

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

UFRGS  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Biblioteca Cláudio W. de Amaral  
Av. João Pessoa, 52  
90040-000 - Porto Alegre - RS - Brasil

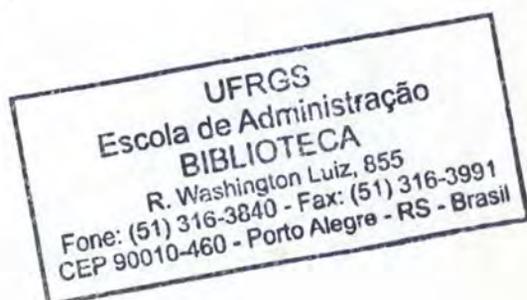
ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS  
ENFERMEIROS JUNTO A CLIENTES HOSPITALIZADOS.

- uma abordagem contingencial-

VERA CATARINA CASTIGLIA PORTELLA

Dissertação apresentada no Programa de Pós-  
Graduação em Administração da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção  
do título de Mestre em Administração.

Porto Alegre, 1995



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

UFRGS  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Biblioteca Clóvis W. do Amaral  
Av. João Pessoa, 52  
90040-000 - Porto Alegre - RS - Brasil

ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS  
ENFERMEIROS JUNTO A CLIENTES HOSPITALIZADOS.

- uma abordagem contingencial-

VERA CATARINA CASTIGLIA PORTELLA

Dissertação apresentada no Programa de Pós-  
Graduação em Administração da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção  
do título de Mestre em Administração.

Porto Alegre, 1995

## FICHA CATALOGRÁFICA

Portella, Vera Catarina Castiglia

P8433a-

Análise das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros junto a clientes hospitalizados: abordagem contingencial /Vera Catarina Castiglia Portella. Porto Alegre: UFRGS/ Faculdade de Ciências Econômicas, 1995.

p. 184

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós - Graduação em Administração, Porto alegre, BR- RS, 1996.

1. Enfermeiro: Atividades. 2. Enfermeiro: Atividades diretas. 3. Enfermeiro: atividades indiretas. 4. Enfermeiro: atividades diretas específicas. I Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. II Título

Lucia V. Machado Nunes  
Bibliotecária - CRB/10 /193

COMISSÃO EXAMINADORA

Professor Orientador: Dr. Francisco de Araújo Santos

PPGA-UFRGS

Professor Examinador: Dr. Cláudio Mazzilli

PPGA-UFRGS

Professor Examinador: Dr. Roberto Ruas

PPGA-UFRGS

Professor Examinador: Dra Ida Haunss de Freitas Xavier

EENF-UFRGS

Data de defesa: 11/12/1995.

## AGRADECIMENTOS

- Dr. Francisco de Araújo dos Santos pela orientação.
- Dr.<sup>a</sup> MARIA TERESA ALBANESI que me orientou tão incansavelmente no tratamento estatístico, sem a qual não teria chegado onde estou, pois foi a primeira pessoa que encontrei nessa área, com paciência de ensinar estatística como ela o fez. Também sua participação como co-orientadora para o projeto.
- Aos colegas do curso de mestrado que em muitos momentos me auxiliaram a conciliar todas as atividades que desenvolvia com o curso, em especial a EDIMARA de Aracaju.
- Aos colegas enfermeiros que, sem conhecê-los pessoalmente, cooperaram preenchendo os instrumentos, fazendo parte da amostra para o estudo.
- Aos colegas da EEUFRGS em especial do DEMC .
- Aos colegas do GRUPO DE ENFERMAGEM DO HCPA e da Unidade de Emergência que me deram muita força para concluir esta etapa acadêmica.

- Muito especialmente à Dr.<sup>a</sup> Edi Fracasso que soube dar apoio nos momentos mais difíceis que enfrentei e que merece todo o meu respeito, pois sem nenhuma dúvida, aplica na prática de vida profissional o que ensina.

- Às bibliotecárias da EEUFRGS, Leonora e Lúcia, pela colaboração na busca de recursos bibliográficos.

- Ao meu primo Sérgio que dedicou muito tempo para resolver meus problemas com a Informatização. Foi incansável em minha “alfabetização” com o computador.

- Aos meus pais, por terem auxiliado na jornada da vida, para manter constante a busca no alcance de objetivos propostos.

- À colega Maria da Graça Crossetti que muito tem incentivado minha trajetória nesse estudo.

