodos de trabalho, e absorve o conceito de supervisão de forma tão incisiva que a função de supervisora é até nossos dias utilizada na profissão.

A influência de Taylor se fez e faz presente de forma clara no serviço de enfermagem, principalmente ao nível de desempenho de tarefas por parte dos subordinados; a preocupação notória em cumprir as tarefas, em executar o serviço e em verificar o desempenho através da quantidade de atividades realizadas são fatores valorizados pela administração, que também é centrada na tarefa – a administração é entendida aqui como um detalhamento da técnica de trabalho.

A contribuição deste pioneiro do movimento da administração científica propagou-se de forma tão intensa no serviço de enfermagem, que ainda hoje está presente de maneira acentuada em nosso meio e mais discretamente em países desenvolvidos, apesar das desvantagens que tendem a desencorajar o seu uso pela profissão. A maior

* Nesse particular, podemos citar o trabalho de Almeida⁵, que enfatiza o afastamento da enfermeira do seu objeto de trabalho, que seria o cuidado de enfermagem, para se dedicar ao gerenciamento do processo de trabalho. Para esta gerência, a enfermagem recorreu à divisão do trabalho subordinado à divisão social do capital. A autora procura demonstrar como a enfermeira utiliza a especialização do seu saber como instrumento ideológico do poder. De certa forma, constitui uma crítica ao taylorismo, incorporada pelos padrões marxistas.

delas é a tão temida fragmentação do cuidado prestado ao paciente, propiciando omissão no atendimento e dificultando a coordenação e a comunicação; outra desvantagem é a possibilidade de frustração do pessoal que, embora possa se sentir capacitado para realizar atividades diversificadas, fica cerceado no esquema taylorístico incorporado pela enfermagem.

Estamos em desacordo com Dionísio⁴⁹ quando, abordando o sistema Taylor e sua aplicação no hospital, toma como referência o serviço de enfermagem como um dos que bem se adapta àqueles princípios, e que resulta em "melhoria do rendimento do trabalho, com maior economia de tempo e de energia, *sem prejuízo do bem-estar do doente*"*. Da mesma forma Mungiofi⁸⁶ advoga a aplicabilidade do estudo de tempo e movimento a todas as atividades do hospital, depois de aplicá-lo ao trabalho da auxiliar de enfermagem.

Embora muitos elementos do sistema Taylor encontrassem terreno fértil na enfermagem, não se pode deixar de mencionar o fato de que, no início de sua implantação, quando um dos elementos de seu sistema interessava aos funcionários mas não ao hospital, este deixou de ser aplicado; trata-se do conceito de *homo economicus*. Talvez não interessasse à instituição hospitalar motivar seus funcionários pelo ganho material. Claro está que este conceito não se coadunava com o tipo de atividade desempenhada pelos funcionários da enfermagem e nem com o objeto de seu trabalho – a pessoa doente. Mas, ressalte-se aqui a conveniência da instituição em utilizar os elementos que trazem lucro e deixar de lado os que representariam despesa.

Estamos de acordo com Chiavenato⁴² quando diz que "a ênfase nas tarefas é uma abordagem microscópica feita ao nível do operário e não ao nível da empresa tomada como uma totalidade. É uma abordagem mecanicista por envolver um conjunto de fatores como se cada um deles contribuísse deterministicamente para a maximização da eficiência, como se fossem dentes de uma grande engrenagem". Continua o autor dizendo que "a ênfase nas tarefas ao nível do operário representa o primeiro enfoque administrativo – ainda míope, limitado e reduzido a algumas poucas variáveis da realidade empresarial".

Já comentamos que as idéias de Taylor nasceram na prática e que seu trabalho não foi fundamentado numa teoria. E a enfermagem incorporou este primeiro enfoque administrativo tendo em vista, principalmente, o desempenho das categorias inferiores da profissão. Talvez

* Grifo nosso.

seja por isso que esta incorporação tenha se dado de maneira tão ajustada. Havia uma perfeita sintonia entre os ideais da enfermagem e a proposta de Taylor, que permitiria o estabelecimento de critérios prescritivos e normativos para o processamento das atividades de enfermagem, tanto para o nível de administração quanto para o de operação.

Entretanto, a teoria de Fayol, focalizando as funções do administrador, é passível de maior aplicabilidade ao trabalho da enfermeira que exerce administração.

Durante a primeira Guerra Mundial, Fayol compreendeu a necessidade de organizar esforços e procurou racionalizar a organização de grandes empresas, enfatizando o papel do chefe. A doutrina administrativa de Fayol "tem por objetivo facilitar a gerência de empresas, sejam industriais, militares ou de qualquer índole"⁵¹. Entendemos que seus princípios, suas regras e seus processos correspondem às necessidades do serviço de enfermagem no que tange ao trabalho administrativo desempenhado pelo enfermeiro.

Na sua opinião, importância excessiva foi dada às operações técnicas de produção e fabricação em detrimento de outras operações "tão necessárias e às vezes até mais úteis ao desenvolvimento e à prosperidade das empresas". Entre estas operações estão as administrativas. A missão administrativa do corpo social consiste, dentre outras atribuições, nas seguintes: "velar para que o programa de ação seja maduramente preparado e firmemente executado; velar para que o organismo social e o organismo material tenham relação com o objetivo, os recursos e as necessidades da empresa; estabelecer uma direção única, competente e forte; concatenar as ações e coordenar os esforços; formular decisões claras, nítidas e precisas; encorajar o gosto pelas iniciativas e responsabilidades; aplicar sanções contra as faltas e os erros; manter a disciplina; zelar pela ordem material e social; manter tudo sob controle; combater os abusos de regulamento e de formalismo burocrático, a papelada etc."⁵¹

Podemos observar que tais atribuições permitem uma visão do administrador como um agente racionalizador que, através da reflexão e conduta enérgica e decidida, procura tornar mais eficientes os processos de trabalho e a organização dos empreendimentos. Outra evidência, em relação a essas atribuições, é a autoridade investida no administrador; em consequência, ele assume a responsabilidade inerente ao exercício do poder.

A Organização Mundial da Saúde reuniu em Londres, em março de 1954, uma Comissão de Peritos em Enfermagem⁸⁹ para avaliar a

execução de um plano de administração de enfermarias; a análise deste plano foi feita com base nos conceitos da teoria de Fayol. Gilda⁵⁸, ao tratar da aplicação desta teoria no serviço de enfermagem em 1956, comenta que "a administração de cuidados de enfermagem, para um grupo de pacientes, inclui funções de planejamento, organização, comando, direção, coordenação e controle".

O mesmo tem sido reafirmado por alguns autores enfermeiros ao longo dos últimos trinta anos; um deles é Marriner⁸⁰ que alerta o administrador de enfermagem para a necessidade de atentar para suas tarefas administrativas como definidas por Fayol; a autora ainda apregoa que a definição de administração feita por aquele teórico pode ajudar a aclarar o papel do administrador e que seus princípios podem ajudar a dirigir as ações do mesmo.

Jensen⁶⁶, adaptando alguns princípios de organização administrativa para a unidade de internação e para o departamento de enfermagem, salienta; a) centralização da autoridade executiva, dado que o planejamento e a coordenação das ações, só serão satisfatórios quando a responsabilidade por seu sucesso estiver nas mãos de um único indivíduo – na unidade de internação a enfermeira é esta pessoa; b) definição de linhas de autoridade, de modo que cada indivíduo seja dirigido por um só superior; c) delegação de autoridade; d) atribuição e controle de deveres; e) capacidade de cooperação; e f) flexibilidade de operação.

A estrutura formal da organização foi também bastante evidenciada por Fayol; neste aspecto ele salienta a necessidade de modelos racionais de estruturas fundamentadas na racionalização e coordenação das diferentes funções. Apesar das críticas que recebeu por ter se descuidado do ponto de vista informal da empresa, o seu esquema de estruturação de organizações foi adotado durante algumas décadas por várias instituições, dentre elas o hospital e o serviço de enfermagem.

Considerando a organização como um todo, este teórico demonstra tendências de utilização de processo dedutivo em oposição ao pensamento de Taylor que vê a empresa através de uma ótica parcial, com nítida ênfase no processo indutivo.

A atenção essencial da administração do serviço de enfermagem, segundo as orientações de Taylor, é direcionada para o aumento da eficiência e para a maior produtividade na assistência ao doente, prestada pelo pessoal auxiliar. No nosso entender, a excessiva incorporação das idéias taylorísticas no serviço de enfermagem, com relevo es-

pecial para o fazer, desviou a atenção das enfermeiras dos postulados de Fayol. Se considerarmos que este teórico foi o responsável pela introdução das funções do administrador e das diretrizes (princípios) para uma administração eficaz, seria de se esperar que suas propostas fossem assimiladas no serviço de enfermagem, ao nível do trabalho da enfermeira administradora, com muito mais entusiasmo, interesse e persistência do que o foi e o tem sido. Acreditamos que a contribuição de Fayol poderia ter sido maior que a de Taylor se levarmos em conta a necessidade e a expectativa de assunção de funções administrativas pela enfermeira.

Percebemos na teoria de Fayol aspectos muito abrangentes em relação a funções administrativas. Talvez a carência de direcionamentos mais concretos tenha dificultado o seu completo ajustamento no trabalho da enfermeira. Entretanto, gostaríamos de repetir com Arndt & Huckabay¹⁰, quando enaltecem os postulados de Fayol, que "sua listagem original e perceptiva de funções administrativas ainda é tida como atual e sua análise clássica sobreviveu ao teste do tempo".

Não podemos ainda deixar de atentar para o fato de que talvez a nacionalidade de Fayol também tenha funcionado como um entrave para que suas idéias tivessem maior aceitação pelas enfermeiras americanas, cujo ufanismo contribuiu para que suas atenções fossem canalizadas para as prescrições de um compatriota, pelo menos até o final da primeira metade deste século.

Também deve ser lembrado que o livro de Fayol, apesar de ter sido publicado em 1916, na França, somente foi encontrado com facilidade, vertido para o inglês, nas livrarias americanas a partir de 1949, quando a enfermagem já estava bem comprometida com o sistema Taylor; o que não a impediria de rever a organização da prestação da assistência à luz dos postulados de Fayol. Foi aquele o modelo transplantado para a enfermagem brasileira, onde também se nota a influência de Taylor sobrepujar a de Fayol.

É comum na enfermagem de nosso país verificar-se enfermeiras de serviço e de ensino dispendem muito de seu tempo com atividades relacionadas a fichas de instrução, tentando enquadrar em rotinas os procedimentos de enfermagem que são executados pelo pessoal auxiliar. Há uma preocupação notória por parte das enfermeiras em tornar mais eficiente o trabalho dos seus subordinados, evidenciando muito a influência de Taylor. Ao invés de dedicarem-se à confecção de uma variedade de livros de técnicas, a preocupação primordial das enfermeiras brasileiras teria que ser o aprimoramento de seu próprio tra-

balho em relação às funções administrativas preconizadas por Fayol e ampliadas pelos neoclássicos e por outras abordagens administrativas.

A enfermeira, ao atentar para o cumprimento de rotinas e técnicas por parte do pessoal auxiliar, cada vez mais torna eficiente o seu funcionário em termos de produtividade e de aprimoramento de métodos de trabalho. Sendo ela uma profissional mais distante do paciente do que seu funcionário, pelas características das funções que assume, por estar muito comprometida com os aspectos burocráticos da instituição e por delegar o cuidado, ela cada vez mais vai perdendo espaço na organização da prestação da assistência. De outra forma, se ela se dedicasse às funções administrativas centradas na assistência ao paciente, ela teria mais subsídios para planejar, coordenar e avaliar o atendimento de todas as necessidades dos pacientes, teria um conhecimento melhor de seus subordinados e teria um melhor controle do funcionamento da unidade de internação, assegurando a manutenção de seu espaço.

No dizer de Tragtenberg, as condições técnicas de trabalho resultantes da separação entre o pensar e o fazer, o predomínio da organização sobre o homem, e a motivação do fator monetário – pontos fundamentais no pensamento de Taylor, são as causas da emergência da burocracia na empresa. Fayol, enfatizando as funções do administrador em uma organização formal, determina os traços básicos do burocratismo, definindo o papel monocrático do administrador. “De Taylor, Fayol a Weber observa-se uma evolução para a valorização do formal; a burocracia é a realização do formalismo, da razão.”¹²⁰

2.2 A unidade de internação burocratizada e a expectativa do papel da enfermeira

Para Weber, como já mencionamos, burocracia é um tipo de poder. Um sistema social estruturado sob o modelo burocrático “é um sistema racional em que a divisão de trabalho se dá racionalmente com vistas a fins. A ação racional burocrática é a coerência da relação de meios e fins visados”¹²⁰.

Nesse sentido, como já vimos, o hospital é um sistema social com características que o compatibilizam com uma organização burocrática. Como a enfermagem se inseriu nesta instituição? Burocratizando-se também? O serviço de enfermagem hospitalar incorporou o modelo burocrático?

Diríamos que sim.

Como explicitamos anteriormente, a adoção de conceitos extraídos da teoria clássica da administração favoreceu o ajustamento da enfermagem a um contexto hospitalar burocrático.

Concorreram para este ajustamento, ainda, outros fatores que, somados, propiciaram a burocratização do serviço de enfermagem e o seu enquadramento aos moldes burocráticos da instituição hospitalar. Foram esses os fatores a que nos referimos: 1) a estrutura formal, com hierarquia definida, do serviço de enfermagem; 2) a existência de normas escritas que estabelecem os padrões de comportamento de seus integrantes, tornando a conduta de cada indivíduo e suas relações com os demais departamentos o mais previsível possível. Essas normas designam atribuições e procedimentos ao pessoal, objetivando o alcance dos fins propostos; 3) a centralização do controle na administração superior do Serviço de Enfermagem, limitando a tomada de decisão das enfermeiras administradoras subordinadas.

Contudo, há algo de específico a acrescentar em relação às enfermeiras que ocupam cargos administrativos. A indicação delas é feita por uma autoridade superior. Assim sendo, como indicadas, investem-se de autoridade decorrente do regulamento e regimentos da instituição, através de delegação. Investidas de autoridade, e assumindo a responsabilidade inerente, as enfermeiras passam a comprometer-se com os objetivos da organização; isto é, não agem apenas em conformidade com as normas padronizadas, mas são responsáveis também por manter essa padronização ou, em outros termos, por manter a burocratização.

É assim fácil ver que se introduz uma bidimensionalidade no compromisso da enfermeira. Há o compromisso com a profissão e o compromisso com a organização, o que pode gerar conflitos e disfunções.

Apoiadas em Rosenow, diríamos também que a estrutura burocrática do hospital prioriza os recursos de enfermagem valorizados pelo médico e pelo hospital; prioridade esta que, na maioria das vezes, não coincide com aquela indicada nem pelos pacientes, nem pelas próprias enfermeiras. Como bem salienta a autora, dois fatos concorrem para esta diversidade de ênfase: 1) a autoridade para as ações de enfermagem provém do médico, através de ordens, ou do hospital, através de regras e rotinas. Isto porque o paciente transfere ao médico e ao hospital o direito de administrar seu tratamento. Por sua vez, o hospital e o médico delegam certas funções à enfermeira; 2) a enfermeira fornece recursos para ajudar o médico e o hospital no cumprimento da responsabilidade transferida a eles pelo paciente no momen-

to em que aceitou ser admitido para tratamento. Desta forma, várias ações de enfermagem são oferecidas apenas indiretamente ao paciente¹⁰³.

Tratando da prática profissional de enfermagem num hospital burocrático, Rosenow assim descreve a expectativa de papel sobre a unidade de internação: os médicos admitem o paciente, avaliam suas informações com o propósito de selecionar os serviços que ele receberá, e então ordenam quais os serviços necessários àquele paciente. A enfermeira, por sua vez, executa estas ordens ou as transmite a outros departamentos do hospital. Ao paciente a enfermeira transmite regulamentos e instruções do hospital, assim como instruções relativas às ordens médicas. Ela assegura, então, o cumprimento das ordens médicas e controla a obediência do paciente às instruções e regulamento. Em suma, a administração do hospital assegura a disponibilidade de todos os serviços necessários em potencial, o médico seleciona os serviços a serem prestados e a enfermeira executa e controla a prestação de serviços.

A autora¹⁰³ assevera que cada um desses três papéis é vital para o funcionamento dos hospitais na forma em que eles estão estruturados atualmente. "As enfermeiras desempenham um papel central naquela estrutura – mas *não* aquele que a enfermagem profissional dita. Enquanto as escolas de enfermagem enfatizam o cuidado individual ao paciente, o hospital, como o maior empregador de enfermeiras, espera que ela verifique se as ordens médicas são executadas e se rotinas hospitalares são seguidas."

É do hospital que será o universo da pesquisa de campo que trataremos a seguir, focalizando de modo específico a sua organização burocrática.

CAPÍTULO TERCEIRO

O HOSPITAL EM ESTUDO E SUA ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA

No primeiro capítulo vimos como o hospital foi evoluindo de um estado amorfo para uma organização institucional burocratizada, regida pela racionalização e eficiência. Em seguida, analisamos como a enfermagem se situa no contexto desta burocratização. Ora, o problema fundamental da teoria organizacional é descobrir o equilíbrio entre os elementos racionais e os não-rationais do comportamento humano nas organizações. A discussão básica de estudiosos do assunto procura coadunar da melhor forma possível a coordenação das atividades humanas, tendo em vista as responsabilidades normativas, alcançando um alto grau de racionalidade e, simultaneamente, o incentivo e a manutenção da integração social visando à motivação dos participantes da organização.

Os três tipos de dominação ou autoridade descritos por Weber¹²⁸ caracterizam a estrutura organizacional – a autoridade tradicional e a carismática determinam a efetividade dos elementos não-rationais, enquanto que a autoridade legal ou burocrática torna efetivo o elemento racional.

Do ponto de vista clássico, uma organização é um conjunto de atividades planejadas e de inter-relações determinadas, cujo suporte é uma estrutura que resulta de decisões deliberadas com o propósito de alcançar objetivos específicos. Assim, as organizações são unidades sociais formais, racionais e planejadas.

A racionalidade é o elemento essencial que caracteriza as organizações burocráticas – “ato racional é aquele coerente em relação aos fins visados; um ato será racional na medida em que represente o meio mais adaptado para se atingir um determinado objetivo, na medida em que sua coerência em relação a seus objetivos se traduza na exigência de um mínimo de esforços para se chegar a esses objetivos”⁹⁵.

Como vimos, os estudos modernos sobre organização burocrática fundamentam-se em Max Weber, que foi o primeiro a se dedicar ao estudo sistemático deste problema. Este autor examinou a burocracia

como um tipo de poder, ou de dominação, ao qual corresponde um sistema social denominado organização burocrática ou burocracia.

Utilizando um amplo conceito de organização burocrática adotado por Prestes Motta & Bresser Pereira⁹⁵, concordamos com eles quando dizem que "todo sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos é uma organização burocrática". Afirmam ainda que "haverá organizações burocráticas mais flexíveis ou mais rígidas, mais formalizadas ou menos, mais ou menos autoritárias. Mas todas serão organizações burocráticas desde que o sentido básico do processo decisório seja de cima para baixo".

Uma conceituação mais precisa de organização burocrática segundo os autores mencionados⁹⁵ é assim definida: – "é o sistema social em que a divisão do trabalho é sistemática e coerentemente realizada, tendo em vista os fins visados; é o sistema social em que há procura deliberada de economizar os meios para se atingir os objetivos". Com esta definição, os autores fazem referência à racionalidade e à eficiência como recursos essenciais e característicos da organização burocrática.

Dentro deste contexto, tentaremos tornar compreensível a estrutura burocrática e a dinâmica do hospital estudado.

3.1 *Finalidades e vinculações do hospital em questão*

Trata-se de um hospital-escola com, aproximadamente, 550 leitos, cujo produto é traduzido pela prestação de serviços médico-hospitalares, pelo ensino e pela pesquisa. É entidade autárquica de acordo com a Lei nº 3.274 de 23 de dezembro de 1955 e tem por finalidades:⁹⁹

I – servir de campo de ensino e treinamento a estudantes de cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina, da Escola de Enfermagem e de escolas superiores de *curriculum* relacionado com as ciências da saúde;

II – servir de campo de aperfeiçoamento para profissionais, relacionados com a assistência médico-hospitalar;

III – prestar assistência médico-hospitalar;

IV – proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas;

V – realizar cursos especiais no campo da medicina e da saúde;

VI – colaborar para o exercício da medicina preventiva e para a educação sanitária da comunidade;

VII – realizar programas de reabilitação de pacientes."

A definição das finalidades pauta o comportamento organizacional e estabelece as relações que devem ser mantidas entre esta instituição e seu ambiente. Estas finalidades são alcançadas mediante a direção e a coordenação dos grupos que integram a estrutura hospitalar; os meios utilizados são conscientemente planejados e os procedimentos das pessoas são determinados pela sua organização.

De acordo com o seu regulamento⁹⁹, possui autonomia administrativa e financeira dentro dos limites traçados pelo Decreto-Lei Complementar nº 7, de 6 de novembro de 1969. Ao citarmos o § 1º do Artigo 1 daquele documento, “o hospital vincula-se à Secretaria do Governo, para fins administrativos e associa-se à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade”, queremos ressaltar que: 1) a sua vinculação ao Estado, tendo em vista os fins administrativos, já lhe fornece um caráter de burocratização, uma vez que seu administrador (autoridade legal) é designado pelo governador, o seu regulamento é aprovado ou alterado mediante direitos da instância governamental e as disponibilidades orçamentárias e financeiras procedem do Estado; 2) a sua associação à USP lhe dá cunho de instituição voltada para as funções didáticas e de pesquisa. Através de suas finalidades o hospital expressa sua preocupação primordial orientada para o alcance de objetivos educacionais. A função assistencial é afetada pelo ensino; a assistência que os pacientes recebem reflete o desempenho do corpo docente e do hospital como um todo. Por sua vez, a qualidade do ensino é influenciada pela qualidade da assistência prestada.

Spínola¹¹⁴ considera que “a organização social de um hospital de ensino se distingue da existente em outros hospitais, principalmente por possuir uma estrutura mais complexa, formada por dois subsistemas que interagem – o subsistema constituído pelo corpo docente e discente e o subsistema constituído pelo pessoal (funcionários) e pacientes”.

No hospital, o desenvolvimento das atividades educacionais, de assistência e de pesquisa efetiva-se numa estrutura de grande complexidade, decorrente da diversificação de grupos sociais que o integram. Como em qualquer organização, no interior de todos estes grupos, e entre eles, ocorrem processos sociais que determinam expectativas, valores, comportamentos e conflitos.

Contudo, na organização hospitalar, o comportamento dos grupos, no que tange ao desempenho de suas atividades, é determinado por procedimentos administrativos. Assim, em se tratando de um hos-

pital-escola, há necessidade de uma constante conciliação entre a orientação acadêmica e a administração hospitalar.

3.2 *Da sua administração superior*

A administração superior do hospital estudado é constituída pelos seguintes órgãos:

- I – Conselho Deliberativo;
- II – Superintendência;
- III – Diretoria Clínica.

De acordo com o Artigo 7 do Regulamento do Hospital⁹⁹, o colegiado do conselho deliberativo é composto por seis membros titulares, sendo o presidente o diretor da Faculdade de Medicina. Os demais membros integrantes do corpo docente indicados pela congregação procedem de distintos departamentos das áreas clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e são designados pelo Governador do Estado, mediante prévia aprovação da Assembléia Legislativa, para um mandato de quatro anos. O seu presidente é substituído nos impedimentos pelo vice-diretor da Faculdade de Medicina, e os outros membros pelos seus respectivos suplentes. Conforme atesta o § 7º do mesmo artigo, o diretor da Escola de Enfermagem participa das reuniões deste conselho sem direito a voto.