- Aos professores do PPGA da UFRGS pela compreensão e auxílio no meu crescimento na área.

- Especial agradecimento a Dr.<sup>a</sup> Ida Xavier pela valiosa ajuda na revisão do estudo.

- A todos que de forma direta ou indireta auxiliaram em meu crescimento pessoal e profissional durante esta etapa.

## SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Introdução.....17

Capítulo I - Revisão da literatura.....24

1.1. O hospital.....24

→ 1.2. Aspectos históricos e o significado da enfermagem.....37

→ 1.3. Os mitos da enfermagem.....47

→ 1.4. Formação do enfermeiro e a experiência profissional.....55

→ 1.5. Funções do enfermeiro e a legislação para o exercício  
profissional no Brasil.....61

→ 1.6. Dimensionamento do pessoal de enfermagem.....70

Capítulo II - Objetivo, referencial teórico e definição de  
termos.....74

2.1. Objetivo Geral.....75

2.2. Referencial teórico.....76

2.3. Definição de termos.....95

Capítulo III- Métodos do Estudo.....98

3.1. Caracterização do estudo.....98

3.2. População.....99

3.3. Amostra.....99

<b>3.4. Autorização para coleta de dados.....</b>	<b>101</b>
<b>3.5. Instrumento para coleta de dados.....</b>	<b>103</b>
<b>3.6. Validação do instrumento.....</b>	<b>107</b>
<b>3.7. Coleta de dados.....</b>	<b>108</b>
<b>3.8. Tratamento estatístico dos dados.....</b>	<b>109</b>
<b>Capítulo IV - Resultados do Tratamento Estatístico.....</b>	<b>112</b>
<b>Capítulo V- Discussão dos resultados.....</b>	<b>128</b>
<b>Capítulo VI- Conclusões.....</b>	<b>152</b>
<b>Capítulo VII-Limitações e Recomendações.....</b>	<b>155</b>
<b>7.1. Limitações.....</b>	<b>155</b>
<b>7.2. Recomendações.....</b>	<b>157</b>
<b>Bibliografia consultada.....</b>	<b>159</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>168</b>

## **RESUMO**

O estudo identificou e analisou as atividades que o enfermeiro vem desenvolvendo e que assinalaram que devem fazer, em hospitais de Porto Alegre, nas unidades de clínica e/ou cirurgia, usando como referencial a abordagem contingencial.

As atividades foram classificadas em três grupos: atividades diretas (AD), atividades indiretas (AI) e atividades diretas específicas (ADE). Foram medidas através de instrumento no qual os enfermeiros marcaram o que fazem e o que devem fazer, num elenco de quarenta e três itens que contemplavam as três categorias de atividades.

No tratamento estatístico foram relacionadas as variáveis: tipo de hospital, tempo e local de formação dos enfermeiros da amostra e módulo do número de pacientes por funcionário sob responsabilidade do enfermeiro.

Não foi identificada nenhuma relação entre as variáveis e as atividades que os enfermeiros estudados disseram que fazem ou

deveriam fazer; nem ocorreu predominância em nenhuma categoria de atividades.

Pela reflexão sobre os resultados percebe-se que a enfermagem e o enfermeiro estão num processo de transformação. Sua atividades estão aparentemente mais relacionadas ao ambiente e interrelações entre os serviços do que para a Lei do Exercício Profissional da enfermagem no Brasil ou mesmo aos referenciais que tem sido desenvolvidos nas Escolas.

O local de formação não se caracterizou como variável que interfere nas atividades que os enfermeiros da amostra fazem ou que informam deveriam fazer.

As respostas dos enfermeiros da amostra sobre o que devem fazer não apresentou ênfase nas atividades diretas específicas (ADE) conforme preconiza a Lei do Exercício Profissional.

A organização do trabalho do enfermeiro parece estar ocorrendo como um processo dinâmico e, como os demais fenômenos do ambiente, sofre influências culturais, envolvendo aspectos políticos, sociais, econômicos e tecnológicos, tão bem valorizados na abordagem contingencial.

## **ABSTRACT**

This study identified and analysed the activities of nurses working in clinical and surgical unities of hospitals of Porto Alegre. The activities considered were those that were actually done and those were pointed out as " should be done", using as reference a contingential approach.

Activities were divided in three groups: direct activities (AD), indirect activities (IA) and specific direct activities (ADE). They were mensured using a survey with 43 questions looking at the three groups of activities. These were answered by the nurses.

For the statistical analisis, the following itens were studied: type of hospital, where and for how long the nurses had attained their degree and number of patients for each auxiliary aid under the responsability of the nurse.

No correlation was stabilished between the variables and the activities studied, neither there was predominance in any of the groups of activities (AD, ADE and AI).

Thinking about the results we realize thar nurses and their profession are going through a process of change. Their activities

seem to be more related to the environment and to interrelations between hospitals and working places than to the laws ruling the profession in Brazil or to the reference points provided in the schools.

The school attended did not show any difference in the activities developed or pointed as "should be done" by the nurses.

The answers given by the nurses on what they should do did not point any stress on the specific direct activities, as mentioned on the professional law.

The organization of nurses's work seems to be suffering a dynamic process and, like other environmental phenomena, is influenced by cultural matters such as political issues, social, economical and technological matters. These all are well seen in a contingent approach.

## RESUMEN

El estudio análisis las actividades que el enfermero viene desarrollando en hospitales de Porto Alegre, en las unidades de clínica y/o quirúrgica, usando como referencia el abordaje contingencial.

Las actividades fueron clasificadas en trez grupos: actividades directas (AD), actividades indirectas (AI) y actividades directas específicas (ADE). Estas actividades fueron medidas través de instrumento en el qual los enfermeros marcarón lo que hacen y lo que deberian hacer, todo esto en un elenco de 43 itenes que contenplaban las trez categorías de actividades.

En el tratamiento estadístico fueron relacionadas las variables, el tipo de hospital, tiempo y localidad donde se formaron los enfermeros de la muestra y el modulo del numero de pacientes por funcionario sobre la responsalilidad del enfermero.

No fue identificada ninguma relación entre las variables y las actividades que los enfermeros pesquisados dijieron que hacian o

que deberían hacer, así como no se manifestó preponderancia en ninguna categoría de actividades.

De la análisis de los resultados se percibe que tanto la enfermería como el enfermero se encuentran en un proceso de transformación.

Sus actividades están aparentemente más relacionadas al ambiente y a los vínculos entre los servicios de lo que propiamente para la Ley del Ejercicio Profesional de enfermería en Brasil o mismo a los referenciales que han sido desarrollados en las escuelas.

El local de formación no se caracterizó como variable que venga a interferir en las actividades que los enfermeros de la muestra hacen o que informan deberían hacer.

Las respuestas de los enfermeros de la muestra sobre lo que deben hacer no presentó énfasis en las actividades directas específicas (ADE) conforme preconiza la Ley del Ejercicio Profesional.

La organización del trabajo del enfermero parece estar ocurriendo como un proceso dinámico y, como los demás fenómenos del ambiente, sufren influencias culturales, envolviendo

aspectos políticos, sociales, económicos y tecnológicos, tan valorizados en la abordage contingencial.

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1 Distribuição dos enfermeiros que compõem a amostra nos sete hospitais da amostra.....</b>	<b>101</b>
<b>Tabela 2 Atividades efetivamente realizadas SEMPRE por pelo menos 50% dos enfermeiros da amostra.....</b>	<b>115</b>
<b>Tabela 3 Freqüências das Atividades Diretas (AD).....</b>	<b>116</b>
<b>Tabela 4 Freqüência da Atividades Diretas Específicas (ADE).....</b>	<b>117</b>
<b>Tabela 5 Freqüência das Atividades Indiretas (AI).....</b>	<b>118</b>
<b>Tabela 6 Atividades que os enfermeiros da amostra devem fazer mais do que fazem.....</b>	<b>120</b>
<b>Tabela 7 Distribuição dos enfermeiros da amostra de acordo com o local de formação.....</b>	<b>125</b>

## **Anexos**

<b>Anexo I- Instrumento para Coleta de Dados de Identificação.....</b>	<b>169</b>
<b>Anexo II- Instruções para preenchimento do Instrumento.....</b>	<b>173</b>
<b>Anexo III- Instrumento para coleta das atividades que o enfermeiro FAZ.....</b>	<b>174</b>
<b>Anexo IV- Instrumento para coleta das atividades que o enfermeiro DEVE FAZER.....</b>	<b>177</b>
<b>Anexo V - Decreto-lei nº 94406 do exercício profissional da enfermagem no Brasil.....</b>	<b>180</b>

## INTRODUÇÃO

*“A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais de saúde”. (Horta, 1975, p.10)*

O interesse pelo estudo em tela vem despertando a inquietação da autora há longo tempo. A questão central de novas indagações perquiriu temas muito próprios do desempenho profissional do enfermeiro. A literatura pertinente é vasta sobre diferentes abordagens do tema, entretanto não contemplava o conteúdo proposto, mais especificamente direcionado ao *“fazer próprio do enfermeiro”* nas instituições de saúde.