Como órgão da administração superior, o conselho deliberativo, a exemplo de uma organização burocrática, possui normas de funcionamento fixadas em seu regimento interno. As atribuições do colegiado deste conselho estão descritas no Artigo 12 do regulamento da instituição⁹⁹ (Apêndice 1).

Suas incumbências o caracterizam como um centro de poder, cuja autoridade e responsabilidade são definidas pela organização formal do hospital.

No entender de Johnson & Schulz⁶⁷, o conselho de administração tem três funções principais: "1) ser legal e formalmente responsável pelo controle e manutenção da eficácia organizacional; 2) ajudar a obter apoio ao hospital do meio em que ele atua; 3) representar e ser também responsável perante a região e/ou subgrupos de seu meio ambiente". Consideramos oportuno mencioná-las uma vez que elas retratam também, dentro de um contexto de hospital de ensino, as principais funções do seu conselho deliberativo.

A superintendência representa o órgão superior executor das decisões emanadas do conselho deliberativo que dirige, coordena, supervisiona e controla as atividades de administração do hospital.

O superintendente é nomeado pelo Governador do Estado mediante prévia aprovação da Assembléia Legislativa. "A nomeação para o cargo de superintendente deverá recair em profissional de reconhecida capacidade técnica e administrativa, relacionada com a atividade do hospital, escolhido de uma lista tríplice proposta pelo conselho deliberativo" (§ 1º - Artigo 19)⁹⁹.

De acordo com Prestes Motta & Bresser Pereira⁹⁵, as burocracias "são sistemas sociais dirigidos por administradores profissionais que tendem a controlá-los cada vez mais completamente". Enfatizam que os administradores burocráticos utilizam o conhecimento técnico especializado relacionado à administração e são habilitados para o exercício das diversas funções administrativas determinadas através do processo de divisão do trabalho. Na escolha do superintendente do hospital, estas exigências são consideradas; outra exigência ainda se faz presente: a de que seja um profissional de reconhecida capacidade técnica relacionada com a atividade do hospital. Ora, se a atividade hospitalar reconhecidamente mais importante é a médica, conseqüentemente o administrador deverá ser médico.

O Artigo 280 do mesmo documento⁹⁹ fixa, além das competências que são conferidas ao superintendente por lei ou decreto, uma série de atribuições agrupadas nos seguintes itens: "I – em relação às atividades que dependem de prévia aprovação ou manifestação do conselho deliberativo; II – em relação às atividades gerais do hospital; III – em relação ao sistema de administração de pessoal; IV – em relação à administração financeira e orçamentária; V – em relação à administração de material e patrimônio; VI – em relação à administração dos transportes internos motorizados".

Identificando mais uma vez a burocratização do hospital, vemos que as competências do seu superintendente estão explícitas no regulamento da instituição.

A estrutura básica da superintendência é assim constituída (Artigo 20):

- I – Gabinete do Superintendente;
- II – Assessoria Técnica;

* Essa designação é feita com base na lei; no entanto, o movimento geral de democratização em que são pleiteadas eleições diretas para todos os cargos também possui suas influências no hospital em estudo. Assim, o atual superintendente foi designado pelo governador após uma ampla consulta a toda comunidade envolvida: docentes e discentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e funcionários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ainda não se realizaram eleições diretas propriamente ditas, mas é o que a democratização pretende.

- III – Procuradoria Jurídica;
- IV – Departamento de Apoio Médico;
- V – Departamento de Apoio Técnico;
- VI – Departamento de Apoio Administrativo;
- VII – Divisão Médica;
- VIII – Divisão de Enfermagem;
- IX – Comissão de Residência Médica;
- X – Comissão de Relações Públicas.”

A racionalização e o princípio da eficiência desejáveis no hospital se concretizam através de processos administrativos, cuja fonte de legitimidade é representada pela autoridade racional-legal. Desta forma, a autoridade do superintendente e dos demais administradores desta linha hierárquica de comando, aos quais se delega autoridade, é estabelecida por normas racionais-legais.

Podemos evidenciar ainda as categorias fundamentais da autoridade racional-legal conforme o pensamento de Weber¹²⁹. Trata-se, pois, de “uma organização contínua de cargos, delimitados por normas” e a cada cargo administrativo corresponde “uma área específica de competência. Isso implica: a) uma esfera de obrigações no desempenho das funções, diferenciadas como parte de uma sistemática divisão de trabalho; b) atribuição, ao responsável, da necessária autoridade para desempenho das funções; c) definição clara dos instrumentos necessários de coerção e limitação de seu uso a condições definidas”.

Neste sentido, a estrutura organizacional do hospital está definida e as áreas de autoridade e responsabilidade dos chefes e diretores de cada órgão que compõem a superintendência estão explícitas no seu regulamento.

Por sua vez, os serviços subordinados a cada um dos itens relativos à estrutura básica da superintendência também têm sua composição definida no regulamento, bem como as suas competências e as suas atribuições; “a organização dos cargos obedece ao princípio da hierarquia: cada cargo inferior está sob o controle e supervisão do superior” e “os princípios que regulam o exercício de um cargo podem ser regras técnicas ou normas. Em ambos os casos, se sua aplicação pretende ser plenamente racional, torna-se imprescindível a especialização. Assim, admite-se que somente está qualificada para membro do quadro administrativo de uma associação e, conseqüentemente, em condições de nomeação para funções oficiais, a pessoa que demonstra preparo técnico adequado”.

Em decorrência da sistemática divisão do trabalho existente no hospital estudado, as pessoas, norteadas por normas ou regras técni-

cas, especializam-se nas funções que desempenham. A competência técnica é um requisito que qualifica o indivíduo para pertencer ao quadro administrativo; ao administrador burocrático compete cumprir as determinações de seu cargo e propiciar meios para o alcance dos objetivos da organização.

Outra categoria fundamental da autoridade racional é que "os membros do quadro administrativo devem estar completamente separados da propriedade dos meios de produção e administração". Esses profissionais administram em nome de terceiros e no caso do hospital sua administração se faz em nome do Estado (o hospital vincula-se à Secretaria do Governo para fins administrativos) e do conselho deliberativo que determina as metas da instituição. Nesse sentido, há o processo de identificação dos administradores com os objetivos da organização.

"No tipo racional há também completa ausência de apropriação do cargo pelo ocupante."²¹ Os direitos ao cargo não possibilitam a sua apropriação por parte de quem o ocupa, mas são orientados por normas que garantem a objetividade da conduta no cargo. A autoridade procede de um sistema de normas racionais, escritas, que estabelecem com exatidão as relações de mando e subordinação e atribuem as atividades de forma sistemática, com vistas aos fins visados. "Atos administrativos, decisões, normas são formulados e registrados em documentos, mesmo nos casos em que a discussão oral é a regra ou mesmo prescrita."²¹ A administração do hospital em estudo, como já foi visto, é formalmente planejada, estruturada e o seu exercício se faz através de documentos escritos.

A atribuição da diretoria clínica é coordenar as atividades médicas e apoiar as de ensino e de pesquisa científica no hospital (Artigo 269) e ao diretor clínico compete:

I – fixar orientação complementar, juntamente com os integrantes das unidades do Departamento de Apoio Médico e da Divisão Médica do hospital, referente às atividades médicas, de ensino e pesquisa científica;

II – convocar e presidir as reuniões com integrantes das unidades do Departamento de Apoio Médico e da Divisão Médica do hospital;

III – sugerir ou opinar sobre a matéria de remanejamento de pessoal técnico responsável por cuidados diretos aos pacientes".

A pirâmide da autoridade estruturada ao longo de uma linha única de comando é uma característica básica do modelo burocrático; en-

tretanto, como mencionamos, nos hospitais a autoridade não procede de uma única fonte.

O hospital em estudo não ficou à margem deste processo. Cada um dos órgãos que constitui sua administração superior está investido de autoridade legítima, ocasionando um relacionamento peculiar entre a autoridade legal dos cargos, evidenciada pela hierarquia administrativa, e a autoridade decorrente dos conhecimentos técnicos, necessários à mais importante atividade hospitalar que é cuidar dos doentes, representada pelo médico.

Nestas circunstâncias, a estrutura organizacional se torna difusa – ao conselho deliberativo compete a chefia da organização administrativa do hospital, sendo o administrador (superintendente) o agente executivo de suas deliberações; a equipe médica, no exercício da prática da medicina, é autogovernada e não se submete à estrutura administrativa – e embora haja definição das atribuições para todo o pessoal, há um foco de disfunção provocado pela existência de conflitos que percorrem toda a estrutura, decorrentes dos valores e ordens médicas que influenciam os demais profissionais desta instituição.

3.3 *Divisão de Enfermagem: competência*

Pelo Artigo 239, compete à Divisão de Enfermagem:

I – desenvolver programas de assistência integral e ininterrupta de enfermagem aos pacientes;

II – estabelecer medidas necessárias ao desenvolvimento e manutenção do padrão de assistência”.

Esta divisão tem a responsabilidade de prover assistência de enfermagem a aproximadamente 470 pacientes internados, considerando-se 85% como média de ocupação do total de leitos do hospital, além da assistência a pacientes em regime ambulatorial. Sua organização e seu funcionamento estão descritos no manual dessa divisão⁷⁸, tendo sido elaborado com a finalidade de auxiliar o pessoal da administração no exercício de suas funções de direção e na tomada de decisões, sendo utilizado como referência na implementação, no desenvolvimento e na avaliação de programas.

Esse manual é um instrumento útil no sentido de: “auxiliar o pessoal que ocupa posições administrativas a determinar o escopo de suas responsabilidades e a de terceiros em funções equivalentes; assistir o quadro administrativo do hospital na compreensão dos procedimentos relacionados aos cargos, relacionamento com outros membros da equipe e o papel que desempenham na operação do hospital;

colaborar para orientação daqueles recém-incorporados ao quadro do hospital, bem como daqueles que assumem novas posições; orientar quando do surgimento de problemas ou situações imprevistas; servir como base no planejamento de programas novos ou modificados, possibilitando a determinação do impacto resultante e orientando para a tomada de decisões inerentes”.

Pelo exame de seus princípios, sua filosofia e seus objetivos exarados no manual, parece-nos que a Divisão de Enfermagem seria permeada de influências provenientes da abordagem humanística e da teoria clássica de administração, com nítida preocupação com os aspectos formais e os informais de sua organização. Para entendermos estas influências, transcreveremos a seguir a filosofia e os objetivos da Divisão de Enfermagem: “A filosofia da Divisão de Enfermagem é baseada no princípio de que todo o paciente tem direito de receber cuidados de enfermagem eficientes e dados sem discriminação de raça, nacionalidade, religião ou situação econômica.

– Paciente é o indivíduo que requer cuidados de enfermagem planejados de acordo com as suas necessidades específicas de pessoa, membro de uma família e da comunidade.

– A enfermagem administra seus serviços como parte da organização do hospital e da colaboração ativa aos outros departamentos, com a finalidade de melhorar sempre a prestação de cuidados, na promoção da saúde.

– Cada paciente requer um grau variável de assistência física, emocional, psicológica, espiritual e de reabilitação.

– Os cuidados prestados aos pacientes estão diretamente ligados a inúmeros componentes que devem ser encarados como parte das atividades de enfermagem. São eles: planejamento, execução, interpretação, avaliação dos cuidados prestados, ensino, recomendações, estabelecimento e prática de boa comunicação.

– O paciente tem direito de viver e morrer com dignidade e respeito, e é responsabilidade da enfermagem prover a assistência ao paciente e sua família de acordo com as necessidades individuais.

– A Divisão de Enfermagem tem a responsabilidade de prover os meios de educação contínua para o pessoal de enfermagem e preparar campos de estágio para todos os níveis de estudantes de enfermagem e de outras disciplinas.

– A Divisão de Enfermagem tem o compromisso de envolvimento com as necessidades da assistência de saúde comunitária.

– A Divisão de Enfermagem deve prover um ambiente que contribua para a satisfação pessoal e um alto nível moral para todos os funcionários.”

Esta divisão tem como objetivos:

– Prover a continuidade dos cuidados de enfermagem para cada paciente, através de um trabalho personalizado e compreensivo, durante o diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção de moléstias.

– Manter, sem preconceitos, os direitos, a dignidade e o respeito devido a cada paciente sem distinção de nacionalidade, raça, credo ou nível econômico.

– Encorajar a comunicação e a cooperação interdepartamental para promover a realização do cuidado total do paciente.

– Utilizar os profissionais competentes da equipe para planejar, dirigir e avaliar os cuidados dados ao paciente como pessoa, membro de uma família e da comunidade.

– Prover apoio emocional e psicológico para encontrar as necessidades individuais do paciente e sua família.

– Prover normas de conduta pessoal e de procedimentos, assegurando satisfação no trabalho para todo o pessoal de enfermagem, e reconhecimento dos mesmos como membros vitais da equipe de saúde.

– Prover ao pessoal as facilidades necessárias à realização de seus objetivos.

– Proporcionar oportunidades de desenvolvimento profissional e de educação a todo pessoal do serviço através de programas de orientação, treinamento e educação contínua.

– Desenvolver e participar dos trabalhos de pesquisa.

– Cooperar com as escolas de enfermagem e outras, dando oportunidades de aprendizado aos alunos nas áreas clínicas.

– Estar ciente das responsabilidades e oportunidades inerentes ao funcionamento do serviço como centro de saúde da comunidade.

– Avaliar continuamente suas atividades administrativas e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes e à comunidade.”

As atividades administrativas da Divisão de Enfermagem que, segundo seu manual, fornecem o suporte necessário à prática de enfermagem no hospital, consistem no planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação desta prática através de:

– elaboração dos planos de cuidados de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de enfermagem que são dispensados a pacientes internados e de ambulatório;

- estimativa e provisionamento do pessoal e meios necessários ao desempenho das atividades de enfermagem;
- controle e manutenção dos padrões estabelecidos para a execução dos cuidados de enfermagem;
- responsabilidade de cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital e as normas estabelecidas pela Divisão de Enfermagem;
- manutenção do relacionamento necessário da Divisão de Enfermagem com os demais serviços do hospital;
- elaboração de normas e rotinas que visem à orientação de um trabalho adequado e eficiente de todo o pessoal da enfermagem;
- manutenção de um sistema de comunicação intra e interdepartamental através de reuniões, relatórios e anotações a respeito dos aspectos clínicos e administrativos da divisão;
- promoção e participação de programas de pesquisa de enfermagem;
- participação nos programas que visam dar experiência a estudantes e desenvolvimento ao pessoal da enfermagem”.

Além destas atividades há uma série de outras, denominadas atividades de apoio ou suporte ao desenvolvimento da assistência prestada. Englobam o seguinte:

- “– todo o trabalho burocrático das unidades;
- a provisão de material e equipamento necessário aos cuidados dos pacientes;
- a manutenção das condições satisfatórias do ambiente físico, através de consertos, pinturas, limpeza e outras providências que dão condições de segurança ambiental;
- a coordenação dos fluxos de pacientes, funcionários, visitas, material e outros;
- o entrosamento entre a enfermeira e os serviços de nutrição, serviço de arquivo médico e estatística, provisionamento de material, manutenção e outros;
- a comunicação entre as unidades de enfermagem e outros serviços através de envio e recebimento de correspondência, mensagens e telefonemas”.

Segundo o manual, estas atividades são desempenhadas pelo escriturário e pelo agente administrativo – funcionários da categoria de apoio desta divisão.

Na Divisão de Enfermagem em questão há normas relacionadas aos cuidados prestados diretamente ao paciente e normas administrativas.

As normas relacionadas aos cuidados diretos orientam quanto aos procedimentos estabelecidos pelo serviço no que tange às seguintes atividades: internações, transferências, altas, cuidados de enfermagem, cirurgias, consultas, tratamentos e exames especializados, medicação, alimentação, assistência religiosa e recreação de pacientes. Essas atividades são orientadas pelas rotinas específicas de cada seção. Em relação à assistência religiosa, consideramos relevante mencionar a preponderância das ordens médicas e do regulamento do hospital sobre as necessidades espirituais dos pacientes; diz a norma: "o pessoal de enfermagem deverá facilitar a assistência religiosa aos pacientes evitando, porém, as práticas que contrariem os tratamentos prescritos ou o regulamento do hospital".

No exercício da assistência ao paciente, o pessoal de enfermagem deverá desempenhar suas atividades de acordo com as atribuições relacionadas na descrição funcional do manual da Divisão de Enfermagem.

As normas administrativas constituem as diretrizes que norteiam o trabalho administrativo em relação à autoridade e responsabilidade pela direção dos serviços, seções e setores da divisão de enfermagem, ao sistema de comunicações administrativas, à distribuição diária do trabalho, à instituição de comissões, às anotações e controles de enfermagem, ao uso e manutenção de aparelhos, equipamentos e material, às escalas de funcionários, ao controle de frequência e pontualidade, à avaliação dos funcionários, aos elogios, promoções, penalidades e demissão, ao uso de uniformes e identificação, ao encaminhamento de funcionários ao Centro de Recursos Humanos e ao Serviço de Assistência Médica e Social do hospital dentre outros.

Percebemos que por parte da Divisão de Enfermagem, através de suas normas, há em relação ao enfermeiro uma grande expectativa de exercício de trabalho administrativo burocrático e que este trabalho deve ser caracterizado pelo cumprimento de normas administrativas previamente fixadas e atreladas a outros serviços. Assim, o cumprimento das normas administrativas burocráticas pelos enfermeiros contribui para maior eficiência dos serviços dos quais seguem determinações, servindo de suporte para o desenvolvimento dos mesmos e, no que diz respeito ao próprio serviço de enfermagem, possibilita aos enfermeiros um distanciamento do desempenho de atividades inerentes à administração da assistência de enfermagem.

Quanto às normas relacionadas aos cuidados prestados diretamente ao paciente, podemos observar que existe, em relação ao enfermeiro que exerce administração, uma expectativa da Divisão de En-

fermagem que centraliza nesse profissional a responsabilidade pelo controle do seguimento de rotinas e de obediência a ordens por parte dos funcionários. De acordo com essas normas, há a possibilidade de decisão por parte do enfermeiro que administra: 1) no que respeita a transferências de pacientes de um leito para outro, ou de quarto; 2) em relação à recreação de pacientes, todo programa deverá ser aprovado pelo diretor da Divisão de Enfermagem, mas ao enfermeiro cabe decidir "quais os pacientes que poderão participar das atividades de recreação fora da unidade de internação"; e 3) o comparecimento de pacientes a atividades religiosas no hospital também depende de deliberação da enfermeira.

Como já mencionamos, a Divisão de Enfermagem estudada está subordinada diretamente à superintendência do hospital. Tem sob suas responsabilidades técnico-administrativas os seguintes serviços:

- Enfermagem de Ambulatório
- Enfermagem Médica
- Enfermagem Cirúrgica
- Enfermagem Materno-Infantil
- Enfermagem de Unidades Especializadas
- Enfermagem de Centro Cirúrgico.

Há ainda sob sua subordinação o serviço de lavanderia e rouparia.

O pessoal da Divisão de Enfermagem está classificado em três categorias distintas: administração, execução e apoio. O pessoal da administração é constituído pelos seguintes elementos: diretor de divisão, assistentes técnicos, diretores de serviço, enfermeiros-chefes e enfermeiros encarregados*, cujos cargos "deverão ser exercidos por enfermeiros devidamente qualificados e designados em regime de confiança pela direção do hospital e da Divisão de Enfermagem".

Os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e os atendentes de enfermagem estão incluídos na categoria de execução dos cuidados de enfermagem.

A divisão determina que todos os plantões contem com a atuação de enfermeiros-chefes nas unidades de internação. Para atender a essa determinação, os enfermeiros-chefes participam do rodízio de turnos. Devido a esse rodízio, o número de enfermeiros-chefes necessário para cobrir diariamente todos os turnos em várias unidades de internação não coincide com o número existente de profissionais na-

* Esta função é prevista no quadro geral da instituição, porém no momento não existe elemento designado para exercê-la.

quela função; por isso, a divisão prevê a substituição de enfermeiros-chefes por enfermeiros para exercer as atribuições dos primeiros quando não se pode contar com estes na unidade.

Desta forma, é freqüente esta situação de se delegar aos enfermeiros (categoria de execução) atribuições dos profissionais da categoria de administração. Portanto, neste estudo nossa preocupação será voltada para as atividades administrativas desempenhadas pelos enfermeiros-chefes e pelos enfermeiros. No apêndice 2 podemos encontrar as atribuições que lhes são determinadas pelo manual.

As secretárias, os agentes administrativos e os escriturários constituem o pessoal de apoio cuja responsabilidade (conforme o manual) é o desenvolvimento dos trabalhos burocráticos*, o provimento das facilidades materiais e a manutenção da ordem e limpeza dos ambientes de trabalho.

A divisão conta com um total de 1.185 funcionários, sendo 51 para a administração, 1.054 para a execução e 80 para a categoria de apoio.

O pessoal administrativo é substituído em seus afastamentos por elementos de níveis subseqüentes; desta forma, um assistente substitui o diretor da divisão em seus impedimentos, um enfermeiro-chefe o diretor de serviços, e os enfermeiros devem substituir os enfermeiros-chefes. De acordo com o manual da Divisão de Enfermagem, "este processo facilita o preparo de pessoal para as promoções aos cargos administrativos". Já salientamos que um atributo altamente desejável da burocracia é o treinamento para o desempenho de funções administrativas.

Acreditamos ter caracterizado a burocratização do hospital em estudo ao enfatizarmos a descrição de sua estrutura organizacional, detendo-nos na organização formal que aponta o que o comportamento das pessoas *deveria ser*. Trata-se de uma instituição representada por um conjunto de funções oficializadas, cujo controle é exercido com a finalidade de impedir o desvio às normas preestabelecidas.

Esse quadro burocratizado caracteriza a instituição selecionada para nossa pesquisa de campo que vai tratar da função administrativa da enfermeira segundo uma metodologia e técnica de coleta de dados descritas no capítulo seguinte.

* O trabalho burocrático do pessoal de apoio designa todas as atividades vinculadas ao manuseio de papéis.

CAPÍTULO QUARTO

A FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DA ENFERMEIRA: SITUAÇÃO DE UM HOSPITAL DE ENSINO

No contexto da organização burocrática, referida no capítulo anterior, é que se dá o estudo da função administrativa da enfermeira, tema específico deste capítulo. Trataremos aqui de aspectos teóricos relativos à função burocrática, traçaremos a sua composição e operacionalização, seguidas pelo conceito de função administrativa não-burocrática; esta estrutura teórica será o suporte para o trabalho de campo que a sucede.

4.1 *A polêmica em torno da função administrativa da enfermeira*

O exercício da função administrativa pela enfermeira em nosso país é uma questão mesclada por dúvidas, desentendimentos e incompreensões.

O fato de ela incorporar funções administrativas no seu trabalho, em grau considerado acentuado por alguns autores, tem sido a causa de muita polêmica na profissão. Esta polêmica avulta na medida em que se torna evidente a dicotomia entre o que se espera da enfermeira na visão dos teóricos de enfermagem e o que se verifica ser a sua atuação cotidiana nas instituições de saúde.

Como é sabido, as enfermeiras em potencial são introduzidas a um papel profissional ideal e aprendem a valorizar o cuidado individualizado aos pacientes, com base em conhecimentos científicos, durante todo o seu processo de educação profissional. Segundo Kramer⁷², elas aprendem a exercitar o julgamento independente e a seguir os padrões da prática da profissão e seu código de ética.

Ao inserirem-se no âmbito de uma organização, as enfermeiras deparam-se com um trabalho que as leva a uma conduta organizada segundo rotinas preestabelecidas; delas é esperado que cumpram regras e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado, ou para fatos não contemplados no esquema. Estas expectativas do papel da enfermeira por

parte da instituição são percebidas como descaracterizando o papel ideal que lhes foi ensinado. As incompatibilidades inerentes a estes dois conjuntos de expectativas, assim como os conflitos que dela resultam, foram apontados por Etzioni⁵⁰.

Acresce salientar que a polêmica a que nos referimos se acompanha de uma falta de consenso sobre o conceito de função administrativa da enfermeira, seja ela burocrática ou não-burocrática.