As dúvidas não foram diremidas em seu todo ao longo da trajetória da autora no âmbito da área assistencial, a qual iniciou precocemente, ainda na condição de estudante de enfermagem.

Os questionamentos persistiam, e foram ampliados significativamente na medida que galgava diferentes posições hierárquicas nas Instituições de Saúde desde a chefia de unidade de internação clínica até coordenação do serviço de enfermagem em hospital privado não escola, onde teve oportunidade de conviver intensamente com a prática profissional e exercê-la em sua plenitude. Atualmente exerce a atividade docente a nível de terceiro grau para formação de enfermeiros na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul:

Conhecer melhor o que o enfermeiro está fazendo e porque está fazendo são questões preliminares para proposta de estudos posteriores que abordariam temas como: qualidade na área de enfermagem e da saúde, definição do papel do enfermeiro na empresa, participação do profissional nas políticas de saúde, definição das necessidades de investimentos para capacitação do enfermeiro entre outros.

Estudos mais recentes na área da enfermagem analisam, com muita propriedade aspectos relacionados ao ambiente, condições de trabalho, expectativas e ansiedades do enfermeiro no

exercício de suas atividades, mas não esclarecem de forma satisfatória o que efetivamente os enfermeiros estão fazendo e as variáveis que possam estar interferindo para realizar suas atividades.

A prática do exercício de enfermagem tem mostrado a abrangência de atividades do enfermeiro. O profissional, em geral, é reconhecido como o elemento responsável pelo funcionamento das unidades de internação, no que tange a providências de recursos materiais, orientação da higienização e organização do setor. É a pessoa que mantém a relação entre a unidade e os diversos setores do hospital. Essa enorme diversificação no trabalho do enfermeiro e as características de cada instituição podem explicar a dificuldade de enumerar as atividades desenvolvidas pelo profissional nas unidades hospitalares.

Estudiosos da área de administração tem demonstrado interesse crescente em ampliar pesquisas nas organizações de saúde. O presente estudo propõe desvelar as atividades do enfermeiro nas unidades de internação hospitalar. O enfermeiro é o responsável pela equipe de enfermagem, formada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar

de enfermagem, a qual representa um contingente significativo dos recursos humanos de um hospital.

O conhecimento do trabalho do enfermeiro em suas atividades pode oferecer subsídios para definir características de gerenciamento na enfermagem, organização do trabalho, abrangência e limites do setor de enfermagem. Propicia ainda elementos para medir produtividade e trabalhar com indicadores de qualidade na instituição.

A formação do enfermeiro, no Brasil, ocorre em nível de terceiro grau, baseado no currículo mínimo para graduação, aprovado pelo extinto Conselho Federal de Educação. Cabe a cada Escola ou Curso de Enfermagem determinar seu currículo pleno a partir do mínimo estabelecido na legislação e marco referencial adotado pela Instituição de Ensino. Isso possibilita a formação de enfermeiros com diferentes referenciais, por via de consequência, diversidades na abordagem da assistência de enfermagem.

A enfermagem é exercida por uma equipe constituída de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem sob

supervisão e orientação do primeiro. O Decreto-lei nº 94406 do exercício profissional da enfermagem no Brasil de 1987, define o que cabe privativamente ao enfermeiro e as atividades de cada categoria da equipe.

Nas instituições de saúde o enfermeiro pode ocupar cargos variados: chefia do serviço, chefia de unidade de internação ou enfermeiro assistencial, isto é, exerce suas funções com maior ou menor intensidade na área administrativa (gerencial) ou na área assistencial (operacional), sem considerar as funções de assessoria em outros serviços do hospital que o enfermeiro pode exercer sem estar ligado ao serviço de enfermagem.

Recentemente em nosso meio autores como Pereira(1992), Unicovsky (1993) e Vieira (1993) estudaram temas relacionados às atividades do enfermeiro egresso, satisfações e insatisfações no exercício profissional, qualidade de vida no trabalho, mas não foram contemplados conteúdos propostos para esse estudo, pois as inquietações permanecem. O que estão fazendo os enfermeiros nas unidades de internação dos hospitais de Porto Alegre? Estarão prestando assistência junto aos clientes? Que fatores influenciam na aproximação ou distanciamento do enfermeiro para a

assistência direta ao cliente conforme os pressupostos da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem?

O estudo se apresenta em sete capítulos assim distribuídos:

O capítulo I descreve a trajetória percorrida através da história dos hospitais pois esse é o cenário onde se desenvolve o estudo, o ambiente onde o enfermeiro desenvolve suas atividades.

Apresenta uma retrospectiva histórica da enfermagem e a caracterização da profissão enfermeiro em seus mitos, formação, funções, legislação vigente em relação ao exercício da enfermagem e experiência profissional sob a ótica dos autores de bibliografias consultadas e experiência pessoal da autora.

O capítulo II apresenta os objetivos a serem alcançados com o estudo, uma breve apresentação da abordagem contingencial, utilizada como referencial para análise das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e a definição dos termos utilizados no decorrer do estudo.

O capítulo III esclarece os métodos do estudo, sua característica, local onde se desenvolve, população alvo e escolha da amostra, bem como a forma de coleta de dados e os testes utilizados no tratamento estatístico dos mesmos.

O capítulo IV apresenta os resultados obtidos pelos testes estatísticos aplicados aos dados coletados.

O capítulo V apresenta a análise dos resultados.

O capítulo VI traz as conclusões do estudo relacionando os objetivos propostos a partir da análise dos resultados obtidos.

O capítulo VII descreve suas limitações e propõe recomendações para estudos futuros.

## **CAPÍTULO I**

O capítulo I descreve a trajetória percorrida através da história dos hospitais pois esse é o cenário onde se desenvolve o estudo, o ambiente onde o enfermeiro desenvolve suas atividades.

Apresenta uma retrospectiva histórica da enfermagem e a caracterização da profissão enfermeiro em seus mitos, formação, funções, legislação vigente em relação ao exercício da enfermagem e experiência profissional sob a ótica dos autores de bibliografias consultadas e experiência pessoal da autora.

### **Revisão da literatura**

#### **1.1. O hospital**

O estudo se propõe refletir sobre as atividades que os enfermeiros, da amostra selecionada, estão exercendo e julgam devem fazer em seu local de trabalho, nesse caso o hospital.

Verderese (1987) apresenta os estudos realizados pelo Conselho Federal de Enfermagem, onde apresenta que 70,4% da

força de trabalho da enfermagem está nos hospitais públicos, e que o número de enfermeiros nesses é em torno do dobro do existente nos hospitais particulares.

Historicamente a palavra *hospital* vem do latim “*hospitalis*” que entre outros significados também se relaciona com hospedar, dar agasalho. Os primeiros termos utilizados para tratar do tema foram: nosocômio (lugar para tratar doentes e asilo aos enfermos); xenodóquias (asilo e refúgio para viajantes estrangeiros) e hospícios (lugar para enfermos pobres, incuráveis e insanos). Existem registros de hospitais na Índia em 226 aC, no Ceilão 437 aC, mas só na era cristã passou a ser visto como um local para tratar de doentes, pobres e peregrinos onde o amor ao próximo era o fundamento da atenção. (Maudonnet, 1988)

O IV Concílio de Cartagena decidiu que os hospitais deveriam ser contruídos ao lado das igrejas e, o Concilio de Aquisgrana definiu regras para a construção dos mesmos. Cada sala deveria ter um altar e as camas dispostas de forma que os doentes pudessem assistir a missa. Nas capelas dos hospitais deveria existir

espaço para sepultamento de benfeitores e administradores do hospital.

Percebe-se nas determinações dos concílios o poder explícito da Igreja sobre os hospitais. Não era admitido nenhum credo exceto o católico.

Ainda hoje, encontramos vários hospitais com capelas católicas, o padre ou ministras visitam os doentes com o pressuposto que todos tem o credo católico.

Ao longo da história os hospitais estiveram sob o domínio da Igreja Católica e eram dirigidos pelo clero, mantendo a idéia do hospital como um local e caridade.

No século XVIII, o hospital é retratado como um centro para formação médica, sob a direção dos médicos, onde a ênfase não mais era a caridade mas a doença, diagnóstico e tratamento; um local para a formação de médicos, onde o cliente era objeto de estudos. (Foucault, 1990)

Pires (1989) trata em sua tese sobre a hegemonia médica onde ainda nos dias de hoje, muito além do século XVIII continua muito forte o domínio médico sobre os demais profissionais da área de saúde.