Esta falta de consenso pode ser detectada através de uma análise comparativa do significado de função administrativa da enfermeira para alguns autores nacionais, tais como: Alvim et al.⁸; Baptista¹⁴; Becker et al.¹⁸; Burlamaque²⁸; Ciconeli et al.⁴³; Ferreira-Santos & Minzoni⁵³; Ferreira Santos⁵²; Mello⁸³; Oguisso et al.⁸⁷; Oliveira⁸⁸; Ribeiro¹⁰⁰ Souza et al.¹¹³; Trevizan²¹.

O assunto tem sido problematizado e a indefinição continua patente com relação à referida função. Isto demonstra a necessidade de mais pesquisas neste campo para resolver as questões pendentes.

Recentemente em nosso meio, Angerami & Almeida⁹, ao tratar do espaço do enfermeiro com o propósito de mostrar "o que faz o enfermeiro no espaço que lhe é designado", empreenderam uma revisão de vários estudos que tiveram como objetivo a identificação das funções desempenhadas por esse profissional. A revisão possibilitou às autoras verificar que, apesar da utilização de diferentes critérios de classificação das funções, as conclusões são semelhantes no que respeita ao exercício de funções predominantemente administrativas pelo enfermeiro.

Na tentativa de contribuir para a definição da função administrativa do enfermeiro, propomo-nos um exame baseado na pesquisa, saindo portanto do campo teórico. Como se trata do funcionamento e da organização de uma instituição que tem efeitos práticos, isto é, observáveis, no caso a assistência aos doentes, não podemos definir as funções correspondentes unicamente baseadas em princípios lógicos. É necessário que se faça uma análise e verificação empírica da realidade para uma conclusão que seja senão válida, pelo menos fidedigna. Por isso é necessário um estudo empírico sob pena de laborarmos em terreno puramente academicista e diletante.

Assim é nosso propósito: 1^o) analisar a função administrativa do enfermeiro à luz das implicações e das imposições do processo organizacional; e 2^o) averiguar como estes profissionais, no que concerne ao desempenho de suas funções administrativas, comportam-se dentro de uma organização hospitalar burocrática.

Antes, porém, vamos proceder a uma análise teórica da função administrativa burocrática, traçar uma classificação própria dessas mesmas funções, assim como apresentar o conceito de função administrativa não-burocrática.

4.2 *Conceito de função administrativa burocrática*

Parece-nos útil começar pela definição mais ampla de função administrativa em geral. O administrador desempenha sua função em qualquer nível da estrutura organizacional com o empenho de "conseguir fazer coisas através de pessoas"⁷¹.

Segundo Koontz & O'Donnell⁷¹, as funções administrativas têm como meta criar um ambiente tal dentro da empresa que facilite o alcance de seu objetivo. Em organizações cooperativas, como os hospitais, a função administrativa tem o propósito de criar "condições conducentes ao trabalho efetivo". Em consequência, na opinião destes autores, a função administrativa engloba o planejamento das operações dos subordinados tendo em vista os objetivos a serem atingidos, sua seleção e treinamento, a organização das tarefas, a direção do trabalho e a avaliação dos resultados.

De acordo com o exposto, a função administrativa burocrática envolve a utilização do conhecimento técnico-especializado sobre administração, obtido através de cursos especiais, e o seu exercício contribui para o alcance dos objetivos da organização. Ela é norteadada pela imparcialidade e objetividade.

Como vimos em capítulos anteriores, uma organização burocrática abrange funções claramente definidas e vinculadas aos fins da organização, onde cargos e *status* hierarquizados integram-se e implicam deveres e direitos estabelecidos e regidos por normas. Neste tipo de estrutura "a conduta administrativa, de modo geral, realiza-se dentro do limite de normas preestabelecidas pela organização"⁸⁵.

Sendo a burocracia um tipo de administração assentada na "razão instrumental, isto é, na capacidade de atingir fins propostos de forma eficiente, sob a garantia de um sistema adequado de leis"⁹⁶, ela fundamenta-se na dicotomia entre funções de coordenação e funções operacionais. "A burocracia caracteriza-se pela separação entre os que executam e os que planejam, organizam, dirigem e controlam."⁹⁶

Assim sendo, a função administrativa burocrática é um tipo de comportamento impessoal que é orientado detalhadamente por normas, rotinas e objetivos traçados pela organização. O comportamento do administrador segue-se ao compromisso para com a organização.

Fundamentadas em Prestes Motta & Bresser Pereira⁹⁵, Weber¹³⁰ e em Etzioni⁵⁰, determinamos a composição das funções administrativas burocráticas que se encontram nos itens incluídos no Quadro 1.

A análise dos 27 itens contidos neste quadro permite o embasamento teórico necessário aos que se dedicam a estudos sobre funções administrativas burocráticas.

QUADRO 1 – Listagem das funções administrativas burocráticas, construída utilizando as seguintes fontes: Etzioni⁵⁰, Preste Motta & Bresser Pereira⁹⁵ e Weber¹³⁰.

1. Utilização do conhecimento sobre as normas, diretrizes e rotinas da organização (*em relação aos administradores de baixo nível hierárquico, às vezes a sua especialização se restringe ao conhecimento e utilização dessas normas*).
2. Administração de forma eficiente, ou seja, coadunando os meios e os fins visados, utilizando um mínimo de esforços e obtendo um máximo de resultados.
3. Estabelecimento das metas que se almeja alcançar.
4. Planejamento das atividades a serem desenvolvidas.
5. Direção de suas atividades para fins visados e estabelecidos, de modo imparcial e objetivo.
6. Provisão de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento de sua área de trabalho.
7. Recrutamento e seleção de funcionários de acordo com critérios racionais que visam à competência e à habilitação para o cargo.
8. Tomada de decisões coerentes com os ditames das normas organizacionais, das diretrizes, dos métodos e rotinas e dos padrões instituídos.
9. Controle da sua área de autoridade, com vistas à consecução dos objetivos através dos meios mais econômicos e eficientes possíveis.
10. Restrição de custos materiais e pessoais na busca de maior eficiência da organização.
11. Obediência ao superior hierárquico imediato sem ter em conta a sua pessoa, mas o cargo que ocupa – essa obediência se concretiza em relação às normas adotadas (*há possibilidade de valer-se de uma autoridade mais alta quando não estiver de acordo com a ordem recebida*).

12. Elaboração, manutenção e atualização das normas racionais escritas pertinentes à sua área de autoridade. *(Essas normas devem pressupor os acontecimentos e ajustá-los a procedimentos definidos.)*
13. Orientação do pessoal sobre os objetivos e metas da organização.
14. Organização e divisão do trabalho de forma impessoal de acordo com a definição de cargos.
15. Definição e interpretação com precisão das atribuições dos funcionários.
16. Orientação do pessoal sobre os objetivos de suas atividades, bem como sobre as normas e rotinas específicas das mesmas.
17. Direção do pessoal, tendo em vista a hierarquia de funções e a especialização para o funcionamento eficiente de sua área de trabalho.
18. Comunicação das ordens através de canais previamente determinados.
19. Utilização do princípio da unidade de comando *(possibilitando a cada subordinado obedecer a apenas um chefe e impossibilitando a presença de conflitos de ordens).*
20. Supervisão e controle das atividades exercidas pelos subordinados, os quais se fundamentam nas normas estabelecidas.
21. Previsão, com relativo grau de certeza, do comportamento de seus subordinados face às comunicações transmitidas, às rotinas e às decisões que poderão tomar diante de determinadas situações.
22. Avaliação da eficiência do trabalho dos funcionários.
23. Sistematização efetiva dos movimentos verticais, como promoções e rebaixamentos, e dos movimentos horizontais, como transferências.
24. Restrição de atributos, possibilitada pela definição clara das áreas de autoridade e responsabilidade.
25. Utilização de meios coercitivos para exigir disciplina e obediência à conduta preestabelecida por parte dos subordinados.
26. Utilização dos princípios da ética do administrador *(desta forma, deverá observar a discricção em sua conduta e zelar para que as informações confidenciais sejam restritas aos interessados e envolvidos).*

27. Cumprimento das atribuições de seu cargo, definidas por normas da organização.

A estrutura teórica das funções administrativas burocráticas, que inferimos a partir dos autores mencionados, possibilitou-nos a classificação operacional daquelas funções exercidas pelos enfermeiros.

A estruturação teórica constitui a base para a fundamentação das funções práticas. Prática segue-se à teoria. A partir do momento que se conhecem os modos de pôr em ato os princípios teóricos, estamos na fase de operacionalização. Contudo, este termo, que vem do latim *operare* e que significa pôr em obra, não é apenas uma ação do *homo faber*, ou seja, exclusivamente do homem prático que age apenas em consequência, com a vivência e com a experiência anterior. A operacionalização, ao contrário, implica o seguimento de normas e resulta, portanto, de uma aplicação baseada em teoria e em cuja constituição está incluída a dedução lógica. Por conseguinte, as funções operacionais que apresentamos não são apenas uma seqüência de práticas de cujo efeito se tem conhecimento pelo uso e costume; são práticas que logicamente devem levar aos efeitos pretendidos.

Deste modo, segundo os dados encontrados no estudo de campo, foram caracterizadas como burocráticas as seguintes funções incluídas no Quadro 2, a seguir.

QUADRO 2 – Classificação das funções administrativas burocráticas encontradas no estudo de campo.

1. Receber, passar ou dirigir passagem de plantão.
2. Fazer provisão de recursos humanos e materiais.
3. Orientar funcionário sobre normas, rotinas e atribuições.
4. Elaborar, manter e coordenar escala de funcionário.
5. Supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar.
6. Solicitar providências e responder a questões normativas de outros departamentos.
7. Trocar informações sobre problemas da unidade com superiores.
8. Implementar ordens médicas.
9. Verificar prontuários, exames, escalas de cirurgias.

4.3 *Conceito de função administrativa não-burocrática*

A função administrativa não-burocrática também contribui para o alcance dos objetivos da organização, mas depende da utilização do preparo e competência profissional do enfermeiro, visando à qualidade do trabalho executado.

Portanto, difere da burocrática porque: 1º) não é regida detalhadamente por normas; 2º) depende mais da competência do indivíduo; 3º) deixa lugar para a criatividade; 4º) deixa espaço para um estilo pessoal; e 5º) enquanto a função burocrática é comandada pelo compromisso à organização, a não-burocrática é mais orientada pelo compromisso com a profissão.

Em outros termos, a perspectiva de qualidade estimula o exercício da criatividade na solução de problemas inesperados, possibilita a autonomia da manutenção da prática de acordo com os valores de sua profissão e, neste sentido, decorre do compromisso do enfermeiro em termos profissionais e pessoais para com a profissão e para com seu objeto de trabalho. Em consequência, a tomada de decisão é norteadada por padrões profissionais incorporados.

É a incorporação desses padrões profissionais que permite à enfermeira a atuação segundo os moldes de uma práxis criadora. É necessário uma constante adaptação a novas situações e é pela criação, por conseguinte fugindo das imposições normativas, que a enfermeira "faz o mundo humano e se faz a si mesma"¹²⁶.

No presente estudo foram englobadas como funções administrativas não-burocráticas as abaixo relacionadas, extraídas do estudo de campo, incluídas no Quadro 3. Convém esclarecer que o fato de relacionarmos apenas as seis encontradas não significa que as funções administrativas não-burocráticas, no nosso entender, se restrinjam a elas.

QUADRO 3 – Classificação das funções administrativas não-burocráticas encontradas no estudo de campo.

1. Fazer visita aos pacientes.
2. Orientar paciente e família sobre exames, cirurgias, cuidados pós-alta, retorno e estado do paciente.
3. Pedir informação ou receber solicitação do médico sobre cuidados.

4. Informar médico sobre providências tomadas quanto a exames solicitados.
5. Transmitir e/ou receber informações à/da equipe de enfermagem sobre assistência.
6. Participar de reunião de grupo de estudos de educação continuada.

4.4 Metodologia

Como dissemos no início do capítulo, é nosso intuito fornecer uma contribuição empírica ao estudo das funções administrativas burocráticas e não-burocráticas da enfermeira.

Neste item serão descritos aspectos da metodologia empregada, desde a coleta dos dados até os sujeitos observados na pesquisa, relevando-se também as técnicas, instrumentos e observadores utilizados.

Trata-se de um estudo longitudinal, baseado em observações realizadas em quatro períodos; as observações foram feitas no mesmo hospital-escola e nas mesmas unidades de internação, nos anos de 73, 76, 80 e 85.

Assim, portanto, nossa pesquisa foi iniciada com o trabalho "Estudo das atividades dos enfermeiros-chefes de unidades de internação de um hospital-escola"¹²¹, dirigido a problemas relacionados à utilização eficiente da enfermeira na assistência aos pacientes hospitalizados. Até então, havíamos encontrado na literatura nacional, entre os anos de 1966 a 1973, relatos pertinentes ao problema do papel do enfermeiro na organização hospitalar com nítida vinculação deste profissional às tarefas administrativas^{8, 18, 52, 53, 88, 101, 113}.

Uma das conclusões extraídas daquele estudo foi a preponderância de funções administrativas da enfermeira sobre as demais funções.

Sentimos necessidade de aprofundar nossos estudos sobre esta questão. A presente tese, portanto, difere nos seguintes aspectos: a) no estudo anterior as funções administrativas foram estudadas em bloco; b) a pesquisa atual estabelece uma nova tipologia das funções administrativas burocráticas e não-burocráticas; c) as funções burocráticas foram subdivididas, por sua vez, em nove itens operacionais já assinalados, assim como as não-burocráticas em seis itens.

Como se vê, há diferenças na avaliação dos dados, embora haja semelhanças na sua coleta, como detalharemos mais adiante. Ressaltamos que os mesmos dados de 1973 e 1976, objetos de análise em Trevizan¹²¹ serão reanalisados na presente tese, pois que foram colhidos dentro do mesmo roteiro de observação que o foram os dados atuais.

O trabalho foi realizado em quatro unidades de internação do hospital descrito no Capítulo Terceiro. Das várias unidades de internação existentes, foram selecionadas as quatro consideradas básicas de um hospital geral, quais sejam: Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Ginecológico-Obstétrica.

Deste modo, foram incluídos no estudo as enfermeiras* atuantes naquelas unidades durante o período de coleta de dados, que compreendeu um conjunto de cinco dias consecutivos em cada uma das quatro etapas de estudo: 1973, 1976, 1980 e 1985.

O início e o término do horário de observação em cada uma dessas etapas foram determinados pelo dia oficial de trabalho da enfermeira, em vigor no ano de observação. Assim, em 1973, o período de observação diária foi de 6h30 às 15h30, porque este era o horário de trabalho que, com desconto de uma hora de almoço, totalizava oito horas.

Já em 1976, 1980 e 1985, tendo a jornada de trabalho uma duração de seis horas e quarenta minutos, com início às 6h30 horas no plantão matutino, a coleta de dados nestas três etapas se estendeu até às 12h30. Não foram, portanto, considerados os quarenta minutos finais desta jornada pelo fato de abrangerem uma interface com o plantão seguinte e, desta forma, contar com a presença da enfermeira da manhã e com a enfermeira da tarde.

Foi utilizada a técnica de observação intermitente, a cada quinze minutos, das funções exercidas por todas as enfermeiras atuantes nas quatro unidades selecionadas nos períodos mencionados.

O instrumento de coleta de dados foi o mesmo utilizado em Trevizan¹²¹, uma vez que já tínhamos comprovado a sua validade nas duas etapas anteriores. Veja, no Apêndice 3, um modelo de ficha utilizada para o registro das funções da enfermeira, pelo observador.

As funções registradas nessa ficha de observação (Apêndice 3) foram classificadas pelo pesquisador em: administrativas, de assistên-

* Como já foi esclarecido na página 61, foram incluídas neste estudo enfermeiras e enfermeiras-chefes; nesta tese elas são indistintamente denominadas *enfermeiras*, por executarem basicamente as mesmas funções, levadas por motivos circunstanciais da própria instituição.

cia direta ao paciente, de colaboração ao ensino e à pesquisa, delegáveis e particulares, segundo definições que podem ser encontradas no Apêndice 4.

Compuseram o grupo de observadores alunos do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, treinados para esta finalidade.

Foram selecionados aqueles que já tinham concluído o sexto semestre do curso de graduação em enfermagem e que tivessem demonstrado bom aproveitamento na disciplina de administração aplicada à enfermagem. Este critério foi utilizado considerando-se que os alunos que o preenchessem teriam subsídio para identificar o trabalho desenvolvido pela enfermeira.

Os observadores dos quatro períodos do estudo foram treinados em obediência aos mesmos padrões estabelecidos no primeiro período. Assim sendo, o treinamento abrangeu uma orientação inicial em que foi explicado o modo e o conteúdo da anotação que seria feita sobre a função da enfermeira, observada a cada quinze minutos. A anotação deveria restringir-se à descrição do fato observado, sem interferência no trabalho da enfermeira observada.

Após a orientação inicial e o esclarecimento de dúvidas que precederam a prática da observação, passou-se a um treinamento individual de quatro horas sob a supervisão e o controle da pesquisadora que, em intervalos aleatórios, comparou a sua observação com aquela registrada pelo observador. A seguir ao treinamento, foi realizada nova reunião com o grupo de observadores, em cada ano, dúvidas foram esclarecidas, orientações foram reforçadas e então passou-se à coleta de dados.

Foram acionados trinta observadores nas quatro etapas, sendo doze para a primeira e seis para cada uma das subseqüentes; contava-se sempre com dois observadores volantes para substituição dos observadores fixos em horários de café e para averiguarem a localização do enfermeiro, quando ausente da unidade.

Cinquenta e oito enfermeiras foram observadas ao total nas quatro etapas estudadas, assim distribuídas: 11 em 1973, 10 em 1976, 21 em 1980 e 16 em 1985.

Em 1973 e 1976 contava-se com uma enfermeira em cada unidade de internação, por dia. Ressalte-se que estas enfermeiras não estiveram escaladas nos cinco dias de observação, no período da manhã; daí os totais de 11 e 10, respectivamente, naquelas duas etapas.

Em 1980, contava-se com três enfermeiras por dia, no período da manhã, nas unidades Cirúrgica e Ginecológico-Obstétrica, e com duas

enfermeiras por dia nas unidades Médica e Pediátrica, respectivamente no período da manhã. Nesta etapa foram observadas, então, dez enfermeiras por dia, totalizando 21 nos cinco dias de observação.

Em 1985 contava-se com duas enfermeiras por dia, no período da manhã, em cada uma das quatro unidades estudadas, durante o período de observação, tendo sido envolvidas 16 enfermeiras nos cinco dias.

4.5 Descrição e análise dos resultados

A seguir apresentaremos os problemas encontrados durante a coleta dos dados, os critérios de inclusão das observações, as questões relativas à análise e, enfim, a análise mesma dos resultados.

Tendo a coleta de dados sido efetuada em quatro períodos de tempo, deparamo-nos com mudanças no horário de trabalho das enfermeiras e na quantidade de enfermeiras observadas em cada unidade. Deste modo, a coleta de dados não foi uniforme nos períodos mencionados, no tocante ao número de observações realizadas, impedindo por isso uma comparação direta dos dados obtidos.

Há que se ressaltar também que os períodos de coleta de dados dependeram dos recursos disponíveis da pesquisadora, independente dos enfermeiros escalados para trabalharem na semana e horário selecionados. Deste modo, um problema importante da coleta de dados foi a dependência da enfermeira observada à escala de trabalho fixada pela chefia. Devido a isto, não nos foi possível controlar o número de vezes que cada enfermeira seria observada. Este fato, conjuntamente com os critérios de inclusão de observações, será discutido a seguir.

Somando o tempo de observação nos quatro anos do estudo, totalizaram-se 820 horas. Como a intermitência estabelecida para observação foi de 15 minutos, cada hora foi representada por quatro observações. Foram integralizadas, portanto, 3.280 observações, das quais 130 foram desprezadas por relacionarem-se com intervalo para café, permitido pela instituição e presentes pelo menos uma vez como atividade diária de todos os sujeitos observados.

Os números de identificação das enfermeiras observadas foram obtidos aleatorizando a ordem alfabética de seus nomes, contidos na listagem das enfermeiras participantes em cada unidade de internação nas quatro etapas do estudo.

A distribuição das enfermeiras observadas por ano, dia e unidade de internação está exibida nas tabelas 1, 2, 3 e 4.

Destaca-se nestas tabelas o fato de as enfermeiras 9 (na Unidade Médica, Tabela 1); 3, 4, 5, 11 (na Unidade Cirúrgica, Tabela 2); 7, 9,

11, 13 (na Unidade Pediátrica, Tabela 3) e 6, 14, 15 (na Unidade Ginecológico-Obstétrica, Tabela 4) estarem sobre-representadas no sentido de fornecerem os dados para quatro ou mais dias. Este fato foi provocado pela escassez de recursos da pesquisadora e deve ser ponderado quando da avaliação dos resultados.

TABELA 1 – Números de identificação das enfermeiras observadas na Unidade de Internação *Médica*, classificados segundo o dia de observação e o ano do estudo.

ANO	DIA				
	I	II	III	IV	V
1973	11	14	3	3	3
1976	4	7	11	4	4
1980	10	10	1	1	1
	15	6	8	8	8
1985	6	6	6	2	2
	9	9	9	9	9

TABELA 2 – Números de identificação das enfermeiras observadas na Unidade de Internação *Cirúrgica*, classificados segundo o dia de observação e o ano do estudo.

ANO	DIA				
	I	II	III	IV	V
1973	5	5	5	5	6
1976	4	4	2	4	4
1980	11	9	11	11	11
	15	15	15	7	10
	3	3	3	3	3
1985	14	13	13	8	14
	7	1	12	7	1

TABELA 3 – Números de identificação das enfermeiras observadas na Unidade de Internação *Pediátrica*, classificados segundo o dia de observação e o ano do estudo.

ANO	DIA				
	I	II	III	IV	V
1973	12	15	1	12	12
1976	13	13	10	13	13
1980	11	11	6	11	11
	7	7	7	7	7
1985	4	2	4	2	14
	9	9	9	5	9

TABELA 4 – Números de identificação das enfermeiras observadas na Unidade de Internação *Ginecológico-Obstétrica*, classificados segundo o dia de observação e o ano do estudo.

ANO	DIA				
	I	II	III	IV	V
1973	9	10	11	11	11
1976	1	9	9	1	5
	3	8	3	3	2
1980	13	6	6	6	6
	14	14	15	15	14
1985	14	14	14	14	14
	15	15	15	15	15

Como foi ressaltado anteriormente, em 1973 o período de trabalho da enfermeira no hospital estudado era de oito horas, e nos demais anos esta jornada foi reduzida para seis horas e quarenta minutos. Diante deste fato, a duração da observação intermitente acompanhou o regime de trabalho do observado.

No entanto, existiram ainda os seguintes detalhes diferenciais nos anos observados: a) em 1973 a enfermeira trabalhava das 6h30 às 15h30, período este que era interrompido por uma hora de almoço. Deste modo, as quatro observações correspondentes ao almoço foram eliminadas dos dados deste ano; b) nos anos posteriores julgamos que a sobreposição de 40 minutos de trabalho de enfermeiras de dois plantões diferentes deveria ser eliminada da observação por descaracterizar uma situação normal de trabalho; c) devido à concessão de um intervalo para café aos funcionários, pela instituição, foi eliminado um período de quinze minutos para café em todas as observações efetuadas; d) adotou-se o critério de observar todas as enfermeiras escaladas para as unidades de internação estudadas. Conseqüentemente, houve uma variação de uma a três enfermeiras observadas nas diferentes unidades e nos distintos anos.

Para análise dos dados, deparamo-nos com algumas questões provocadas: a) pela classificação das diferentes funções observadas; b) pela quantidade diferente de dados obtidos por unidade de internação, dependendo do ano e do número de enfermeiras observadas na unidade.

Em relação às funções observadas, como já foi dito, as mesmas foram classificadas, segundo suas características, em: *administrativas, assistência direta ao paciente, colaboração ao ensino e à pesquisa, delegáveis e particulares*. Esta classificação obedeceu às definições do Apêndice 4.

As funções administrativas foram subdivididas em *burocráticas e não-burocráticas* e classificadas à luz dos conceitos expressos nos itens 4.2 e 4.3, respectivamente. As funções desempenhadas diretamente *com e para* o paciente foram identificadas como funções de assistência ao paciente. Funções executadas com alunos ou relacionadas a investigações científicas foram qualificadas como de colaboração ao ensino e à pesquisa. O desempenho de funções que no nosso entender subutilizam o preparo da enfermeira, como por exemplo, lavar material, preencher pedidos de exame etc., foram arroladas como funções delegáveis, enquanto aquelas desligadas do serviço foram identificadas como particulares.

As tabelas 5, 6, 7 e 8 exibem a distribuição das funções desempenhadas pelas enfermeiras, nos cinco dias de observação segundo o ano do estudo, respectivamente nas unidades de Internação Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Ginecológico-Obstétrica.

Da soma dos dados contidos nessas tabelas, obtém-se a Tabela 9, que apresenta para cada ano o total das observações do trabalho das enfermeiras.

TABELA 5 – Distribuição de freqüências das funções desempenhadas pelas enfermeiras da Unidade de Internação Médica nos cinco dias de observação, segundo o ano do estudo. A quantidade superior corresponde à freqüência observada, e a quantidade entre parênteses é a porcentagem do total anual.

ANO	FUNÇÕES						TOTAL (%)
	Enfermeiras observadas por dia	Administrativas	Assistência ao paciente	Ensino e Pesquisa	Delegáveis	Particulares	
1973	1	92 (59,4)	10 (6,4)	1 (0,6)	15 (9,7)	37 (23,9)	155 (100%)
1976	1	70 (60,9)	3 (2,6)	9 (7,8)	25 (21,7)	8 (7,0)	115 (100%)
1980	2	150 (65,2)	26 (11,3)	39 (17,0)	5 (2,2)	10 (4,3)	230 (100%)
1985	2	139 (60,4)	41 (17,8)	9 (3,9)	13 (5,7)	28 (12,2)	230 (100%)

Notas: a) No ano de 1973 o período de trabalho foi de 6h30 às 15h30, e nos anos posteriores de 6h30 às 12h30.

b) As quatro observações correspondentes à pausa do almoço foram eliminadas dos dados do ano de 1973.

c) Um intervalo de quinze minutos para café foi eliminado por dia e por enfermeira observada nos quatro anos estudados.

TABELA 6 – Distribuição de freqüências das funções desempenhadas pelas enfermeiras da Unidade de Internação *Cirúrgica* nos cinco dias de observação, segundo o ano do estudo. A quantidade superior corresponde à freqüência observada, e a quantidade entre parênteses é a porcentagem do total anual.

ANO	Enfermeiras observadas por dia	FUNÇÕES					TOTAL (%)
		Administrativas	Assistência ao paciente	Ensino e Pesquisa	Delegáveis	Particulares	
1973	1	66 (42,6)	15 (9,7)	1 (0,6)	42 (27,1)	31 (20,0)	155 (100%)
1976	1	73 (63,5)	19 (16,5)	5 (4,4)	16 (13,9)	2 (1,7)	115 (100%)
1980	3	245 (71,0)	43 (12,5)	15 (4,3)	11 (3,2)	31 (9,0)	345 (100%)
1985	2	133 (57,8)	41 (17,8)	8 (3,5)	27 (11,8)	21 (9,1)	230 (100%)

- Notas: a) No ano de 1973 o período de trabalho foi de 6h30 às 15h30 e nos anos posteriores de 6h30 às 12h30.
 b) As quatro observações correspondentes à pausa do almoço foram eliminadas dos dados do ano de 1973.
 c) Um intervalo de quinze minutos para café foi eliminado por dia e por enfermeira observada nos quatro anos estudados.

TABELA 7 – Distribuição de freqüências das funções desempenhadas pelas enfermeiras da Unidade de Internação *Pediátrica* nos cinco dias de observação, segundo o ano do estudo. A quantidade superior corresponde à freqüência observada, e a quantidade entre parênteses é a porcentagem do total anual.

ANO	Enfermeiras observadas por dia	FUNÇÕES					TOTAL (%)
		Administrativas	Assistência ao paciente	Ensino e Pesquisa	Delegáveis	Particulares	
1973	1	55 (35,5)	11 (7,1)	7 (4,5)	6 (3,9)	76 (49,0)	155 (100%)
1976	1	70 (60,9)	6 (5,2)	2 (1,7)	29 (25,2)	8 (7,0)	115 (100%)
1980	2	127 (55,2)	65 (28,3)	15 (6,5)	16 (7,0)	7 (3,0)	230 (100%)
1985	2	137 (59,6)	59 (25,6)	12 (5,2)	16 (7,0)	6 (2,6)	230 (100%)

- Notas: a) No ano de 1973 o período de trabalho foi de 6h30 às 15h30 e nos anos posteriores de 6h30 às 12h30.
 b) As quatro observações correspondentes à pausa do almoço foram eliminadas dos dados do ano de 1973.
 c) Um intervalo de quinze minutos para café foi eliminado por dia e por enfermeira observada nos quatro anos estudados.

TABELA 8 – Distribuição de freqüências das funções desempenhadas pelas enfermeiras da Unidade de Internação *Ginecológico-Obstétrica* nos cinco dias de observação, segundo o ano do estudo. A quantidade superior corresponde à freqüência observada, e a quantidade entre parênteses é a porcentagem do total anual.

ANO	Enfermeiras observadas por dia	FUNÇÕES					TOTAL (%)
		Administrativas	Assistência ao paciente	Ensino e Pesquisa	Delegáveis	Particulares	
1973	1	77 (49,7)	13 (8,4)	6 (3,9)	5 (3,2)	54 (34,8)	155 (100%)
1976	1	72 (62,6)	6 (5,2)	0 (0)	26 (22,6)	11 (9,6)	115 (100%)
1980	3	238 (69,0)	47 (13,6)	24 (7,0)	12 (3,4)	24 (7,0)	345 (100%)
1985	2	166 (72,2)	36 (15,7)	6 (2,6)	7 (3,0)	15 (6,5)	230 (100%)

- Notas: a) No ano de 1973 o período de trabalho foi de 6h30 às 15h30 e nos anos posteriores de 6h30 às 12h30.
 b) As quatro observações correspondentes à pausa do almoço foram eliminadas dos dados do ano de 1973.
 c) Um intervalo de quinze minutos para café foi eliminado por dia e por enfermeira observada nos quatro anos estudados.

TABELA 9 – Distribuição de freqüências das funções desempenhadas pelas enfermeiras de todas as unidades de internação conjuntamente nos cinco dias de observação, segundo o ano do estudo. A quantidade superior corresponde à soma das freqüências obtidas nas quatro unidades de internação. A quantidade entre parênteses é a porcentagem do total anual.

ANO	Enfermeiras observadas por dia	FUNÇÕES					TOTAL (%)
		Administrativas	Assistência ao paciente	Ensino e Pesquisa	Delegáveis	Particulares	
1973	4	290 (46,8)	49 (7,9)	15 (2,4)	68 (11,0)	198 (31,9)	620 (100%)
1976	4	285 (61,9)	34 (7,4)	16 (3,5)	96 (20,9)	29 (6,3)	460 (100%)
1980	10	760 (66,1)	181 (15,7)	93 (8,1)	44 (3,8)	72 (6,3)	1.150 (100%)
1985	8	575 (62,5)	177 (19,2)	35 (3,8)	63 (6,8)	70 (7,6)	920 (100%)

Notas: a) No ano de 1973 o período de trabalho foi de 6h30 às 15h30 e nos anos posteriores de 6h30 às 12h30.

b) As quatro observações correspondentes à pausa do almoço foram eliminadas dos dados do ano de 1973.

c) Um intervalo de quinze minutos para café foi eliminado por dia e por enfermeira observada nos quatro anos estudados.

As diversidades referidas na página 76 dificultam tanto a comparação das frequências das funções realizadas dentro das unidades de internação, quanto a das observadas em anos diferentes dentro da mesma unidade. Por isso, é necessário ajustar os dados para considerar dois fatores que exibem variabilidade não-controlada. Eles são: a) o tempo de observação atribuído a cada enfermeira; e b) a quantidade de enfermeiras observadas por unidade de internação.

O ajuste, ou padronização, necessário poderá fazer-se simplesmente dividindo – para cada ano e para cada unidade de internação – a frequência F de funções observadas em cada classe pelo número total N de funções observadas.

De fato, se as observações eliminadas correspondentes à pausa do café são ignoradas, os quocientes F/N serão as quantidades de funções em cada classe desempenhadas por período de observação de quinze minutos e por sujeito observado.

Por este motivo, as porcentagens $100F/N$ das tabelas 5 a 8 serão as respostas padronizadas correspondentes aos diferentes anos e unidades de internação. Analogamente, as porcentagens exibidas na Tabela 9 fornecerão as respostas padronizadas correspondentes a cada combinação função \times ano.*

A análise estatística visará ao estudo paralelo dos dados correspondentes às funções administrativas burocráticas e não-burocráticas. Como estes conjuntos são estatisticamente dependentes (pois foram extraídos simultaneamente), poder-se-á produzir o fenômeno que Tukey¹²⁵ chama de *multiplicidade*. Ele consiste na geração de significâncias estatísticas espúrias, devidas à análise reiterada de diversos aspectos de um único conjunto de dados. Por esse motivo, será conveniente considerar os resultados da análise estatística como indicações, não os interpretando rigidamente.

Embora nosso objetivo esteja restrito à análise das funções administrativas, não poderíamos deixar de relacioná-las ao contexto do qual elas foram extraídas.

Assim, comparando as funções exibidas na Tabela 9, fica ressaltada a preponderância das funções administrativas sobre as demais. Ao lado daquela preponderância, a Tabela 9 sugere a existência de uma tendência de diminuição de funções delegáveis e particulares,

* As respostas padronizadas da Tabela 9 são médias ponderadas das respostas padronizadas das tabelas 5 a 8. Os coeficientes da ponderação são os totais anuais por unidade de internação, divididos pelo total anual de funções observadas.

uma tendência de aumento de funções de assistência ao paciente e uma flutuação nas funções de colaboração ao ensino e à pesquisa.

Estudando a variação do percentual das referidas funções por unidade de internação, observa-se nas tabelas 5 a 8 que: a) no decorrer do estudo, as funções particulares mostraram maior freqüência nas unidades Pediátrica e Ginecológico-Obstétrica, onde se observa um alto percentual no primeiro ano de observação e uma visível regressão nos anos subseqüentes. No entanto, nas unidades Médica e Cirúrgica, após uma diminuição, verifica-se uma tendência de aumento no último ano; b) com exceção da Unidade Cirúrgica, verifica-se o ano de 1976 apresentando o maior percentual de funções delegáveis quando comparado com os demais anos; c) com relação às funções de colaboração ao ensino e à pesquisa, sobressaem as unidades Médica e Ginecológico-Obstétrica, apresentando um aumento no ano de 1980; d) as funções de assistência ao paciente apresentaram comportamento semelhante nas unidades Médica, Pediátrica e Ginecológico-Obstétrica, demonstrando uma queda no ano de 1976 e um aumento nos anos seguintes, enquanto que na Unidade Cirúrgica a tendência foi de crescimento dessas funções com uma ligeira diminuição no ano de 1980; e) a função administrativa apresentou crescimento do primeiro ao terceiro ano e ligeira queda no quarto ano de observação nas unidades Médica e Cirúrgica. Por outro lado, na Unidade Ginecológico-Obstétrica, foi registrada uma elevação crescente do primeiro ao quarto ano e na Unidade Pediátrica pode-se dizer que ocorreu uma manutenção após o aumento ocorrido no segundo ano.

Estudando as respostas padronizadas na Tabela 9, verificou-se que o índice obtido nas funções administrativas indica um aumento de 1973 para os anos subseqüentes, nos quais observou-se uma constância. Em relação às funções assistenciais, houve uma constância. Em relação às funções assistenciais houve uma duplicação nos dois últimos anos. Quanto às delegáveis, observa-se um aumento notável de 1973 para 1976 e uma grande queda nos anos subseqüentes. As particulares, que no ano de 1973 alcançaram um índice considerado muito elevado, declinaram sensivelmente e mantiveram-se semelhantes nos anos posteriores.

A distribuição dos índices de padronização das distintas funções pode ser representada graficamente utilizando um perfil. A Figura 1 contém os perfis das funções desempenhadas pela enfermeira nas unidades e nos quatro anos estudados. Estes perfis evidenciam graficamente a preponderância das funções administrativas sobre as demais.

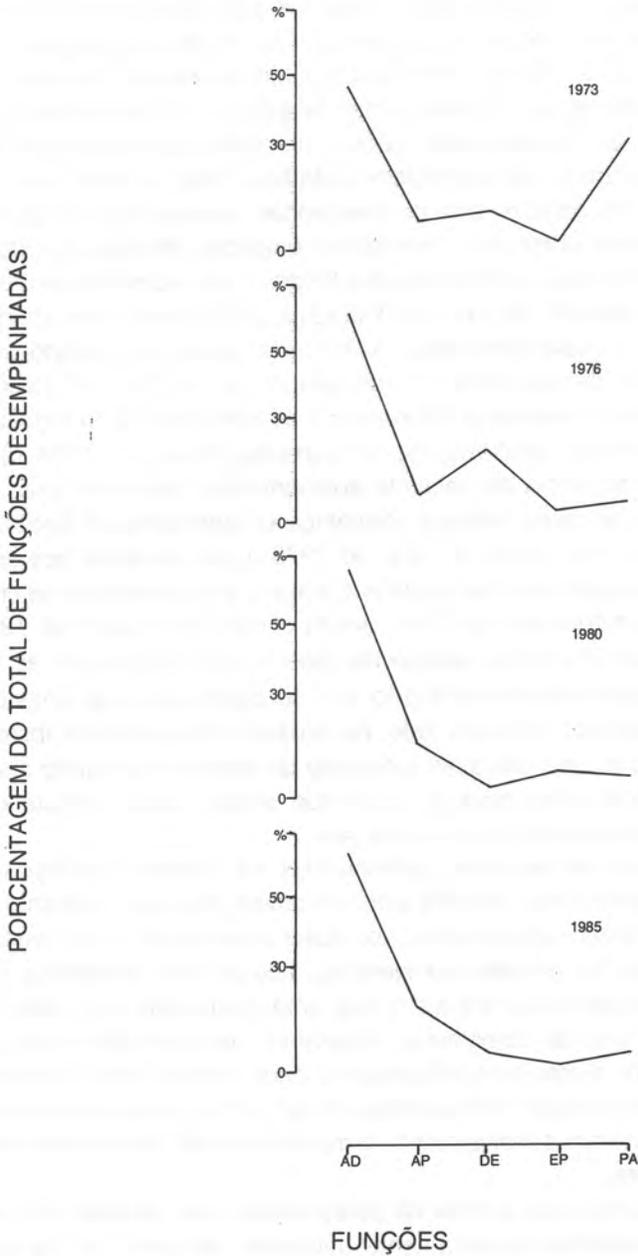


FIGURA 1 – Perfis das funções desempenhadas pelos enfermeiros de todas as unidades estudadas, nos cinco dias de observação, segundo o ano do estudo.
 Código das funções: AD = administrativas; AP = assistência ao paciente; DE = delegáveis; EP = ensino e pesquisa; PA = particulares.

Uma análise estatística mais formal dos dados da Tabela 9 pode ser realizada aplicando o teste de Friedman^{65,131}. O mesmo permite estudar se as respostas padronizadas das distintas funções exibem diferenças não-atribuíveis ao acaso, tomando em conta a informação dos quatro anos do estudo, considerados como blocos.*

O valor da estatística K de Friedman é de 10,6 e seu nível de significância atingido sob uma distribuição de qui-quadrado com 4 graus de liberdade fica entre 2,5% e 5%, fornecendo assim evidência estatisticamente significativa da existência de diferenças entre as respostas padronizadas. A aplicação do teste de comparações múltiplas, proposto em Wilcoxon & Wilcox¹³¹, só detecta uma diferença significativa ao nível de 5% entre as respostas padronizadas extremas das funções administrativas e de colaboração ao ensino e à pesquisa.

Para pesquisar a estrutura das diferenças nas distintas unidades de internação, aplicou-se novamente o teste de Friedman aos dados das tabelas 5 a 8, obtendo-se os valores 8,20; 11,40; 8,00 e 11,29, respectivamente para a estatística K (no quarto caso, ela foi corrigida para tomar conta da existência do empate do ano 1980, na Tabela 8). Os níveis de significância atingidos foram então $2,5\% < P < 5\%$ para os dados das tabelas 5 e 7, e $5\% < P < 10\%$ para os das tabelas 6 e 8, respectivamente.

A conclusão é então que as diferenças globais detectadas parecem se dever mais às unidades de internação Cirúrgica e Ginecológico-Obstétrica do que às outras.

Terminada a análise do conjunto de funções desempenhadas pela enfermeira, passou-se então ao estudo apurado das funções administrativas que foram classificadas em burocráticas (Tabela 10) e não-burocráticas (Tabela 11), cujas definições encontram-se nos itens 4.2 e 4.3, respectivamente.

O critério de padronização anteriormente utilizado pode ser empregado também para ajustar as frequências observadas F das tabelas 10 e 11.

Como a classificação das funções administrativas está contida na classificação global das funções desempenhadas pelas enfermeiras, as respostas padronizadas destas tabelas serão obtidas também como a fórmula $100F/N$, onde N será o total anual de funções administrativas e não-administrativas, dependente do ano e da unidade de internação, extraído da última coluna das tabelas 5 a 8.

* É conveniente ressaltar que, tanto nesta aplicação do teste de Friedman quanto nas seguintes, o valor da estatística do teste não muda, quando os dados não-padronizados são analisados. Isto é devido ao fato de a padronização operar anualmente, isto é, sobre os blocos do modelo de Friedman.

A padronização dos dados anuais para todas as unidades em conjunto, exibidos nas colunas finais das tabelas 10 e 11, deverá então se fazer dividindo as frequências observadas pelos totais da Tabela 9. Os resultados estão expostos nas tabelas 10-A e 11-A.

O tipo de função burocrática mais desenvolvida pelas enfermeiras observadas nas unidades de internação Médica, Cirúrgica e Ginecológico-Obstétrica é a IOM = Implementar ordens médicas, como se pode observar na Tabela 10-A, que mostra também esta função como a segunda colocada na Unidade de Internação Pediátrica. Segue-se a ela a função tipo NRA = Orientar funcionários sobre normas, rotinas e atribuições, que alcançou maior resposta padronizada na Unidade de Internação Pediátrica. Em terceiro posto encontra-se a função tipo PEE = Verificar prontuários, exames, escalas de cirurgia.

O tipo de função burocrática mais contemplada pela enfermeira corresponde à expectativa médica, enquanto que o tipo de função que em segundo lugar recebe maior dedicação da enfermeira corresponde à expectativa da organização hospitalar. Além disso, o terceiro tipo de função mais desempenhado atende às expectativas de ambas as forças acima referidas. Entretanto, o tipo de função burocrática que recebe menos atenção da enfermeira emana de expectativa do próprio serviço de enfermagem: SAP = Supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar.

Na análise formal dos dados da Tabela 10-A utilizou-se o teste de Friedman. Os correspondentes valores da estatística K, corrigida por empates, mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as respostas padronizadas correspondentes às distintas funções burocráticas para todas as unidades conjuntamente e para cada uma das unidades de internação por separado.

Aplicando os testes de comparações de comparações múltiplas, as diferenças parecem dever-se às respostas padronizadas extremas, correspondentes às funções IOM = Implementar ordens médicas e SAP = Supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar, tanto no caso dos totais para as quatro unidades de internação, quanto para o caso particular das unidades Médica e Cirúrgica.

A diferença significativa da Unidade Pediátrica é devida às funções NRA = Orientar funcionário sobre normas, rotinas e atribuições e ODP = Solicitar providências e responder a questões normativas de outros departamentos, e a diferença na unidade Ginecológico-Obstétrica deve-se às funções PEE = Verificar prontuários e exames, escalas de cirurgia e SAP = Supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar. Em ambos os casos, os dados de 1976 parecem se contrapor aos dos anos restantes.

TABELA 10 – Distribuição de freqüências das funções administrativas burocráticas desempenhadas pelas enfermeiras, nos cinco dias de observação, classificadas segundo o ano do estudo e a unidade de internação.

Função Burocrática (*)	UNIDADE DE INTERNAÇÃO																			
	MÉDICA				CIRÚRGICA				PEDIÁTRICA				GINECOLÓGICO- OBSTÉTRICA				TOTAIS ANUAIS			
	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85
ESC	6	2	9	14	4	1	6	3	1	2	15	2	3	10	8	7	14	15	38	26
IOM	29	24	34	17	23	19	9	22	7	24	2	3	25	11	11	23	84	78	56	65
NRA	12	8	12	22	13	8	10	14	18	6	13	33	9	9	37	17	52	31	72	86
ODP	4	1	4	10	5	2	12	15	1	0	1	8	4	0	18	6	14	3	35	39
PEE	3	2	21	12	2	4	49	18	2	4	22	17	6	11	35	30	13	21	127	77
PLA	4	5	20	13	4	5	44	17	2	3	17	19	4	5	18	17	14	18	99	66
PRS	0	4	12	11	0	6	9	8	0	1	2	11	0	5	17	6	0	16	40	36
RHM	4	1	0	10	5	4	12	11	9	2	16	9	7	4	6	5	25	11	34	35
SAP	3	2	0	3	1	2	4	3	5	0	2	4	0	1	11	3	9	5	17	13
Sub-Total	65	49	112	112	57	51	155	111	45	42	90	106	58	56	161	114	225	198	518	443
TOTAL	338				374				283				389				1384			

(*) Código das funções burocráticas: ESC = Elaborar, manter e coordenar escala de funcionários; IOM = Implementar ordens médicas; NRA = Orientar funcionários sobre normas, rotinas e atribuições; ODP = Solicitar providências e responder a questões normativas de outros departamentos; PEE = Verificar prontuários, exames, escalas de cirurgia; PLA = Receber, passar ou dirigir passagem de plantão; PRS = Trocar informações sobre problemas da unidade com superiores; RHM = Fazer provisão de recursos humanos e materiais; SAP = Supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar.

TABELA 10-A – Distribuição das respostas padronizadas correspondentes às funções administrativas burocráticas desempenhadas pelas enfermeiras, classificadas segundo o ano do estudo e a unidade de internação, e resultados do teste estatístico de Friedman (*).