Deve-se salientar que todo o sistema de cobrança de convênios, incluindo a Previdência Social, prevê remuneração para o médico. Excepcionalmente existe o valor para uma consulta de enfermagem, cujo valor corresponde cinquenta por cento da realizada pelo médico.

Só a partir da década de trinta desse século, os hospitais, no Brasil, começaram a utilizar a figura do profissional administrador. Após a década de cinquenta faz-se necessário a criação de cursos para formação de administradores hospitalares. (Mirshawka, 1994).

No Brasil, após a década de setenta, os hospitais de maior porte começaram a se voltar para um gerenciamento mais aberto com a profissionalização da administração e maior participação multiprofissional na determinação de metas e políticas para o alcance de objetivos. O fato ocorreu quando as empresas hospitalares para sobreviver a crise econômica e em especial do sistema de saúde precisaram utilizar esforços de todos os profissionais, como forma de obter contenção de despesas e racionalização de gastos.

Desde 1956 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que o “hospital é parte integral de uma organização médica e social cuja função é prover completa assistência de saúde à população- curativa ou preventiva- cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente”. Também é centro para treinamento de pessoal de saúde e de pesquisa biossocial; não pode se limitar a atividades restaurativas, mas também preventivas, de ensino e pesquisa.

Pela definição de hospital da OMS pode-se inferir que o hospital é local para formação de todo o pessoal que atua na área de saúde.

Na década de cinquenta a OMS definiu as finalidades do hospital como local onde além de se curar doenças, também se previne, pesquisa e ensina. No Brasil, neste período, estavam abrindo a maioria dos hospitais com a finalidade única de curar. Daí a formação das enfermeiras deveria atender necessidades do mercado de trabalho e portanto passou a ser curativa e voltada para o exercício nas organizações hospitalares.

Atualmente, os hospitais de grande porte têm programas de orientação e prevenção a problemas de saúde; são utilizados

como campo de estágio para alunos de diversos níveis de formação acadêmica e possuem programas de pesquisa.

Para Malcom Eachern, citado por Mirshawaka (1994, p.16) *“hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prever meios para mantê-lo são ou de restaurar-lhe a saúde perdida”*. Para o autor o hospital é uma da empresa complexa, cujo propósito é simples - *receber o corpo humano quando ficou doente e cuidar dele de forma a restaurá-lo ao normal ou tão próximo quanto for possível*. É uma instituição com planta física, equipamento e organização adequados para receber pacientes. É uma instituição que funciona as vinte e quatro horas dos trzentos e sessenta e cinco dias do ano.

Silva (1994) retrata a complexidade da instituição hospitalar por ser humanitária, trabalhar com as necessidades básicas do ser humano e enfrentar as mesmas dificuldades econômicas da indústria e comércio. Tem um grande número de variáveis que interferem na prestação e avaliação do serviço; “requer estrutura pesada para fazer frente às necessidades de prestação de

serviços”; diversidade de profissionais com características sócio-culturais diferenciadas.

Revisando conceitos como Barnar (1979) sobre as relações das pessoas na organização, considerando expectativas e características culturais, pode-se reforçar as idéias colocadas por Silva (1994) em relação a complexidade dos hospitais.

Maudonnet (1988) afirma que o mais importante aspecto da vida hospitalar está ligado à recuperação do paciente. Para isso lança mão de complexo conjunto de recursos materiais e humanos.

Billings, citado por Mirshawka em 1994, considera o hospital um organismo vivo constituído de diferentes partes e funções diversas, todas relacionadas entre si para atingir um objetivo proposto.

Para Mirshawka (1994) o sucesso do hospital está baseado numa tríade: bom planejamento comunitário, bom projeto e construção e, boa administração; a falta de um dos itens gera hospital medíocre.

Os hospitais podem ser classificados de acordo com o tipo de atendimento em: geral ou especializado. O *hospital geral* é

destinado ao atendimento de pacientes de várias especialidades, podendo limitar sua ação a um grupo etário (crianças, adultos..), ou comunidade (militares...) ou outra finalidade específica. O *hospital especializado* atende pacientes predominantemente de uma especialidade (pneumo,cardio...). Ribeiro (1977).

Quanto a personalidade jurídica, a autora identifica dois grupos de hospitais: públicos e privados. Os *hospitais públicos*, de acordo com o Ministério da Saúde integram o patrimônio da União, Estado ou Município. O *hospital privado ou particular* integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.