Função Burocrática (**)	UNIDADE DE INTERNAÇÃO																			
	MÉDICA				CIRÚRGICA				PEDIÁTRICA				GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA				TOTAIS ANUAIS			
	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85
ESC	3,87	1,74	3,91	6,09	2,58	0,87	1,74	1,30	0,64	1,74	6,52	0,87	1,94	8,70	2,32	3,04	2,26	3,26	3,30	2,83
IOM	18,71	20,87	14,78	7,39	14,84	16,52	2,61	9,57	4,52	20,87	0,87	1,30	16,13	9,57	3,19	10,00	13,55	16,96	4,87	7,07
NRA	7,74	6,96	5,22	9,57	8,39	6,96	2,90	6,09	11,61	5,22	5,65	14,35	5,81	7,83	10,72	7,39	8,39	6,74	6,26	9,35
ODP	2,58	0,87	1,74	4,35	3,23	1,74	3,48	6,52	0,64	0	0,43	3,48	2,58	0	5,22	2,61	2,26	0,65	3,04	4,24
PEE	1,94	1,74	9,13	5,22	1,29	3,48	14,20	7,83	1,29	3,48	9,57	7,39	3,87	9,57	10,14	13,04	2,10	4,57	11,04	8,37
PLA	2,58	4,35	8,70	5,65	2,58	4,35	12,75	7,39	1,29	2,61	7,39	8,26	2,58	4,35	5,22	7,39	2,26	3,91	8,61	7,17
PRS	0	3,48	5,22	4,78	0	5,22	2,61	3,48	0	0,87	0,87	4,78	0	4,35	4,93	2,61	0	3,48	3,48	3,91
RHM	2,58	0,87	0	4,35	3,23	3,48	3,48	4,78	5,81	1,74	6,96	3,91	4,52	3,48	1,74	2,17	4,03	2,39	2,96	3,90
SAP	1,94	1,74	0	1,30	0,64	1,74	1,16	1,30	3,23	0	0,87	1,74	0	0,87	3,19	1,30	1,45	1,09	1,43	1,41
TOTAL	41,94	42,62	48,70	48,70	36,78	44,36	44,93	48,26	29,03	36,53	39,11	46,08	37,43	48,72	46,67	49,55	36,30	43,05	45,04	48,15
K	22,34				17,64				16,58				18,98				21,31			
P	0,1% < P < 0,5%				1% < P < 2,5%				2,5% < P < 5%				1% < P < 2,5%				0,5% < P < 1%			

(*) K = Valor da estatística de Friedman, corrigida por empates.

P = Nível de significância atingido por K sob uma distribuição de qui-quadrado com 8 graus de liberdade.

(**) O código das funções burocráticas é o detalhado na Tabela 10.

O passo seguinte foi o estudo das funções administrativas não-burocráticas, apresentadas nas tabelas 11 e 11-A.

Das seis funções não-burocráticas observadas, a de frequência preponderante é a de tipo OPF = Orientar paciente e família sobre exames, cirurgias, cuidados pós-alta, retornos e estado do paciente, conforme se vê na Tabela 11-A. A de menor frequência é a de tipo GEC = Participar de reunião de grupo de estudos de educação continuada, que passou a ocorrer apenas no último ano observado e exclusivamente na Unidade de Internação Pediátrica.

A aplicação do teste de Friedman a estes dados permite detectar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as respostas padronizadas das funções GEC, INF = (Transmitir e/ou receber informações à/da equipe de enfermagem sobre assistência) e OPF, tanto no conjunto das unidades como nas unidades de internação em separado. A única exceção a este padrão é fornecida pela Unidade de Internação Pediátrica, que é a geradora dos dados da função GEC.

A eliminação da primeira linha da Tabela 11, correspondente a esta função, fornece os valores 3,00; 9,14; 3,19 e 2,05 da estatística K de Friedman, corrigida por empates, para as quatro unidades de internação, e o valor 5,72 para o total. Conferindo estes valores com uma tabela do X^2 com 4 graus de liberdade, observa-se que as diferenças anteriormente detectadas desaparecem. Isto sugere que a homogeneidade das respostas padronizadas das funções não-burocráticas nos distintos anos do estudo foi superficialmente alterada devido às particularidades da Unidade de Internação Pediátrica em 1985.

Procurou-se, a seguir, analisar o grau de burocratização do conjunto de funções administrativas desempenhadas nos quatro períodos do estudo.

A observação da Tabela 12 mostra uma relativa preponderância das funções burocráticas sobre as não-burocráticas. Ela pode ser formalmente analisada definindo um *índice de burocratização*, e estudando as variações desse índice ao variar a unidade de internação e/ou o ano do estudo.

Define-se este índice para cada ano e para cada unidade mediante o quociente

$$I = \frac{B}{B + NB}$$

TABELA 11 – Distribuição de freqüências das funções administrativas não-burocráticas desempenhadas pelas enfermeiras, nos cinco dias de observação, classificadas segundo o ano do estudo e a unidade de internação.

Função não-Burocrática (*)	UNIDADE DE INTERNAÇÃO																			
	MÉDICA				CIRÚRGICA				PEDIÁTRICA				GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA				TOTAIS ANUAIS			
	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85
GEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11
INF	9	2	3	5	2	1	3	5	4	1	9	0	7	1	13	4	22	5	28	14
OPF	6	9	18	6	4	10	71	6	2	7	18	10	4	4	34	17	16	30	141	39
PTO	4	2	0	8	0	2	8	5	1	2	0	6	1	4	8	12	6	10	16	31
SOL	6	4	17	1	2	3	8	4	3	7	8	1	5	6	6	1	16	20	39	7
VIS	2	4	0	7	1	6	0	2	0	11	2	3	2	1	16	18	5	22	18	30
SUBTOTAL	27	21	38	27	9	22	90	22	10	28	37	31	19	16	77	52	65	87	242	132
TOTAL	113				143				106				164				526			

(*) Código das funções não-burocráticas: GEC = Participar de reunião de grupo de estudos de educação continuada;
 INF = Transmitir e/ou receber informações à/da equipe de enfermagem sobre assistência;
 OPF = Orientar paciente e família sobre exames, cirurgias, cuidados pós-alta, retorno e estado do paciente;
 PTO = Informar médico sobre providências tomadas quanto a exames solicitados;
 SOL = Pedir informação ou receber solicitação do médico sobre cuidados;
 VIS = Fazer visita aos pacientes.

TABELA 11-A – Distribuição das respostas padronizadas correspondentes às funções administrativas não-burocráticas, desempenhadas pelas enfermeiras, classificadas segundo o ano do estudo e a unidade de internação, e resultados do teste estatístico de Friedman (*).

Função não-Burocrática (**)	UNIDADE DE INTERNAÇÃO																			
	MÉDICA				CIRÚRGICA				PEDIÁTRICA				GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA				TOTAIS ANUAIS			
	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85	73	76	80	85
GEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,78	0	0	0	0	0	0	0	1,20
INF	5,81	1,74	1,30	2,17	1,29	0,87	0,87	2,17	2,58	0,87	3,91	0	4,52	0,87	3,77	1,74	3,55	1,09	2,43	1,52
OPF	3,87	7,83	7,83	2,61	2,58	8,70	23,58	2,61	1,29	6,09	7,83	4,35	2,58	3,48	9,85	7,39	2,58	6,52	12,26	4,24
PTO	2,58	1,74	0	3,48	0	1,74	2,32	2,17	0,64	1,74	0	2,61	0,64	3,48	2,32	5,22	0,97	2,17	1,39	3,37
SOL	3,87	3,48	7,39	0,43	1,29	2,61	2,32	1,74	1,94	6,09	3,48	0,43	3,23	5,22	1,74	0,43	2,58	4,35	3,39	0,76
VIS	1,29	3,48	0	3,04	0,64	5,22	0	0,87	0	9,57	0,87	1,30	1,29	0,87	4,64	7,83	0,81	4,78	1,57	3,26
Total	17,42	18,27	16,52	11,73	5,80	19,14	26,09	9,56	6,45	24,36	16,09	13,47	12,26	13,92	22,32	22,61	10,49	18,91	21,04	14,35
K	9,77				14,18				4,01				10,14				11,19			
P	5% < P < 10%				1% < P < 2,5%				50% < P < 75%				5% < P < 10%				2,5% < P < 5%			

(*) K = Valor da estatística de Friedman, corrigida por empates.

P = Nível de significância atingido por K sob uma distribuição de qui-quadrado com 5 graus de liberdade.

(**) O código das funções não-burocráticas é o detalhado na Tabela 11.

do número B de atividades burocráticas pela quantidade total de atividades burocráticas e não-burocráticas (NB), realizadas no ano e na unidade de internação*.

Os valores deste índice encontram-se na Tabela 12-A, que pode ser avaliada aplicando a técnica da análise da variância para a classificação dupla em anos e unidades de internação, com uma observação por casela.

O índice não mostrou variações significativas de um ano a outro [$F(3,9) = 1.988$, $0.10 < P < 0.25$], nem entre unidades de internação [$F(3,9) = 0.191$, $P > 0.25$]. Também os dados não mostram quaisquer sugestões de o padrão histórico depender da unidade, nem de o padrão entre unidades depender do ano (o valor da estatística de Tukey para não-interação é $F(1,8) = 1.558$ ($0,10 < P < 0,25$), o que revela uma constância essencial no valor do mesmo, que pode ser estimado pela média dos valores da Tabela 12-A, que é 0,736 (o intervalo de confiança do coeficiente 95% estende-se desde 0,698 até 0,775). A Tabela 12-A sugere então que as funções administrativas burocráticas perfazem 74% do total das funções administrativas, sem variações estatisticamente significativas entre unidades ou entre anos.

4.6 *Os resultados em discussão*

Como já explicitamos, para analisar os dados defrontamo-nos com alguns problemas provocados pela quantidade diferente de dados obtidos em cada unidade de internação, dependendo do ano e do número de enfermeiras observadas por unidade e pela classificação das diferentes funções observadas.

Os problemas determinados pela quantidade diferente de dados obtidos por unidade de internação foram contornados através de um ajuste dos mesmos, levando-se em consideração dois fatores: o tempo de observação atribuído a cada enfermeira e o número de enfermeiras observadas em cada unidade. Desse modo, houve necessidade de uma padronização dos dados de acordo com o relatado na página. 82.

A classificação das diferentes funções observadas foi outra questão que nos colocou frente a um problema, uma vez que não existe consenso em nosso meio a esse respeito. Assim, com base na literatura, estabelecemos as definições do conjunto de funções (assistência

* O índice I poderia ser definido alternativamente mediante um quociente análogo de respostas padronizadas totais, burocráticas e não-burocráticas. A padronização adotada na análise das funções administrativas burocráticas assegura que as duas definições coincidem.

TABELA 12 – Distribuição das funções administrativas desempenhadas pelas enfermeiras, classificadas segundo o ano do estudo, a unidade de internação e o tipo de função: burocrática (B) e não-burocrática (NB).

ANO	UNIDADE DE INTERNAÇÃO														TOTAL ANUAL
	MÉDICA			CIRÚRGICA			PEDIÁTRICA			GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA			EM TODAS AS UNIDADES		
	B	NB	TOTAL	B	NB	TOTAL	B	NB	TOTAL	B	NB	TOTAL	B	NB	
1973	65	27	92	57	9	66	45	10	55	58	19	77	225	65	290
1976	49	21	70	51	22	73	42	28	70	56	16	72	198	87	285
1980	112	38	150	155	90	245	90	37	127	161	77	238	518	242	760
1985	112	27	139	111	22	133	106	31	137	114	52	166	433	132	575
TOTAL	338	113	451	374	143	517	283	106	389	389	164	553	1384	526	1910

TABELA 12-A – Índices de burocratização das funções administrativas desempenhadas pelas enfermeiras, classificados segundo o ano do estudo e a unidade de internação (*).

ANO	UNIDADE DE INTERNAÇÃO			
	MÉDICA	CIRÚRGICA	PEDIÁTRICA	GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA
1973	0,71	0,86	0,82	0,75
1976	0,70	0,70	0,60	0,78
1980	0,75	0,63	0,71	0,68
1985	0,80	0,83	0,77	0,69

(*) O índice de burocratização é o quociente $B/(B+NB)$, no qual B e NB são respectivamente a quantidade de funções burocráticas e não-burocráticas desempenhadas pelas enfermeiras nos cinco dias de observação.

ao paciente, ensino e pesquisa, delegáveis e particulares) exercidas pelo enfermeiro de unidade de internação (constantes no Apêndice 4) que fundamentaram a classificação das funções observadas.

De modo especial, interessa-nos a função administrativa. Em relação a ela há também diversos pontos de vista por parte de diferentes autores. Discutiremos este aspecto mais adiante.

Com o intuito de fornecer ao leitor uma seqüência lógica da discussão dos resultados encontrados, começaremos por discutir os dados totais, ou seja, o conjunto de funções desempenhadas pelas enfermeiras.

As porcentagens demonstradas na Tabela 9 constituem as respostas padronizadas que correspondem a cada combinação *função x ano*, das funções exercidas pelas enfermeiras de todas as unidades de internação conjuntamente.

A partir de 1980 houve inversões nos resultados relativos à assistência direta ao paciente e às funções delegáveis. As enfermeiras que vinham assumindo maior quantidade de funções delegáveis (de 11,0% em 1973 para 20,9% em 1976) vão-se desligando de modo considerável destas funções e, em contrapartida, passam a assumir de forma mais enfática a assistência direta ao paciente, embora não tenham atingido o nível de 20% no conjunto de unidades de internação (Tabela 9). Neste aspecto, a Unidade de Internação Pediátrica constituiu exceção, pois o desempenho de funções de assistência direta ao paciente foi de 28,3% e 25,6% nos dois últimos períodos (veja Tabela 7). Por outro lado, também foi a Unidade de Internação Pediátrica que mais concorreu para o aumento de funções delegáveis em 1976, atingindo o nível de 25,2%.

Este fenômeno se explica por uma mudança ocorrida na instituição: foi duplicada a quantidade de escriturários em cada unidade de internação estudada, nos dois últimos períodos do estudo, indicando que a estes elementos a enfermeira passou a delegar funções de seu próprio nível, que antes executava subutilizando o seu preparo¹²⁴. Importante lembrar também a criação do cargo de agente administrativo nas unidades de internação, cujo ocupante passou a absorver parte das funções delegáveis da enfermeira a partir de 1980.

Teoricamente tem sido apregoado que a enfermeira deve dedicar-se à assistência direta aos pacientes, e fazer dela o seu objeto de trabalho. Esta aspiração está refletida nas atribuições determinadas a essa profissional pelo manual da divisão de enfermagem da instituição estudada (Apêndice 2); não obstante, conforme ficou demonstrado, a enfermeira desse hospital não chega a dedicar um quinto de seu tem-

po a essas funções. Este dado sugere que parece persistir uma concepção entre alguns enfermeiros dessa instituição de que a função de assistência direta pode ser delegada, como já havíamos constatado através de entrevistas¹²².

As enfermeiras observadas continuam limitadas a um papel de apoio aos assuntos de ensino e pesquisa, que seria a fase inicial da hierarquia dos papéis de pesquisa sintetizados por Bowie^{24,25}.

Comparando as tabelas 5 a 8, chama a atenção na Tabela 5 o fato de as enfermeiras da Unidade de Internação Médica apresentarem um percentual de 17% em funções de ensino e pesquisa em 1980. No entanto, ao total e entre as cinco funções, esta recebe menos dedicação por parte das enfermeiras.

Ao investigar a produção de pesquisas por enfermeiros de serviço, Lopes⁷⁶ encontrou que 25,6% deles "mantém contatos com docentes de escola de enfermagem para discutirem assuntos de pesquisa". Pelos achados do autor, todos os enfermeiros que participaram de seu estudo referiam reconhecer a necessidade de participar de pesquisa em enfermagem. De acordo com a recente publicação do Conselho Federal de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem⁴⁵, sobre o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983, 22,9% dos enfermeiros de instituições hospitalares realizam atividades de pesquisa. Segundo o próprio documento, este percentual parece ser significativo por corresponder a 3.354 enfermeiros envolvidos neste tipo de atividade.

Repetindo nossa assertiva em trabalho¹²³ sobre essa função, é desejável uma soma de esforços entre os profissionais de ensino e de serviços no sentido de capacitar os últimos para o exercício gradativo de papéis técnico e consumidor de pesquisa e finalmente de investigador.

A Tabela 9 e a Figura 1 permitem-nos verificar que as funções particulares sofreram uma queda sensível a partir de 1976, que pode ser atribuída à mudança no regime de trabalho. Os dados de 1973 sugerem que o almoço constituía um fator que facilitava maior desempenho de funções dessa natureza, através de ausências da unidade por período superior aos quatro intervalos descontados para tal. Daí o decréscimo dessas funções a partir de 1976, quando o regime de trabalho passou de oito para seis horas e quarenta minutos, eliminando-se a necessidade de pausa para o almoço. Cabe salientar aqui que nossa observação restringiu-se a seis horas, por motivo já exposto na página 71. O desconto dos quarenta minutos finais pode, entretanto, represen-

tar um fator determinante da diminuição de funções particulares a partir de 1976.

Na análise dos nossos resultados, não se pode deixar de mencionar a sobre-representação dos sujeitos observados, porquanto a frequência de algumas funções pode estar determinada por características específicas de enfermeiras observadas em tempo maior. Assim, o grande desempenho de funções particulares na Unidade de Internação Pediátrica, por exemplo, parece ser uma característica que decorre principalmente da enfermeira número 12 em 1973, enquanto que a de número 13 parece executar preferentemente funções administrativas e delegáveis em 1976 (veja tabelas 3 e 7). Já as enfermeiras números 7 e 11 concentram-se no desempenho de funções administrativas e de assistência direta em 1980, o mesmo ocorrendo com a enfermeira número 9 em 1985.

A condição de sobre-representatividade das enfermeiras pode ser verificada nas outras unidades estudadas, também, lançando-se mão da comparação das tabelas 1 e 5, 2 e 6, 4 e 8. Nestas últimas, verifica-se que os resultados obtidos em 1985 devem-se exclusivamente às enfermeiras 14 e 15.

A predominância das funções administrativas nas quatro etapas do estudo está evidente na Figura 1 e na Tabela 9, que mostram o aumento ocorrido de 1973 para 1976 e praticamente a sua manutenção nos anos subseqüentes.

Acreditamos que alguns determinantes deste aumento sejam provenientes de mudanças ocorridas na organização hospitalar e, especificamente, na organização do serviço de enfermagem.

No interstício entre as duas primeiras etapas do estudo, foi criada, na Divisão de Enfermagem, a função de supervisora para atender à necessidade de maior controle do serviço de enfermagem. Parece-nos que, a partir de então, as enfermeiras passam a ser mais impelidas para o exercício de funções administrativas, uma vez que a supervisora as valoriza no desempenho de suas funções e faz cobranças dessa ordem às enfermeiras. É o que se depreende do exame das atribuições da supervisora, constantes no regimento da Divisão de Enfermagem em vigor em 1976, assim como da análise das atividades desempenhadas pelas mesmas nas unidades de internação estudadas, conforme relatamos em estudo efetuado naquele ano¹²¹.

No período compreendido entre 1976 e 1980, destaca-se a transferência do hospital para sua nova sede própria, o que representou grandes modificações em termos de área física, de estrutura e de recursos.

Pode-se dizer que são quatro os fatores fundamentais que indicam uma elevação no índice de complexidade da organização estudada: a) a estruturação de novos serviços especializados que fornecem assessoria técnica, jurídica e em questões relativas a recursos humanos à superintendência; b) a criação de novos serviços especializados na Divisão Médica, acarretando conseqüentemente novos serviços especializados na Divisão de Enfermagem; c) o aumento do número de leitos; e d) a expansão na quantidade de pessoal. Este aumento em complexidade implicou uma burocratização mais acentuada, tornando mais nítida a divisão do trabalho nos vários serviços do hospital.

A crescente complexidade trouxe consigo a elaboração de um novo organograma, configurando a ampliação de áreas de autoridade e responsabilidade, e a criação de cargos de chefia; as atividades de cada área passam a ser sistematizadas por manuais de serviço, com repercussões na Divisão de Enfermagem e, conseqüentemente, no trabalho da enfermeira, em particular em suas funções administrativas.

A tipologia das funções administrativas burocráticas e não-burocráticas, exposta nas tabelas 10, 10-A, 11 e 11-A, foi estabelecida principalmente para diferenciá-las no que respeita à sua vinculação a normas e rotinas. Os resultados encontrados, mostrando 74% de burocráticas e 26% de não-burocráticas, indicam uma tendência para a rotinização e impessoalidade e, portanto, vinculação mais acentuada a normas preestabelecidas.

Embora concebendo as não-burocráticas como menos suscetíveis às imposições normativas, nossas observações durante os treze anos dedicados a essa pesquisa na instituição estudada permitem-nos enquadrá-las como disfunções burocráticas, considerando-se a forma como têm sido desempenhadas.

Na verdade, elas caracterizam-se como disfunções burocráticas em potencial, dependendo das características pessoais da enfermeira que as executa, imprimindo a elas um sentido de criatividade, doação, compromisso, ou um sentido de mecanização, impessoalidade, distanciamento, padronização. A esse respeito, o trabalho de Mendes⁸⁴ é ilustrativo da artificialidade, mecanização e despersonalização dos atos comunicativos mantidos entre o grupo da enfermagem e os pacientes.

Das seis funções não-burocráticas incluídas em nosso estudo, a GEC – Participar de reunião de grupo de estudos de educação continuada – destaca-se pela forma democrática como tem sido conduzida. Foi uma iniciativa de um grupo de enfermeiras, a partir de 1985, interessadas em estudar alternativas para a melhoria da assistência.

Algumas sugestões práticas que visam criar um local de trabalho para a enfermeira são fornecidas por Fine⁵⁴, com base na crença de que a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem possa ser melhorada. Para a autora, esta meta pode ser melhor alcançada através da democratização do ambiente de trabalho, pela criação de mais oportunidades para enfermeiras dirigirem-se a si mesmas. Assevera que, democratizando o ambiente de trabalho, poder-se-á eliminar o sentimento de alienação das enfermeiras e resultará em intensificação da auto-realização e, em última análise, em maior produtividade em benefício do paciente.

Apesar da extensão deste estudo, seus resultados não podem ser generalizados, por estarem limitados a uma única instituição e por estarem fundamentados em nossa visão sobre a função administrativa do enfermeiro.

Ao que nos parece, a função administrativa tem sido incorporada pelos enfermeiros de forma diversificada, através de uma perspectiva particular, o que pode ser depreendido de distintas classificações que foram utilizadas em diferentes pesquisas sobre o assunto, indicando que cada autor tem uma visão peculiar da questão.

O exame de artigos desses autores levou-nos à constatação dessa diversidade e, em seguida, a uma tentativa de agrupamento aproximado do significado de função administrativa para os mesmos, segundo nossa interpretação de seus textos. Este agrupamento encontra-se ilustrado no Quadro 4, à página 101.

De treze autores selecionados, sete entendem que o trabalho administrativo da enfermeira significa fazer uma *administração da unidade*; para três, significa fazer *administração da assistência* e para outros três deve haver uma associação das duas citadas.

Tomando por base os trabalhos de Alvim et al.¹⁸, Baptista¹⁴, Becker et al.¹⁸, Burlamaque²⁸, Ciconelli et al.⁴³, Ferreira-Santos & Minzoni⁵³, Ferreira-Santos⁵², Oguisso et al.⁸⁷, Oliveira⁸⁸, e Souza et al.¹¹³ pode-se definir a *administração da unidade* como aquela que limita as atividades administrativas à provisão, manutenção e controle de recursos materiais destinados ao bom funcionamento da unidade, e à distribuição de tarefas ao pessoal. Entretanto, verifica-se, ainda assim, algumas variações entre elas, como por exemplo Alvim et al e Oliveira que não mencionam a inclusão de nenhuma atividade junto ao pessoal auxiliar, diferença essa que se encontra destacada no Quadro 4; Ferreira-Santos & Minzoni enquadram-se à definição de administração de unidade, mas acrescentam educação, supervisão e avaliação do pessoal auxiliar e interpretação de ordens médicas ao trabalho administra-

tivo da enfermeira; Souza et al também acrescentam educação, supervisão e avaliação do pessoal auxiliar e enfatizam a organização do serviço, programas, normas e rotinas de trabalho como integrantes da função administrativa da enfermeira.

Fundamentadas nos trabalhos de Mello⁸³, Ribeiro¹⁰⁰ e Trevizan¹²¹, podemos definir que a *administração da assistência* tem como centro o paciente, é orientada para a assistência e envolve o planejamento, a direção, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo pessoal auxiliar, visando ao atendimento das necessidades que os pacientes apresentam. Abrange a coordenação das atividades desenvolvidas com pacientes de sua unidade por pessoas de outros serviços, bem como a coordenação das atividades do pessoal de apoio no que se refere a recursos materiais. Nessa administração, sob a liderança da enfermeira, a atenção ao paciente deve ser a principal meta do pessoal auxiliar.

Conforme nosso entendimento, Baptista, Becker et al e Ciconelli et al colocam a função administrativa da enfermeira orientada para o serviço e para o paciente, de forma que se pode perceber uma associação dos enfoques da administração da unidade com os da administração da assistência.

Demonstrada a diversidade do significado da função administrativa da enfermeira segundo alguns autores, finalizamos este capítulo. Cabe-nos ressaltar a necessidade de um consenso em torno dessa função, mesmo porque, pela sanção da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e de acordo com seu Artigo 11 "O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e 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 de assistência de enfermagem;..."²⁷.

QUADRO 4 – Significado da expressão “função administrativa do enfermeiro” segundo alguns autores nacionais.

AUTORES	●	□	*	☆	△
TREVIZANI ²¹			*		
SOUZA et al. ¹¹³	□			☆	△
RIBEIRO ¹⁰⁰			*		
OLIVEIRA ⁸⁸	■				△
OGUISSO et al. ⁸⁷					△
MELLO ⁸³			*		
FERREIRA-SANTOS ⁵²	□				
FERREIRA-SANTOS ⁵³ & MINZONI	□			☆	△
CICONELLI et al. ⁴³			*		
BURLAMAQUE ²⁸	□			☆	△
BECKER et al. ¹⁸			*		
BAPTISTA ¹⁴			*		
ALVIM et al. ⁸	■				

SIGNIFICADO DA FUNÇÃO ADMINISTRATIVA

- Administração da unidade
- Administração da assistência
- Educação, supervisão e avaliação do pessoal auxiliar
- Interpretação de ordens médicas
- Organização do serviço, programas, normas e rotinas de trabalho
- Provisão e controle de medicamento e material
- Supervisão e orientação de pessoal de limpeza
- Arrolamento de pertences de pacientes
- Providências para reparos necessários
- Convenção de equipamento em uso

Legenda:

- Administração da unidade, excluindo recursos humanos
- Administração da unidade
- * Administração da assistência
- ☆ Administração da assistência e da unidade
- △ Outros aspectos ressaltados pelos autores.

CAPÍTULO QUINTO

O ESPAÇO DA ENFERMEIRA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR BUROCRATIZADA

Feito o exame da inserção da enfermagem num hospital burocratizado, e analisada a função administrativa da enfermeira no capítulo precedente, parece-nos útil tratar de como situar essa profissional no seu trabalho burocratizado. Falaremos em primeiro lugar das forças que propiciaram a burocratização para, em seguida, colocarmos a nossa posição em relação ao modo pelo qual a enfermeira pode ocupar o seu espaço na instituição hospitalar burocratizada.

As forças propiciatórias da burocratização do trabalho da enfermeira são oriundas de três fontes. Em primeiro lugar, da própria enfermagem quando concretiza um ideal da revolução introduzida por Nightingale: a adoção de uma divisão de trabalho. Ao fundar a primeira escola de enfermagem, Nightingale já previa para as *ladies* o exercício de funções administrativas, antevendo uma contribuição significativa da enfermagem para a organização dos hospitais segundo moldes burocráticos. Tendo as *ladies* realmente assumido as funções administrativas e estabelecido uma unidade de comando, ficou evidenciada uma hierarquia no próprio serviço de enfermagem, determinando assim uma padronização nos comportamentos, o que significou uma tendência para a burocratização sob o estímulo dos ideais então em vigência.

A absorção deste modelo pela enfermagem americana reflete a persistência desta sistemática de trabalho. Já na década de trinta, o incentivo à utilização dos princípios taylorísticos na enfermagem hospitalar pelas enfermeiras daquele país veio reforçar aquele ideal.

A adoção dos princípios de Taylor e a conseqüente separação entre as funções de execução e de planejamento propiciaram a emergência da burocratização do serviço de enfermagem e particularmente do trabalho da enfermeira.

Enfatizando as funções administrativas da enfermeira segundo o modelo Taylor, a liderança da enfermagem americana acaba por definir e operacionalizar a conduta burocratizada dessa profissional, transferindo para a enfermagem brasileira a mesma definição. Aqui também

a enfermeira, regida pelo taylorismo, passa a responder ao modelo burocrático do hospital.

Em segundo lugar, temos a organização hospitalar como outra força propiciadora da burocratização do trabalho da enfermeira. O postulado básico de Mauksch⁸¹ sobre a posição da enfermeira no hospital constitui um demonstrativo deste fato, ou seja, o de que "o papel da enfermeira é profundamente afetado pela sua obrigação de representar a continuidade de tempo e de lugar". Diz o autor que o fato social e a expectativa geral de presença física contínua e obrigatória entre muitos especialistas transitórios adicionam uma sobrecarga à enfermeira, qual seja a de coordenar os que chegam e os que saem; assim, o fato de estar presente é traduzido pela expectativa de que ela mantenha a ordem no "fluxo do tráfego e na seqüência de eventos que são esquematizados para o paciente". Em decorrência de sua presença e de seu *status* residencial ou territorial, ela assume uma "aura quase-proprietária sobre sua posição". A unidade de internação é *dela* e, assim sendo, as pessoas que para lá se dirigem para executar tarefas penetram no seu território⁸¹.

Este relacionamento possessivo entre a enfermeira e sua unidade é identificado por Mauksch⁸¹ como uma segunda continuidade, ou melhor, a "continuidade da organização social", referindo-se a um sentido de identidade coletiva e de pertence social que ocorre nas subestruturas das organizações. Apenas a enfermeira, o administrador e o arquiteto podem obter, nos hospitais modernos, um sentido natural da unidade de internação como uma entidade social e estrutural, o que não ocorre com os médicos e com outros especialistas que se movimentam na organização sem uma identidade geográfica específica; eles reconhecem a enfermeira como a representante da subestrutura administrativa, social e física, embora não façam parte dela. O fato de a estrutura organizacional impedir que a administração do hospital esteja efetivamente na linha de frente faz com que a enfermeira surja como representante administrativa da instituição, ao invés de aparecer como especialista clínica.

Uma terceira área de continuidade examinada por Mauksch⁸¹, e que também contribui para que a organização hospitalar seja uma força propiciadora da burocratização do trabalho da enfermeira, é a continuidade de função (integrativa e de coordenação). Partindo da premissa de que o acréscimo da divisão de trabalho e das unidades sociais, bem como a sua diversificação, aumenta a necessidade de coordenação e integração, Mauksch⁸¹ afirma que a emergência de especialistas estimulou a necessidade dessas funções na unidade de internação.

Observações de atividades diárias na unidade de internação levaram-no a confirmar que aquelas funções "foram colocadas nos ombros da enfermeira e ela as aceitou". A obrigação de coordenar é imputada à enfermeira em vista das continuidades de espaço, tempo e organização social; deste modo, a responsabilidade dela pela continuidade de função resulta de dois fatores: a sua presença e a sua designação para a unidade de internação. Em decorrência, a responsabilidade da enfermeira pela continuidade de função parece derivar de fatores organizacionais e é, essencialmente, uma conseqüência residual da especialização, da complexidade institucional e da distribuição do trabalho⁸¹.

Importante mencionar também que o autor ressalta que "a continuidade de função é implementada de uma maneira que representa, essencialmente, um sistema burocrático de comunicações, no qual a enfermeira serve como agente processador".

A utilização da enfermeira para o desempenho da função de integração é resultante de limitações da organização formal do hospital. A análise de Mauksch⁸¹ mostrou que como o administrador não tem meios organizacionais de representar e implementar diretamente sua função administrativa nas linhas de frente, "a enfermagem, de fato, representa, em virtude do alcance truncado da administração do hospital, uma prótese para o braço do administrador hospitalar. Na medida em que a síntese da função institucional é uma responsabilidade administrativa, a continuidade de função é imputada à enfermeira-chefe, não somente porque ela é uma enfermeira, mas porque ela aparece como uma representante *de fato* da administração do hospital. Ela está, dentro deste quadro de referência, não apenas carregando, como sugerido acima, o mandato da administração do hospital, mas está implementando e ocasionalmente reforçando-o também".

A coordenação não é somente uma função inevitável mas necessária à integração e implementação de um sistema altamente especializado e burocraticamente organizado de responsabilidades e tarefas técnicas.

A terceira força propiciatória para a burocratização do trabalho dessa profissional é proveniente da expectativa médica que tem, segundo Katz⁷⁰, transformado gradativamente a enfermeira em especialista administrativa.

Embora considerando que a enfermagem possa ser praticada em vários contextos, Katz⁷⁰ alerta para o fato de que uma observação das enfermeiras em hospitais será de grande valia para uma melhor descrição da sua situação profissional, ao mesmo tempo que será útil para iluminar parte do contexto hospitalar que existe para a implementação

do conhecimento médico. A enfermeira atua como protetora do conhecimento médico, na medida em que controla a assistência e o acesso à informação sobre os pacientes e que facilita o fluxo do conhecimento.

Do ponto de vista médico, portanto, a expectativa é a de que ela implemente suas ordens. No entanto, as implicações do atendimento a essa expectativa não podem ser esquecidas. As ordens médicas são traduzidas em ação sob o controle dos registros das ações de enfermagem, o que permite a detecção de erros e a respectiva responsabilidade.

Conforme analisa Katz⁷⁰, "a enfermeira executa seu trabalho através de tarefas claramente delineadas; estas tarefas podem ser escritas em formulários onde são checadas após sua execução. Esta formulação promove clareza e responsabilidade e, portanto, execução precisa das ordens médicas". Mas a enfermeira alcança esta eficiência dedicando grande parte de seu tempo a funções administrativas.

Por este motivo, muitas delas deixam a enfermagem, ou mudam de emprego à procura de melhor situação num hospital diferente, onde a expectativa médica e da organização não se choquem com seu preparo profissional. E na prática é inevitável a constatação de que ela tem pouco tempo para dedicar ao cuidado integral de pacientes, devido às pressões por escassez de pessoal e às demandas de administração da terapêutica prescrita.

Como assinala Katz⁷⁰, ela recebe pressão também de suas líderes que a encorajam a aumentar sua participação em atividades de apoio médico, mesmo que este meio signifique aumentar seu trabalho administrativo e diminuir seu interesse pessoal pelos pacientes.

Como vimos, fazendo parte da organização formal do hospital, a enfermeira assume a coordenação do processo de cuidado. Além disso, espera-se também que ela assuma a coordenação do processo de cura que abrange um agregado de ordens e diretivas isoladas, que devem ser integradas por ela e cujas tarefas ela deve distribuir à sua equipe. Como bem descreve Mauksch⁸¹, a mesa da enfermeira é o local onde o cuidado e a cura se encontram e onde as ordens médicas somam-se a uma corrente de tarefas. Todavia, se por um lado ela tem um canal de comunicação mais claro proveniente do sistema de autoridade do processo de cuidado, por outro, as funções de cura são introduzidas como uma multiplicidade de ordens emanadas de médicos individuais, de modo que, nesse processo, sua função de coordenação abarca um contingente maior de tomada de decisões.

Também Kron⁷⁴ coloca que “tradicionalmente a enfermeira tem sido considerada como a que *serve* o médico e realiza as técnicas terapêuticas que ele prescreve. Por outro lado, administradores hospitalares pensam na enfermeira como alguém que seja capaz de administrar uma seção do hospital, executando todas as normas administrativas da instituição”. Dadas essas e outras expectativas, “a enfermeira deixou-se tornar um médico assistente, um assistente do administrador do hospital, guarda de trânsito... – um músico de sete instrumentos, mas sem dominar nenhum”. Dedicando-se exclusivamente às funções esperadas por parte de diversos profissionais da área hospitalar, a enfermeira tende a negligenciar suas próprias funções profissionais.

No nosso entender, as funções profissionais da enfermeira devem prender-se à assunção da função administrativa centrada na assistência ao paciente, fundamentada nos valores da profissão.

O trabalho da enfermeira administradora, como bem ressalta Stevens^{115,116}, abrange não somente a provisão do cuidado, mas também a coordenação dos processos de cuidado e de cura, junto com outras disciplinas da saúde. “A enfermeira administradora tem dupla responsabilidade para com o paciente: certificar-se de que ele recebe cuidado especializado apropriado (de enfermagem), e verificar se o programa total de saúde do paciente está efetivamente implementado e coordenado. Naturalmente, a responsabilidade principal da administradora de linha de frente para com o paciente é assegurar que o programa de cuidado realmente é efetivo para a produção dos resultados desejados.”¹¹⁶

No entanto, é bom não perdermos de vista que as forças que propiciam a burocratização do trabalho da enfermeira pressionam-na para que seja disciplinada, comedida, submissa a normas. Esta pressão visa garantir a confiança na conduta daquela que cumprirá e fará cumprir suas ordens.

Em relação à disciplina, Merton⁸⁵ destaca a sua relevância, salientando que ela apenas se efetiva se os padrões estabelecidos forem mantidos por fortes sentimentos que assegurem dedicação dos funcionários aos deveres burocráticos e a execução das atividades de rotina de modo regular.

Normalmente em qualquer instituição burocrática, a inculcação de sentimentos e atitudes que favorecem o seu funcionamento tendem a ser exacerbados além do necessário. No caso da enfermagem, por razões que mereceriam estudos mais aprofundados, a enfermeira tem manifestado facilidade em moldar-se a obrigações, a disciplinas, em manter-se submissa a regras, normas e rotinas a ponto de transferi-las

de meios para fins em si mesmas – o que provoca rigidez e faz surgir o excessivo formalismo e o ritualismo em seu trabalho.

Em geral, as enfermeiras pensam (não só elas) que burocracia é sinônimo de preenchimento de papéis, de fichas e seguimento rígido de quesitos estatutários ou regimentais. Quando elas criticam a burocracia referem-se de modo especial a esse estado de coisas. Mas isso não é entender realmente o que é burocracia, embora seja essa a forma delas responderem ao modelo. A importância excessiva atribuída por elas a normas e rotinas, e a conseqüente diminuição do número de relações personalizadas, constituem, por si só, disfunções da burocracia.

Alguns autores, como Gouldner⁵⁹, Merton⁸⁵ e Selznick¹⁰⁹, concluíram que quando o modelo burocrático puro é aplicado às organizações conduz a uma série de disfunções nos níveis organizacional e do comportamento individual. Os autores mencionados começaram por questionar a perfeição da burocracia de tipo ideal; a teoria das conseqüências inesperadas da burocracia despertou a concepção de que os seus defeitos rotineiros e opressivos podem ser devidos, na realidade, à resistência que o ser humano opõe ao esquema mecânico que lhe é imposto. Estes defeitos podem ainda constituir elementos de uma espécie de *circulo vicioso*, no qual a própria resistência acaba por aumentar a opressão do esquema, contra o qual o indivíduo se coloca⁴⁶.

Como lembra Crozier⁴⁶, a teoria das disfunções burocráticas é contemporânea ao descobrimento do fator humano e da difusão do conceito de relações humanas na indústria.

Em nosso meio, comentando sobre o estabelecimento de regras e regulamentos formalmente explícitos na burocracia, Camacho³⁰ reporta-se aos regulamentos que, em organizações complexas, “muitas vezes não acompanham a evolução da sociedade e transformam-se em verdadeiros entraves à dinâmica das instituições. O funcionário burocrata se fixa tanto nas regras e regulamentos que dificilmente percebe a defasagem de suas decisões em relação ao real”. Acrescenta o autor que “o sistema burocrático é um sistema, até certo ponto, bastante fechado e não leva em conta os fatores comportamentais e individuais das pessoas. Por isso ele determina imparcialidade e rigidez no cumprimento de normas. Esta falta de visão humana da instituição burocrática favorece a emergência de chefias autocráticas com conseqüências disfuncionais”.

Assim, como conseqüências indesejáveis decorrentes do excesso de burocratização, temos o que se denomina disfunções da burocracia, que podem ser sintetizadas nos quatro itens abaixo enumerados e que

comumente são encontrados nos serviços de enfermagem de hospitais burocratizados; 1^o) a alteração da norma, de meio orientador para objetivo, dificulta o atendimento de eventos não contemplados no esquema, configurando uma administração rígida; 2^o) o estabelecimento de um nível mínimo de desempenho pode acarretar a opção por este mínimo por parte do funcionário; 3^o) a *papelada* decorrente do excesso de documentação, por falta de delimitação do grau de sua necessidade; e 4^o) conflitos entre funcionários e cliente, devido à inflexibilidade e impessoalidade do funcionário e de seu apego a normas.

Talvez falte às enfermeiras o entendimento de que o mal da burocracia não está necessariamente no cumprimento de rotinas e normas, mas em ser apenas isto; ou em restringir-se a isto, de forma marcadamente impessoal. Ou ainda em transformá-las, distorcendo suas finalidades, caracterizando-as como fins em si mesmas.

Ao fomentarem as disfunções e ao fazerem esse tipo de críticas e oposições à burocracia, as enfermeiras esquecem de se colocar no seu lugar. É bom lembrar que é necessário que exista a rotina, mas esta deve ser determinada com a participação administrativa da enfermeira, não porém do modo subordinado como é feito atualmente. Assim, compete a ela determinar o seu próprio lugar, deslocando a discussão e o plano de ações para o seu próprio serviço.

Após esta digressão – que pareceu oportuna, dado que: a) as disfunções da burocracia ocorrem principalmente como consequência do excesso de burocratização; e b) trata-se de uma área inexplorada na pesquisa em enfermagem de nosso país, e assim constitui o assunto sobre o qual pretendemos dedicar nossos estudos futuros – cabe retomar o assunto e lembrar que alguns efeitos da burocratização vigente manifestam-se através de conflitos e tensões decorrentes do compromisso profissional-burocrático.

Kramer⁷³ mostra que as lealdades conflitantes para com os sistemas profissional e burocrático da organização levam a uma condição denominada de *choque da realidade* e que se caracteriza como perniciosa para o indivíduo, para a profissão e para a sociedade. Alerta para o fato de que a severidade do conflito profissional-burocrático e o choque da realidade que dele resulta, dependem de fatores tais como o tipo de preparo profissional, configuração de papéis, de disparidades nos sistemas de gratificação e das características estruturais da organização. Não obstante, ressalta que o conflito nem sempre é necessariamente prejudicial, pois, na verdade, ele representa uma fonte de inovação. O que importa é que a estrutura burocrática seja flexível o suficiente para acomodá-lo em associação com o costume profissional.

De certa forma, a burocratização da enfermagem no Brasil foi analisada por dois estudos importantes que salientam as forças que impulsionaram a enfermeira para essa caracterização burocrática. São dois estudos que tratam das expectativas dos membros integrantes do hospital em relação a esta profissional.

O primeiro é o de Ferreira-Santos⁵² que, ao situar a enfermeira no hospital, identificou no processo de socialização profissional a que se submete que “as enfermeiras incorporam os valores desse setor da sociedade, mas, ao mesmo tempo, encontram valores que as afastam do papel por ele definido, dirigindo-as a posições de educadoras e administradoras (coordenadoras e supervisoras de serviço). Estas posições põem obstáculos em que seja mantida a ética artesanal e sejam alcançadas gratificações com o produto do trabalho: recuperação do paciente ou preservação da saúde”.

A autora observou que no sistema social estudado há, por parte da administração em relação às enfermeiras, “expectativas de comprometimento com a ética burocrática”. Essa mesma expectativa se mantém por parte de docentes de escola de enfermagem que utilizam o hospital. Comenta ainda a autora que as próprias enfermeiras, a escola (vinculada ao hospital), a administração e os médicos “mantêm expectativas que definem a enfermagem como profissão científica”. Acrescenta que “a situação real de trabalho dificulta o desempenho do papel como profissão cientificamente orientada”. E adverte: “Se as críticas de que são alvo são válidas, a alternativa restante é o desempenho do papel orientado para outra das expectativas existentes: *o comprometimento com a ética burocrática.*”⁵²

O outro estudo é o de Oliveira⁸⁸ que, enfocando a enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente numa instituição burocrática, verificou que esta função decorre fundamentalmente de expectativas organizacionais e de integrantes do sistema social hospitalar.

Por conseguinte, ao fazermos a síntese das três forças que propiciaram a burocratização do trabalho da enfermeira: enfermagem, organização hospitalar e expectativa médica, temos a assinalar que em nossa pesquisa tais forças aparecem, senão claramente, ao menos de modo implícito.

Procuramos definir pela prática as funções administrativas da enfermeira. Adotando a perspectiva taylorista, ela cultiva o meio propício para a incorporação para o modelo burocrático. Essa incorporação favoreceu cada vez mais a burocratização. Assim, a coordenação que

* Grifo nosso

ela faz é assentada em normas e rotinas estabelecidas. O que acontece, porém, é que a enfermeira executa suas funções seguindo diretrizes que lhe são impostas por outros órgãos ou serviços. Ora, queremos nos ater a este particular.

Não admitimos a enfermeira nem como suporte ou instrumento de outras disciplinas, nem tão pouco como prótese do braço do administrador, expressão usada por Mauksch⁸¹.

A idéia de prótese é duplamente pejorativa nesse caso. Primeiro, a prótese é um substituto jamais perfeitamente adequado do órgão do qual faz as vezes. A enfermeira não é apenas um braço do administrador; seria colocá-la num plano unicamente executivo e realizador de tarefas em final de linha. Seria a instrumentalização pura e simples da enfermeira, descaracterizando-a de toda a especificidade de suas funções e de sua formação profissional. Ela não é prótese de coisa alguma.

A partir da revolução da enfermagem, a enfermeira surgiu como uma presença atuante e dinâmica e como uma ausência inconcebível nos hospitais. Administradores e médicos não são substituídos por elas, mas administradores, médicos e enfermeiras constituem a estrutura administrativa e funcional do hospital, embora na prática nem sempre isso se realize. Segundo essas considerações, não podemos aceitar a conotação pejorativa envolvida na figura da prótese; quando muito poderíamos aceitar figuradamente a idéia de extensão, porém a metáfora de prótese é, no mínimo, infeliz.

A segunda conotação pejorativa de prótese está na idéia de ser ela algo mecânico, automatizado e teleguiado. Em outros termos, a negação de identidade própria. Isto seria verdade se esta prótese, no caso a enfermeira, pudesse ser substituída por qualquer outro elemento. Para ser enfermeira se exige uma formação própria e adequada, de nível universitário.

Assim sendo, temos uma opinião assente e bem formada de que a enfermeira deve assumir sua inserção no modelo burocrático, visto esse como um meio no qual ela atua. Ela não pode negar a burocratização, pois que essa tem se mostrado, em muitos aspectos, eficiente. Mas a sua atuação nesse meio não pode ser de pura e simples subordinação, de modo que suas ações sejam comandadas por normas emanadas de outras disciplinas e serviços.

A burocratização deverá ser um instrumento para a ação da enfermeira, e não esta um instrumento da burocratização apenas, o que é uma pretensão própria daqueles que detêm o poder.

Ora, o que entendemos por inserção da enfermeira na burocracia? É antes de mais nada a assunção de seu espaço na instituição burocrática. Até agora a enfermeira serviu e utilizou a burocracia para fazer funcionar outros serviços, em detrimento de sua própria capacitação e preparo profissionais, e do potencial que ela teria para utilizar-se da burocracia a fim de desenvolver o próprio serviço de enfermagem.

Acreditamos numa perspectiva alternativa de reconciliação entre as orientações profissional e a burocrática, pois que elas são, na verdade, interdependentes. É possível para a enfermeira atender aos requisitos da burocracia sem deixar de lado sua competência profissional, sua autoridade, sua autonomia, para determinar e planejar suas ações, bem como as de seu pessoal.

Assim, a enfermeira que ocupa cargo administrativo é, antes de mais nada, uma profissional competente e investida de autoridade das quais deve fazer uso. Tal uso implica a autodeterminação de suas tarefas e o planejamento de suas ações. Por isso ela deve planejar suas ações visando, primordialmente, ao atendimento aos pacientes, tendo como critério os ditames próprios da profissão que são específicos, e não ditados por outros profissionais.

O exercício da função administrativa será centralizado na assistência ao paciente; será norteado pela compreensão e pelo conhecimento do paciente como pessoa, e de suas necessidades específicas. Este conhecimento orientará as ações da enfermeira no sentido de fazer implementar a assistência de enfermagem que os pacientes necessitam. Para tanto, ela deverá adequar princípios e medidas administrativas para a decisão e solução de problemas específicos e para a administração de seu pessoal.

Assim compreendido, o exercício da função administrativa reside na administração da assistência de enfermagem, além de envolver a implementação das ordens médicas e as expectativas da organização hospitalar.

Para Stevens¹¹⁶, um dos instrumentos mais importantes da enfermeira que exerce administração é o conhecimento direto e pessoal que ela possui de cada paciente e de cada membro de sua equipe. Este conhecimento a capacita a equilibrar princípios de administração geral com as realidades da situação. Habilita-a, também, a utilizar os talentos e habilidades próprios de cada membro de sua equipe e adequá-los às necessidades próprias dos pacientes.

Na assunção deste seu espaço, há pois um deslocamento do centro de gravidade: da mera execução de tarefas ditadas por normas, ao estabelecimento de normas que melhor se adaptem e sirvam à as-

sistência ao paciente. Sem dúvida, esse deslocamento provocará um choque entre o comando burocrático atual e vigente e a aspiração administrativa da enfermagem. Em conseqüência, a enfermeira deverá saber negociar este deslocamento. Para isso, ela deve pleitear autonomia, e autonomia não é sinônimo de independência. Todo serviço administrativo é fundamentalmente interdependente, o que significa complementariedade e inter-relação, e não apenas o manuseio de trâfegos de influências e de adaptações de dependência.

Silva¹¹⁰ diz que, historicamente, o objeto de trabalho da enfermeira se transformou. Nosso estudo revela que há treze anos a enfermeira tem-se envolvido com tarefas administrativas, caracterizando-as como o seu objeto de trabalho, pelo menos no hospital estudado. Tomadas as funções administrativas, notamos que o tempo a elas dedicado foi de 46,8%, 61,9%, 66,1% e 62,5%, respectivamente nos quatro períodos do estudo.

A operacionalização da tipologia de funções administrativas que estabelecemos evidenciou que as enfermeiras têm-se ocupado primordialmente com as burocráticas que visam contemplar as expectativas médicas e da administração do hospital. Conseqüentemente, ao pessoal auxiliar cabe maior dimensão, mais continuidade e mais proximidade junto ao paciente.

Contrariando o discurso clássico da enfermagem, segundo o qual o objeto de trabalho da enfermeira seria o cuidado direto aos pacientes, nosso estudo evidencia que esse objeto é a função administrativa. A análise dos resultados desse estudo em toda sua extensão revelou que a porcentagem de tempo dedicado a funções de assistência direta aos pacientes é pequena se comparada ao total das outras funções em conjunto. Se realmente o objeto de trabalho da enfermeira fosse esse – o cuidado direto – haveria certamente uma inversão nos resultados por nós encontrados.

Ao falarmos da ocupação do espaço próprio da enfermeira na administração burocrática, estamos questionando o que acontece na prática atual. Da forma como ela tem-se comportado, está limitando o seu espaço àquele que outros profissionais lhe atribuem, sem buscar o seu próprio, sem tentar ultrapassar as expectativas preestabelecidas.

Em nosso entender, ela realiza-se como profissional fazendo uma administração que tenha como centro o cliente. Para isso, é necessário que defina as metas de seu serviço e que a partir delas trace um planejamento, aceitando o desafio de converter o planejamento em ação. Nesta ótica, estão implícitas algumas atitudes por parte da enfermeira. Ela deve, em princípio, deixar de ser simples executora de ta-

refas ditadas por outros, ou por normas, assumir a autodeterminação de suas funções e ajustar princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos de sua área.

Para tanto, ela utilizará sua criatividade ao planejar as ações de enfermagem com vistas à assistência aos pacientes, ao tomar decisões fundamentadas na compreensão e no conhecimento do paciente e de suas necessidades específicas, e ao adequar os recursos humanos e materiais à implementação da assistência planejada. Estará, então, em condições de dirigir, orientar, supervisionar e controlar a prestação da assistência de enfermagem, e conseqüentemente de avaliar essa assistência e o desempenho do pessoal auxiliar. Através da educação continuada e da pesquisa, ela mantém-se atualizada, traz inovações ao pessoal auxiliar mostrando-se participante e integrada à equipe, conquista e mantém a sua autonomia na determinação e na direção das ações de enfermagem.

Neste prisma, a ação ou a prática da enfermeira é criadora e, portanto, determinante, já que é justamente esta prática que permite a ela enfrentar novas necessidades, novas situações¹²⁶.

Concomitantemente, a enfermeira dedica-se às suas funções dependentes e interdependentes, coordenando os serviços e procedimentos auxiliares de diagnóstico e tratamento do paciente, dado que pessoas de várias áreas e setores prestam serviços na unidade de internação, para o atendimento de todas as necessidades do paciente.

Essa situação é bem retratada por Oliveira⁸⁸ quando relata que: "... são diferentes os compromissos que estas diversas pessoas assumem para com a unidade; varia tanto o tempo de permanência das diversas categorias de pessoal nestes setores, quanto o grau de responsabilidade assumido pelo trabalho aí desempenhado. ... os médicos comparecem, de modo sistemático, em determinados horários, deixando, porém, com a enfermagem, a tarefa da assistência continuada e de convocá-los, quando necessário ... outras presenças somente ocorrem mediante solicitação, sendo, portanto, eventuais como sucede aos técnicos de laboratório, de banco de sangue, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, enquanto ainda outros vêm para a execução de atividades rotineiras, porém limitadas, tais como: conduzir carro de refeição, fazer limpeza, fazer reparos, trazer medicação. Atender a todo este pessoal que chega e sai da unidade, dirigindo o fluxo contínuo de sucessivas operações, relatar as ocorrências, comunicar-se com os vários serviços, prestar informações sobre o paciente, compatibilizar todo este esquema de eventos" são atribuições de competência da enfermeira, determinadas pelas ordens médicas e por normas da instituição.

Entendemos, como Oliveira⁸⁸, que a estas atribuições a enfermeira não pode se furtar. Pelo contrário. Ela deve concatenar as diversas operações que se efetuam na unidade de internação. São atribuições necessárias para assegurar o trabalho coordenado.

Reafirmando nosso ponto de vista, a enfermeira inserida numa instituição burocratizada deve reconciliar a ação de enfermagem que é impulsionada e fortalecida pela profissão, com a ação de enfermagem que é impulsionada por expectativas institucionais e de outros profissionais.

esta imagem uma enfermeira ocupada com outras funções. É preciso corrigir esta fonte de tensões.

Não basta que apenas contemplemos a realidade. Mister se faz que aponhemos algumas pistas de solução.

Se a enfermeira exerce, por força das circunstâncias, funções administrativas burocráticas, é preciso que nesse exercício ela empregue sua competência para sua realização própria e profissional, ocupando assim seu espaço – do qual ela tende a se deslocar ao envolver-se com as disfunções da burocracia.

A enfermagem, sem dúvida, foi sempre enaltecida como uma profissão nobre, altruística, filantrópica, heróica e santificadora. O discurso clássico, embora enobrecedor, não deixa de ser romântico. É preciso que vejamos a profissão como um meio de auto-realização. Não é a enfermeira que foi feita para a profissão, é a profissão um momento no qual a enfermeira se realiza como pessoa.

O reconhecimento da função administrativa centrada na assistência ao paciente como sendo a essência do trabalho da enfermeira talvez seja o modo de corrigir a fonte de tensões.

Não à assistência direta ao paciente *apenas*; não também à posição de subsidiariedade e secundariedade da enfermeira como títula da administração anônima do convencionalismo da burocratização. Sim, porém, a uma síntese de ambos: o emprego lúcido e criativo das funções administrativas burocráticas e não-burocráticas para que o paciente seja melhor assistido.

Urge, pois, sintonizar as ações da enfermeira com o *seu verdadeiro objeto de trabalho: a administração da assistência prestada ao paciente*. Nesta perspectiva, é pretendido que ela desempenhe suas funções com mais segurança, com maior liberdade e autonomia, alicerçada por conhecimentos, habilidades e instrumentos que a capacitem a tomar decisões atinentes à sua esfera de atuação.

Para tanto, é preciso sensibilizá-la para uma postura positiva em relação a sua função administrativa. A educação continuada constitui um dos mecanismos através do qual pode-se atingir a mudança de comportamento.

O espaço da enfermeira na instituição hospitalar visto sob esse prisma pode ser difundido também através do currículo do curso de graduação em enfermagem. É nossa opinião, e nosso trabalho nos serve de fundamento para isso, que no estabelecimento de metas e objetivos aos quais o currículo deva se adaptar tenha-se em vista que o objeto de trabalho da enfermeira é a administração da assistência.

Outra forma de operar sobre a realidade é através da pesquisa. A interdependência entre teoria e prática é inevitável. Impossível pretender fatos novos na prática desarticulados de fatos novos na teoria. O estímulo aos pesquisadores em potencial, tanto do ensino como do serviço, é desejável para que se possa expandir o conhecimento na área e o mesmo ser absorvido pela prática, transformando a realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – ABEL-SMITH, B. – *A history of the nursing profession*. London, Heinemann, 1961.
- 2 – AGUIAR, E.C. – Problemas de chefia e administração. *Revista Paulista de Hospitais*, 2(11):9-12, 1954.
- 3 – ———— – Aos membros da A.P.H. *Revista Paulista de Hospitais*, 2(8):8, 1954.
- 4 – ALCÂNTARA, G. – *A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira*. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1966. 117p. Tese (cátedra).
- 5 – ALMEIDA, M.C.P. – *Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática*. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1984. 179p. Tese de doutoramento.
- 6 – ALMEIDA, T. – Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral. IN: *BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Trabalhos publicados pela DOH. Coletânea, Vol. 1*. Rio de Janeiro, 1964.
- 7 – ———— – Padrão dos hospitais dos Estados Unidos e o nosso curso. IN: *BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Trabalhos publicados pela DOH. Coletânea, Vol. 6*. Rio de Janeiro, 1964.
- 8 – ALVIM, E.F.; BORGES, M.V. & BARROS, T.A. – Pesquisa operacional das atividades de enfermagem na Fundação SESP. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 19(4):236-302, 1966.
- 9 – ANGERAMI, E.L.S. & ALMEIDA, M.C.P. – De como o enfermeiro está inserido no seu “espaço”. *Rev. Bras. Enf.*, 36(2): 123-129, 1983.
- 10 – ARNDT, C. & HUCKABAY, L.M.D. – *Administração em enfermagem*. Trad. M. Stella T. Oliveira & Clenir B. M. Pereira. 2^ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
- 11 – AUZA, E.R. – Administrador médico ou leigo. *Rev. Paul. Hosp.*, 2(5):21-22, 1954.
- 12 – BALLARINY, H. – O diretor do hospital deve ser leigo ou médico? *Rev. Paul. Hosp.*, 4(2):31-34, 1956.

- 13 – ———— Evolução histórica da assistência médico-social. *Rev. Paul. Hosp.*, 4(3):20-24, 1956.
- 14 – BAPTISTA, W.A. – *Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem – análise de alguns fatores relacionados à administração em enfermagem que podem interferir na assistência ao paciente*. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1979. 183p. Dissertação de mestrado.
- 15 – BAUERSCHEMIDT, A.D. – The anomalies of hospital organization: the implication for management. IN: RAKICH, J.S. et al. *Managing health care organizations*. Philadelphia, W.B. – Saunders Company, 1977.
- 16 – BAUMGRATZ, D.O. – Padrões mínimos para planejamento de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 9(9):15-17, 1961.
- 17 – ———— Padrões mínimos para organização de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(12):12-16, 1962.
- 18 – BECKER, R.S.; CASTRO, I.B. & WINGE, S.V. – Pesquisa operacional sobre as atividades de enfermagem no Conjunto Sanatorial Raphael de Paula Souza. *Rev. Bras. Enf.*, 24(12):56-63, 1971.
- 19 – BENRADT, W. – Padrões mínimos para planejamento de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(3):32-39, 1962.
- 20 – BEREZOVSKY, M. – *Serviço social médico na administração hospitalar*. 2ª ed., São Paulo, Editora Moraes, 1980.
- 21 – BETTEGA, E.V. – Padrões mínimos para planejamento de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 9(9):6-9, 1961.
- 22 – BLAU, P.M. – O estudo comparativo das organizações. IN: CAMPOS, E., org. *Sociologia da burocracia*. Trad. Edmundo Campos. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966.
- 23 – BORBA, J.G. – Padrões mínimos para organização de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(12):3-11, 1962.
- 24 – BOWIE, R.B. – Research responsibilities of the clinical nurse. *AORN Journal*, 31(2):238-241, 1980.
- 25 – ———— The nurse researcher's roles and responsibilities. *Association of Operating Room Nurse Journal*, 31(4):609-611, 1980.
- 26 – BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. *Legislação – Política Hospitalar*. Vol. 7, Rio de Janeiro, 1964.

- 27 – BRASIL. Leis, Decretos, etc. Lei nº 7498, de 26 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União, 26 de junho de 1986. IN: COFEn – Normas e Notícias, Ano IX, nº 2, 1986.
- 28 – BURLAMAQUE, C.S. – *Estudo do desempenho do enfermeiro de um hospital de ensino em nível de unidade de internação*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1981. 91p. Dissertação de mestrado.
- 29 – BURNS, E.M. – *História da civilização ocidental*. Trad. Lourival Gomes Machado et al, 2ª ed., Porto Alegre, Editora Globo, vol. 2, 1970.
- 30 – CAMACHO, J.S. – *Organização sistêmica de recursos humanos: uma proposta metodológica*. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1981. 349p. Tese de doutorado.
- 31 – CAMPOS, E.S. – História dos hospitais. IN: *BRASIL. Terceiro Instituto Internacional de Organização e Administração de Hospitais*. Organização Mundial da Saúde, publicação nº 268, 1952.
- 32 – CAMPOS, J.Q. – O administrador hospitalar. *Rev. Paul. Hosp.*, 11(10):11-12. 1963.
- 33 – ———— *O hospital e sua organização administrativa*. São Paulo, LTr Editora, 1978.
- 34 – CARNEIRO, E.B. – O administrador do hospital, médico ou leigo – ponto e vista médico. *Rev. Paul. Hosp.*, 7(2):37-38, 1959.
- 35 – CARVALHO, C.M. – Conceito de administração e sua aplicação ao hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 9(4):5-12. 1961.
- 36 – ———— A formação do administrador hospitalar e sua necessidade para o país. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(4):2-7, 1962.
- 37 – CARVALHO, L.F. – Administração hospitalar – sua evolução. *Rev. Paul. Hosp.*, 8(7):49-52, 1960.
- 38 – ———— Recursos humanos na administração de serviços de saúde. *Rev. Paul. Hosp.*, 26(11):503-506, 1978.
- 39 – CASTILHO, L.F. – Administrador hospitalar: um servidor do povo. *Rev. Paul. Hosp.*, 11(11):15-19, 1963.
- 40 – CAVALCANTI, A.A.A. – Formação do administrador hospitalar. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(7):26-29, 1962.
- 41 – CÉSAR, R.C. – Padrões mínimos para o planejamento de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(9):4-5, 1961.
- 42 – CHIAVENATO, I. – *Administração: teoria, processo e prática*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1985.

CONCLUSÃO

A falta de consenso na enfermagem brasileira a respeito do significado da função administrativa exercida pela enfermeira de serviço foi o motivo que orientou o empreendimento deste estudo.

Sob o ângulo da análise histórica, tanto da organização hospitalar como do exercício da enfermagem no contexto burocrático do hospital, chegou-se à constatação de que a instituição estudada atribui à enfermeira um acerto de funções administrativas, principalmente de tipo burocrático. Este fato foi verificado através dos dados empíricos extraídos do seu desempenho nas unidades de internação, demonstrando que, dentre as suas funções, as administrativas são privilegiadas naquela instituição.

A interpretação que se deu a esses resultados foi a de que atualmente no âmbito hospitalar a enfermeira não pode se furtar ao exercício da função administrativa, embora se espere que esse exercício se faça de modo diverso do encontrado. Conclui-se, ademais, que a função administrativa é um dos elementos de definição do perfil da enfermeira moderna.

Diante desses fatos, não podemos, como pesquisadores e docentes, ficar apenas na mera constatação. Dessas informações da realidade pretendemos extrair uma lição.

Não se pode continuar insistindo no discurso que reitera a ideologia da assistência direta ao paciente. A prática nos demonstra que a enfermeira atinge o paciente por meio de funções administrativas, ou que ela se perde no próprio exercício dessas mesmas funções.

Há que se considerar também a expectativa do mercado de trabalho que pretende da enfermeira o exercício de outras funções, diversas do atendimento direto. A enfermeira, por sua própria formação, que a coloca no meio interdisciplinar no que diz respeito à saúde, constitui o mediador ideal tanto para a direção do hospital, como para o médico.

Por conseguinte, é impossível desconhecer a existência de um descompasso que provoca tensões, desmotivações e conflitos – descompasso esse que surge da dicotomia entre a teoria e a prática. A teoria centrada no discurso da assistência direta, numa visão abstrata de uma enfermeira ideal; a prática e o mercado de trabalho opondo a

- 43 – CICONELLI, M.I.R.O.; CINTRA, G.; OLIVEIRA, M.H.P.; CÂCAMO, G.; SORCI, N.S.; SOUZA, M.I.; JARJURA, M & TREVISAN, M.A. – Papéis e funções das enfermeiras do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP. IN: *Relatório do II Seminário sobre Educação em Enfermagem*. USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. OPAS/OMS, 1970.
- 44 – CONCEIÇÃO, D.S. – A organização dos hospitais tipo Santa Casa. *Rev. Paul. Hosp.*, 7(1):23-25, 1959.
- 45 – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – *Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil 1982/1983*. Rio de Janeiro, vol. 2, 1985.
- 46 – CROZIER, M. – *El fenómeno burocrático*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 2, 1974.
- 47 – CURTI, P. – Prefácio. IN: GONÇALVES, E.L., Coord. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1983.
- 48 – DELOUGHERY, G.L. – *History and trends of professional nursing*. 8th ed., St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1977.
- 49 – DIONÍSIO, F.C. – Teorias de Taylor e de Fayol – sua aplicação no hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 6(9):20-23, 1958.
- 50 – ETZIONI, A. – *Organizações modernas*. Trad. Miriam L. Moreira Leite. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1967.
- 51 – FAYOL, H. – *Administração industrial e geral*. Trad. Irene de Bojano & Mário de Souza. 7ª ed., São Paulo, Ed. Atlas, 1968.
- 52 – FERREIRA-SANTOS, C.A. – *A enfermagem como profissão*. São Paulo, Livraria Pioneira Ed./EDUSP, 1973.
- 53 – FERREIRA-SANTOS, C.A. & MINZONI, M.A. – Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. *Rev. Bras. Enf.*, 21(5):396-443, 1968.
- 54 – FINE, R.B. – Creating a work place for the professional nurse. IN: MARRINER, A., ed. *Contemporary nursing management*. St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1982.
- 55 – FRAGUAS, R. – O administrador hospitalar – seu preparo. *Rev. Paul. Hosp.*, 4(12):11-13, 1956.
- 56 – FRANCISCONI, C.W. – Padrões mínimos para organização de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(12):27-29, 1962.
- 57 – GEORGOPOULOS, B.S. & MANN, F.C. – The hospital as an organization. IN: JACO, E.G., ed. *Patients, physicians and*

- illness: a sourcebook in behavioral science and health*. 2nd ed., New York, The Free Press, 1972.
- 58 – GILDA, I.M. – Aplicação das teorias de Fayol e Taylor no Departamento de Enfermagem. *Rev. Paul. Hosp.*, 4(4):22-24, 1956.
- 59 – GOULDNER, A.W. – Conflitos na teoria de Weber. IN: CAMPOS, E., org. *Sociologia da burocracia*. Trad. Edmundo Campos. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966.
- 60 – GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 3372, de 06/06/1956, IN: CARVALHO, L.F. – Administração hospitalar – sua evolução. *Rev. Paul. Hosp.*, 8(7):49-52, 1960.
- 61 – GUIMARÃES, C. – Estudo de tempo e movimento: sua aplicação ao hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(6):27-37, 1962.
- 62 – ——— Mínimos para a organização do hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 11(4):10-12, 1963.
- 63 – HALL, R.H. – O conceito de burocracia: uma contribuição empírica. IN: CAMPOS, E., org. *Sociologia da burocracia*. Trad. Edmundo Campos. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966.
- 64 – HOGE, V.M. – Evolution of the hospital in the United States. IN: *BRASIL. Terceiro Instituto Internacional de Organização e Administração de Hospitais*. Publicação nº 268, OPS/OMS, 1952.
- 65 – HOLLANDER, M. & WOLFE, D.A. – *Nonparametric statistical methods*. New York, Wiley & Sons, 1973.
- 66 – JENSEN, D.M. – *Ward Administration*. St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1952.
- 67 – JOHNSON, A.C. & SCHULZ, R. – *Administração de hospitais*. Trad. Carlos J. Malferrari et al., São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1979.
- 68 – KALISCH, P.A. & KALISCH, B.J. – Slaves, servants or saints? – An analysis of the system of nurse training in the United States, 1873-1948. *Nursing Forum*, 14(3):223-263, 1975.
- 69 – KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. – *Organização e administração – um enfoque sistêmico*. Trad. Oswaldo Chiquetto. 2ª ed., São Paulo, Livraria Pioneira Editora, vol. 2, 1980.
- 70 – KATZ, F.E. – Nurses. IN. ETZIONI, A., ed. *The semi-professions and their organization*. New York, The Free Press, 1969.
- 71 – KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. – *Princípios de administração*. Trad. Albertino Pinheiro Jr. & Ernesto D'Orsi. 4ª ed., São Paulo, Livraria Pioneira Editora, vol. 2, 1969.

- 72 – KRAMER, M. – Role conception of baccalaureate nurses and success in hospital nursing. *Nursing Research*, 19(5):428-439, 1970.
- 73 – *Reality shock: why nurses leave nursing?* St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1974.
- 74 – KRON, T. – *Manual de enfermagem*. Trad. Giuseppe Taranto; Hégueno, O. Celino & Nelson G. Oliveira, 4ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- 75 – LEVY, H. – Preparo do administrador hospitalar. *Rev. Paul. Hosp.*, 8(1):13-16, 1960.
- 76 – LOPES, C.M. – *A produção dos enfermeiros assistenciais em relação à pesquisa em enfermagem, em um município paulista*. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1983, 133p. Dissertação de mestrado.
- 77 – MACHERN, M.T. – *Hospital organization and management*. Chicago, Physicians' Record Co., 1951.
- 78 – *Manual da Divisão de Enfermagem*. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 1984.
- 79 – MARCONDES, R.C. – O processo administrativo nas organizações hospitalares. *Rev. Paul. Hosp.*, 23(10):432-435, 1975.
- 80 – MARRINER, A. – Development of management thought. *The Journal of Nursing Administration*, 9(9):21-31, 1979.
- 81 – MAUKSCH, H.O. – The organizational context of nursing practice. IN: DAVIS, F., ed. *The nursing profession: five sociological essays*. New York 1, John Wiley & Sons, Inc., 1966.
- 82 – MARYLANDER, S.J. – The dual role of the director of nursing. *Hospitals*, 48(13):119-124, 1974.
- 83 – MELLO, J. – As funções de chefia em enfermagem – estudo em nível de unidade de enfermagem. Manaus. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1975. Tese de livre docência (Resumo, mimeografado).
- 84 – MENDES, I.A.C. – Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar: enfoque humanístico. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1986, 175p. Tese de doutoramento.
- 85 – MERTON, R.K. – Estrutura burocrática e personalidade. IN: CAMPOS, E., org. *Sociologia da burocracia*. Trad. Edmundo Campos. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966.
- 86 – MUNGIOFI, L.E. et al. – Estudo de tempo e movimento aplicado ao trabalho da auxiliar de enfermagem. *Rev. Paul. Hosp.*, 10(6):15-18, 1962.

- 87 – OGUISSO, T.; SECAF, V. & SCHMIDT, M.J. – Atividades das enfermeiras do Instituto Nacional da Previdência Social (IN-PS) em São Paulo. IN: *Relatório do II Seminário sobre Educação em Enfermagem*. USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, OPAS/OMS, 1970.
- 88 – OLIVEIRA, M.I.R. – A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente. Salvador. Universidade de São Paulo, 1972. 87p. Tese de doutoramento.
- 89 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comissão de Peritos em Enfermagem. 3º Relatório. *Rev. Bras. Enf.*, 8(1):17-51, março 1955.
- 90 – PEDROSO, O.P. – Padrões mínimos de planejamento de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, 9(8):8-16, 1961.
- 91 – Aspectos administrativos de construção hospitalar. IN: PEDROSO, O.P. – *Evolução conceitual da assistência médico-hospitalar*. São Paulo, Associação Paulista de Hospitais, 1984.
- 92 – PERROW, C.B. – *Análise organizacional: um enfoque sociológico*. Trad. Sônia F. Schwartz. São Paulo, Atlas, 1981.
- 93 – PONS, G.F. – Coordinación, tiempo y movimiento aplicado al hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 9(6):15-20, 1961.
- 94 – POZZOBON, A. – Importância dos relatórios periódicos para o administrador do hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 8(1):30-34, 1960.
- 95 – PRESTES MOTTA, F.C. & BRESSER PEREIRA, L.C. – *Introdução à organização burocrática*. 2ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1981.
- 96 – PRESTES MOTTA, F.C. *O que é burocracia*. 3ª ed., São Paulo, Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1981.
- 97 – ———— Organização e poder – empresa, estado e escola. São Paulo. Faculdade de Educação – USP, 1984. 669p. Tese de livre docência.
- 98 – RAKICH, J.S.; LONGEST, B.B. & O'DONOVAN, T.R. – *Managing health care organizations*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1977.
- 99 – *Regulamento*. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Decreto nº 20.273, de 28 de dezembro de 1982.
- 100 – RIBEIRO, C.M. – A gestão administrativa da enfermagem integral nos serviços de saúde. *Rev. Bras. Enf.*, 24(12):70-100, 1971.

- 101 – ——— Organização de serviços de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 26(3):121-147, 1973.
- 102 – ROSEN, G. – The hospital: historical sociology of a community institution. IN: FREIDSON, E., ed. *The hospital in modern society*. Glencoe, The Free Press, 1963.
- 103 – ROSENOW, A.M. – Professional nursing practice in the bureaucratic hospital – revisited. *Nursing. Outlook*, 31(1):34-39, 1983.
- 104 – SADY NETTO, J. – A função administrativa no Harper Hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 3(2):21-22, 1955.
- 105 – ——— Alguns aspectos da organização e funcionamento dos hospitais norte-americanos. *Rev. Paul. Hosp.*, 3(6):27-30, 1955.
- 106 – ——— O problema de administração hospitalar no Brasil. *Rev. Paul. Hosp.*, 3(12):24-31, 1955.
- 107 – SEVASTIANY, M.T. – Tipos de organização e sua aplicação ao hospital. *Rev. Paul. Hosp.*, 9(6):7-14, 1961.
- 108 – SEIXAS, J.C. – Importância e necessidade dos manuais de rotinas hospitalares. *Rev. Paul. Hosp.*, 17(3):14-19, 1969.
- 109 – SELZNICK, P. – Cooptação: um mecanismo para a estabilidade organizacional, IN: CAMPOS, E., org. *Sociologia da burocracia*. Trad. Edmundo Campos. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966.
- 110 – SILVA, G.B. – *Enfermagem profissional – análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.
- 111 – SMITH, D. – Organizational theory and the hospital. *J. Nurs. Adm.*, 2(3):19-24, 1972.
- 112 – SMITH, H.L. – Two lines of authority – the hospital's dilemma. IN: JACO, E.G., ed. *Patients, physicians and illness*. New York, The Free Press Inc., 1958.
- 113 – SOUZA, A.M.J.; LOZIER, H. & CARVALHO, J.F. – Estudos de atividades de pessoal auxiliar de enfermagem. *Rev. Paul. Hosp.*, 21(5):443-457, 1968.
- 114 – SPINOLA, A.W.P. – Características do hospital de ensino médico. *Rev. Paul. Hosp.*, 23(5):214-220, 1975.
- 115 – STEVENS, B.J. – *The nurse as executive*. 2ª ed., Wakefield, Nursing Resources, Inc., 1980.
- 116 – ——— *First-line patient care management*. 2ª ed., Rockville, An Aspen Publication, 1983.
- 117 – TAYLOR, F.W. – *Princípios de administração científica*. Trad. Arlindo Vieira Ramos, 5ª ed., São Paulo, Atlas, 1963.

- 118 – TEIXEIRA, J.M.C. – Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. IN: GONÇALVES, E.L., coord. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1983.
- 119 – TOLEDO, O.M. – Administrador médico ou leigo? *Rev. Paul. Hosp.*, 3(4):23-27, 1955.
- 120 – TRAGTENBERG, M. – *Burocracia e ideologia*. São Paulo, Ática, 1980.
- 121 – TREVIZAN, M.A. – Estudo das atividades dos enfermeiros-chefes de unidades de internação de um hospital-escola. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 1978. 117p. Dissertação de mestrado.
- 122 – TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; FÁVERO, N. & COSTA, M.A.T.R. – Acerca da dedicação do enfermeiro chefe às atividades de assistência direta ao paciente. *Rev. Paul. Hosp.*, 28(8):227-233, 1980.
- 123 – TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; FÁVERO, N. & NACARATO, C.F. – A respeito da colaboração do enfermeiro de serviço às atividades de ensino e pesquisa. *Enfermagem Atual*, 4(23):10-16, 1982.
- 124 – TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. & FÁVERO, N. – Subutilização do preparo profissional do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 5(1):101-111, 1984.
- 125 – TUKEY, J.W. – Some thoughts on clinical trials, especially problems of multiplicity. *Science*, 198:679-684, 1977.
- 126 – VÁSQUEZ, A.S. – *Filosofia da práxis*. Trad. Luiz Fernando Cardoso. 2ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
- 127 – WAGNER, D. – The proletarianization of nursing in the United States, 1932-1946. *International Journal Health Services*, 10(2):271-290, 1980.
- 128 – WEBER, M. – *Economia y sociedad*. Trad. José Medina Echavarría et al., México, Fondo de Cultura Económica, vol. 2, 1964.
- 129 – ——— Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. IN: CAMPOS, E., org. *Sociologia da burocracia*. Trad. Edmundo Campos. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1966.
- 130 – ——— The essentials of bureaucratic organization: an ideal – type construction. IN: MERTON, R.K.; GRAY, A.P.; HOCKEY, B. & SELVIN, H.C., ed. *Reader in bureaucracy*. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1952.

- 131 – WILCOXON, F. & WILCOX, R.A. – *Some rapid approximate statistical procedures*. New York, Lederle Laboratories: Pearl River, 1964.

Bibliografia complementar

- ALMEIDA, M.C.P.; SILVA, G.B.; RUFFINO, M.C.; STEAGALL-GOMES, D.L. & YAZLLE-ROCHA, J.S. – Contribuição ao estudo da prática da enfermagem – Brasil. Mimeografado.
- ALWARD, R.R. – Nursing administration in crisis. *Nurs. Forum*, 19(3):242-253, 1980.
- BARRETT, J.; GESSNER, B.A. & PHELPS, C. – *The head nurse – her leadership role*. 3ª ed., New York, Appleton-Century-Crofts, 1975.
- BEYERS, M. & PHILLIPS, C. – *Nursing management for patient care*. 2ª ed., Boston, Little Brown and Company, 1979.
- BLANCHARD, S.L. – The discontinuity between school & practice. *Nursing Management*, 14(4):41-44, 1983.
- COCHRAN, S.J. – The nursing service administrator: a democratic authority figure. *Nursing Administration Quarterly*, 6(4):61-66, 1982.
- DAVIS, K. – Non-nursing functions: our readers respond. *American Journal of Nursing*, 82(12):1857-1860, 1982.
- DI VICENTI, M. – *Administering nursing service*. Boston, The Little Brown Company, 1972.
- ETZIONI, A. – *Organizações complexas – estudo das organizações em face dos problemas sociais*. Trad. João Antonio de Castro Medeiros. São Paulo, Atlas, 1971.
- ———— *Análise comparativa de organizações complexas sobre o poder e o engajamento e seus correlatos*. Trad. José Antônio Parente & Caetana Myrian Parente Cavalcante. Rio de Janeiro, Zahar, São Paulo, EDUSP, 1974.
- FREUND, J. – *Sociologia de Max Weber*. Trad. Luís Cláudio de Castro e Costa. Rio de Janeiro, Forense, 1970.
- GANONG, J.M. & GANONG, W.L. – *Nursing management*. 2ª ed. Rockville, Aspen System Corporation. 1980.
- HALL, R.H. – Some organizational considerations in the professional – organizational relationship. *Administration Science Quarterly*, 12:461-478, 1967.

- ———— *Organizations: structure and process*. 3ª ed. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1982.
- HANDY, C.B. - *Como compreender as organizações*. Trad. Helena Maria Camacho Martins Pereira. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- JOHNSTON, P.F. - Head nurses as middle managers. *J. Nurs. Adm.*, 13(11):22-26, 1983.
- JONES, N.K. & JONES, J.W. - The head nurse: a managerial definition of the activity role set. *Nurs. Adm. Quarterly*, 3(2):45-57, 1979.
- KALISCH, P.A. & KALISCH, B.J. - The image of the nurse in motion pictures. *Am. J. Nurs.*, 82(4):605-611, 1982.
- LANGFORD, T.L. - *Managing and being managed*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1981.
- MARRINER, A., ed. - *Contemporary nursing management: issues and practice*. St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1982.
- MAUKSCH, H.O. - The nurse, coordinator of patient care. IN: SKIPPER, J.K. & LEONARD, R.C. - *Social interaction and patient care*. Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1965.
- McCLELLAND, J.Q. - Professionalism and collective bargaining: a new reality for nurses and management, *J. Nurs. Adm.*, 13(11):36-40, 1983.
- McCLOSKEY, J.C. & GRACE, H.K. - *Current issues in nursing*. Scranton, P.A., 1984.
- McCLURE, M.L. - Managing the professional nurse. Part I. The organizational theories. *J. Nurs. Adm.*, 14(2):15-21, 1984.
- ———— Managing the professional nurse. Part II. Applying management theory to the challenges. *J. Nurs. Adm.*, 14(3):11-17, 1984.
- NAMARA, R.J. - The role of the nurse at the bedside. *The Canadian Nurse*, 78(10):35-40, 1982.
- MINTZBERG, H. - *The nature of managerial work*. New York, Harper & Row Publishers, 1973.
- MUMFORD, E. & SKIPPER, J.K. - *Sociology in hospital care*. New York, Harper & Row Publishers, 1967.
- NELSON, G.M. & SCHAEFER, M.J. - An integrated approach to developing administrators and organizations. *J. Nurs. Adm.*, 10(2):37-42, 1980.
- NYBERG, J. - The role of the nursing administrator in practice. *Nurs. Adm. Quarterly*, 6(4):67-73, 1982.

- SANIOTO, C.M.D. – Valor sociológico no cuidado integral do paciente em contraste com o cuidado funcional. *Anais de Enfermagem*, 2(1):107-112, 1949.
- SCHWEIGER, J.L. – *The nurse as manager*. New York, John WILEY & Sons, 1980.
- SCOTT, W.R. – Professionals in bureaucracies – areas of conflict. IN: VOLMER, H.M. & MILLS, D.J., ed. *Professionalization*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1966.
- STEVENS, B.J. – The head nurse as manager. *J. Nurs. Adm.*, 4(1):36-40, 1974.
- ——— The problem in nursing's middle management. *J. Nurs. Adm.*, 4(5):37-40, 1974.
- STRAUSS, A. – The structure and ideology of American nursing: an interpretation. IN: DAVIS, Fred, ed. *The nursing profession: five sociological essays*. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1966.
- VERDERESE, M.L. – Valor psicológico no cuidado do paciente, em contraste com o cuidado funcional. *Anais de Enfermagem*, 2(1):101-106, 1949.
- WHITE, H.C. – Nursing administration and personnel administration. *J. Nurs. Adm.*, 13(78):15-20, 1983.

APÊNDICE 1

ATRIBUIÇÕES DO COLEGIADO DO CONSELHO DELIBERATIVO DO HOSPITAL ESTUDADO, DESCRITAS NO ARTIGO 12 DO REGULAMENTO DA INSTITUIÇÃO

I – definir as diretrizes básicas das atividades de assistência médico-hospitalar, de pesquisa, de cooperação com o ensino da Faculdade de Medicina e de prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade;

II – deliberar sobre assuntos de interesse do hospital que lhe forem encaminhados pelo superintendente;

III – definir critérios e prioridades para execução dos planos de trabalho;

IV – orientar e estimular a elaboração e execução de planos de trabalhos das diversas áreas de atuação do hospital;

V – manter-se informado sobre o desenvolvimento dos programas, atividades e projetos a cargo do hospital;

VI – aprovar programas e campanhas médico-sociais a serem desenvolvidas ou patrocinadas pelo hospital;

VII – deliberar sobre aceitação de legados e doações feitas ao hospital;

VIII – deliberar sobre alienação de bens móveis ou imóveis do hospital, de acordo com a legislação vigente;

IX – aprovar acordos, contratos e convênios, com entidades públicas ou privadas, que tenham por objeto a prestação de serviços médicos e hospitalares, o ensino ou a pesquisa científica;

X – indicar, em lista tríplice, o superintendente do hospital;

XI – referendar a designação do substitutivo do superintendente, em seus impedimentos legais e temporários;

XII – emitir parecer sobre a prestação de contas e o relatório anual do superintendente;

XIII – convocar funcionários e servidores e convidar especialistas para opinar em assuntos de interesse do hospital;

XIV – aprovar normas para concessão de bolsas de estudo;

XV – aprovar normas para o afastamento de funcionários e servidores do hospital para participação em missão ou estudo de interes-

se do serviço, bem como de congressos e outros certames culturais, técnicos ou científicos no país ou no exterior;

XVI – aprovar, observando o disposto nos artigos 14, 15 e 16 do Decreto-Lei Complementar nº 7, de 6 de novembro de 1969, quando for o caso:

- a) os planos e programas do hospital;
- b) a elaboração dos regimentos internos do hospital e suas possíveis alterações;
- c) a aproposta de orçamento de custeio e investimento, programações financeiras e suas alterações;
- d) os modelos de processos seletivos de pessoal;
- e) a proposta de quadro de pessoal do hospital e o respectivo plano de classificação de funções;
- f) a escala de salários dos servidores e a concessão de ajuda de custo;
- g) a tabela de preços e serviços;

XVII – elaborar e baixar o regimento interno do conselho deliberativo;

XVIII – aprovar os regimentos internos das comissões;

XIX – elaborar o relatório anual das atividades do conselho deliberativo;

XX – aprovar propostas de complementação das atribuições definidas neste regulamento;

XXI – criar, para estudo de assuntos junto ao conselho deliberativo, comissões não permanentes;

XXII – designar o diretor clínico do hospital;

XXIII – aprovar a realização de cursos especiais no campo da medicina e da saúde.”

APÊNDICE 2

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO-CHEFE E DO ENFERMEIRO, DETERMINADAS PELO MANUAL DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL EM ESTUDO

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO-CHEFE

Enfermeiro-chefe é o responsável pelo planejamento, coordenação, orientação e supervisão das atividades técnico-administrativas da Divisão de Enfermagem, em área específica de trabalho. A qualificação para o cargo abrange os seguintes itens: ser graduado por escola de enfermagem devidamente reconhecida e com habilitação na especialidade em que exerce suas funções; ter diploma registrado no COREN; ter pós-graduação em uma das áreas de enfermagem; e ter experiência de, no mínimo, dois anos em nível de chefia de unidade de enfermagem. São suas atribuições:

– interpretar as condições e necessidades dos pacientes à equipe de enfermagem na sua especialidade clínica ou área de supervisão;

– orientar, coordenar e supervisionar a execução dos planos de cuidados de enfermagem dos pacientes na área sob sua supervisão;

– avaliar a qualidade e quantidade dos cuidados dispensados aos pacientes;

– orientar o pessoal de enfermagem, sob sua supervisão, no desenvolvimento dos programas de educação para a saúde dos pacientes, familiares e servidores;

– entrevistar os servidores recém-admitidos para a sua área, a fim de proceder a orientação e avaliação dos mesmos;

– colaborar na avaliação do pessoal de enfermagem de sua área de trabalho, conforme orientação da divisão;

– realizar reuniões periódicas com seu grupo de trabalho para análise de situações de serviço, necessidades do grupo, discussão de métodos de trabalho e transmissão de avisos ou ordens superiores;

– estabelecer normas de conduta que favoreçam o entrosamento com o médico e demais serviços do hospital;

- programar, orientar, coordenar e executar atividades de pesquisa em enfermagem em colaboração com a área de desenvolvimento do pessoal;
- prestar assistência aos enfermeiros de sua área quanto à distribuição e utilização dos recursos humanos, de material e na adoção de medidas administrativas;
- orientar, dirigir e supervisionar o agente administrativo da área no cumprimento de suas atribuições;
- providenciar meios para que as atividades do agente administrativo possam ser desenvolvidas, visando proporcionar condições à enfermagem para prestar melhor assistência aos pacientes;
- revisar as escalas mensais e de férias do pessoal de sua área;
- examinar os registros e relatórios da enfermagem, analisá-los com os enfermeiros e encaminhar ao diretor da área;
- assistir, sempre que possível, a passagem de plantão nas unidades;
- verificar constantemente os locais de trabalho de sua área, observando a ordem e limpeza das dependências, uso e conservação do material, equipamento, instrumentos e aparelhos, discutindo os detalhes com as enfermeiras e agentes administrativos;
- providenciar o levantamento periódico do material permanente de sua área de trabalho;
- colaborar com as escolas de enfermagem ou outras instituições autorizadas a estagiar no hospital;
- estabelecer com os representantes dos departamentos de ensino e os enfermeiros da mesma especialidade a organização dos campos clínicos para estágios dos alunos das escolas de enfermagem;
- participar de reuniões com o diretor de serviço da área, analisando problemas relacionados com pessoal, pacientes, material e outros assuntos administrativos;
- tomar conhecimento, diariamente, dos servidores da sua área que faltaram ao serviço e comunicar ao diretor de serviço;
- participar da escala de plantões da divisão, sábados, domingos e feriados;
- cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias, regulamentos e o Código de Ética de Enfermagem;
- apresentar ao diretor de serviço relatórios das atividades e ocorrências do seu setor;
- desempenhar tarefas especiais, quando designado pela direção da Divisão de Enfermagem”.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Enfermeiro é o profissional que lidera a equipe responsável pela prestação de cuidados de enfermagem de prevenção, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde. Ser graduado por escola de enfermagem devidamente reconhecida, de preferência ter habilitação numa das áreas de opção e ter diploma registrado no COREn são requisitos que o qualificam para a função. É diretamente subordinado ao enfermeiro-chefe. Suas atribuições são assim definidas pelo manual:

“– prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde;

– receber os pacientes admitidos e orientá-los na unidade;

– prestar cuidados de enfermagem a pacientes selecionados por gravidade ou complexidade;

– identificar necessidades de enfermagem através de observação e análise do histórico médico e de enfermagem;

– elaborar o plano individual de assistência de enfermagem e promover sua avaliação contínua;

– executar cuidados especiais, curativos e tratamentos específicos de enfermagem;

– liderar uma equipe de enfermagem quando este método de trabalho é empregado;

– fazer aplicação e leitura de testes para subsídio diagnóstico;

– substituir o enfermeiro responsável pelo setor nos seus impedimentos;

– participar no treinamento contínuo do pessoal;

– colaborar com o enfermeiro-chefe na adoção de medidas que visem à melhoria da assistência e maior satisfação do pessoal no trabalho;

– colaborar ou participar das atividades de pesquisa de enfermagem ou outras realizadas na unidade;

– participar das reuniões administrativas e técnicas de sua área de enfermagem;

– dar consulta de enfermagem;

– participar dos programas de educação para a saúde para pacientes, familiares, visitas e servidores;

– colaborar nos estágios dos alunos das escolas de enfermagem, segundo orientação do enfermeiro-chefe;

– orientar e ministrar ensino ocasional ao pessoal sempre que necessário;

– atender e orientar pacientes e visitantes;

- cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias, regulamentos do hospital e o Código de Ética de Enfermagem;
- desempenhar tarefas especiais quando designadas pela direção da Divisão de Enfermagem”.

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

OBSERVAÇÃO INTERMITENTE

DATA: FOLHA Nº

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

OBSERVADO: OBSERVADOR:

HORA	FUNÇÕES

APÊNDICE 4

DEFINIÇÃO DO CONJUNTO DE FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO, AFORA AS ADMINISTRATIVAS

1. FUNÇÕES DE ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE

Constituem as funções desempenhadas diretamente *com* ou *para* o paciente. Significa que a enfermeira, enquanto realiza procedimentos, proporciona ajuda diretamente ao paciente. Após a identificação de problemas e necessidades das áreas física, emocional e ambiental apresentadas pelos pacientes, a enfermeira procura solucioná-los envolvendo-se diretamente nessa solução. Englobam:

1.1 – Prestar cuidados de enfermagem ao paciente grave, ao paciente no pré e pós-operatório e àqueles cujo cuidado inclua manejo de aparelhos especiais;

1.2 – Prestar cuidados diretos de enfermagem ao paciente, relacionados às áreas física e emocional, sempre que necessário;

1.3 – Executar técnicas de enfermagem, como: lavagem esofágica, sondagem nasogástrica, verificação de pressão venosa central e outras;

1.4 – Auxiliar o médico na execução de procedimentos específicos ao paciente;

1.5 – Administrar medicação.

2. FUNÇÕES DE COLABORAÇÃO AO ENSINO E À PESQUISA

2.1 – Colaborar com o ensino e supervisão dos alunos do curso de graduação em enfermagem, do curso de auxiliares e técnicos de enfermagem e de outros cursos.

2.2 – Programar e executar atividades de pesquisa em enfermagem e colaborar nas pesquisas médicas e de enfermagem, através de realização de provas, colheita de material e coleta de outros dados.

3. FUNÇÕES DELEGÁVEIS

São aquelas que estão sendo executadas pelos enfermeiros, mas que pelas suas características poderiam ser desempenhadas pelo pessoal auxiliar ou por pessoas de outros serviços, como: técnico de laboratório, auxiliar de nutrição etc. Incluem:

- 3.1 – Receber, conferir e guardar medicação;
- 3.2 – Receber e conferir radiografias;
- 3.3 – Lavar material;
- 3.4 – Colocar armários em ordem;
- 3.5 – Arrumar cama sem paciente;
- 3.6 – Atender telefone;
- 3.7 – Marcar retorno para paciente;
- 3.8 – Preencher pedido de farmácia;
- 3.9 – Transportar material para laboratório;
- 3.10 – Buscar material no centro cirúrgico;
- 3.11 – Colher sangue;
- 3.12 – Preencher pedido de exame;
- 3.13 – Aquecer ou substituir alimento do paciente.

4. FUNÇÕES PARTICULARES

Foram consideradas como particulares aquelas funções que não são relacionadas com o serviço ou com as ausências não-justificadas durante a observação intermitente. Englobam:

- 4.1 – Conversa particular;
- 4.2 – Ausente da unidade;
- 4.3 – Envolvida com atividades de cunho pessoal: social, econômica e etc;
- 4.4 – Em consulta médica.