O *hospital escola* pode ser público ou privado e tem como função, além da assistência restaurativa e preventiva, a de ensino. Este inclui atividades em diferentes graus do ensino. Em muitos hospitais de ensino inclui desde a formação de pessoal em nível de primeiro grau e segundo grau, até o ensino de Pós-graduação. As atividades de pesquisa e pós-graduação decorrem naturalmente. O hospital com tal finalidade precisa oferecer condições adequadas para o processo de ensino-aprendizagem. Isso equivale dizer que além de todos os recursos para funcionamento

como instituição de saúde precisa dispor de salas de aula, biblioteca, corpo técnico atualizado, equipamentos e instalações apropriadas para o ensino.

A administração de um hospital, independente de sua personalidade jurídica deve estar habilitada a lidar com as contínuas mudanças do ambiente pois independente do caminho que escolher estará sempre de frente com o risco. O risco se caracteriza pelas incertezas do meio onde está inserido. Esse ambiente de incertezas pode se transformar numa possibilidade de crescimento para organização, se esta estiver preparada.

Silva (1994) registra que os hospitais devem estar equipados com mecanismos que permitam sua sobrevivência financeira e econômica, enfrentamento e convivência em ambiente de grande turbulência externa, e ressonância nas questões internas.

Analisando os hospitais públicos brasileiros, Silva (1994) questiona o “sucateamento das instalações físicas e tecnológicas; atraso importante no acompanhamento da evolução tecnológica”; ociosidade de recursos físicos, tecnológicos e humanos que refletem nos custos fixos sem retorno e a reduzida produtividade

(o Estado paga a ociosidade do estabelecimento público e o atendimento efetuado pelo setor privado).

O autor ainda destaca que os hospitais como: Incor, Sara Kubitschek, Hospital de São Paulo e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apesar de enfrentarem a problemática da área hospitalar se destacaram e tem o reconhecimento nacional. Relata que os quatro hospitais tem personalidade jurídica diferente e seu ponto comum é a *autonomia de gestão*.

O sucesso se deve a flexibilização das estruturas, agredindo e competindo no mercado e a qualificação dos recursos humanos (corpo clínico, de enfermagem e administrativo).

Na experiência da autora do presente estudo, a enfermagem tem oportunidade de qualificação no ambiente de trabalho em poucos hospitais. Na verdade tem ocorrido mais especificamente em instituições de maior porte e em hospitais públicos. Como coloca Pires (1989) a hegemonia médica também é significativa nas oportunidades para especializações, em especial no exterior. Observa-se no meio hospitalar que, quando um médico retorna de algum curso no exterior, assume chefia do serviço e o enfermeiro é treinado por ele para atuar no serviço; então o

enfermeiro passa a ter duplo comando: o da chefia de enfermagem na área administrativa e o da chefia médica na área técnica.

Para Silva (1996) a descentralização e quebra da hegemonia nos hospitais, primeiro de religiosas, depois dos médicos para uma equipe multidisciplinar é a chance dos hospitais para enfrentarem a crise econômica pela qual passam. Atualmente, os hospitais de grande porte, bem sucedidos já adotaram a flexibilidade em suas estruturas. A área de recursos humanos não assume apenas a parte burocrática de pessoal, hoje assume um programa de educação continuada que inicia no recrutamento e termina no desligamento de funcionários. A tomada de decisões e definição de políticas no planejamento da organização tem se realizado com colaboração das áreas administrativa, médica e de enfermagem.

Para Silva (1995, p. 7) “as empresas não são e, nunca serão maiores e nem mais firmes do que o talento, a qualidade e a competência dos seus recursos humanos”. No hospital a assertiva tem dimensão maior pois sua ênfase é prestação de serviço junto e para o ser humano.

Segundo Maudonnet (1988) a área de enfermagem é a mais numerosa, a que detém maior contingente de pessoal da área da saúde. A enfermagem tem atividades que estão sujeitas a constante renovação e descobertas tecnológicas.

A despeito de sua importância ainda prevalece nos hospitais a vinculação do serviço de enfermagem à Coordenação Médica. Como consequência, ainda é forte a visão do enfermeiro como executor de funções dependentes da prescrição médica.

Pelo período de sete anos se vivenciou a experiência, como coordenadora da enfermagem, em hospital particular não escola, nesta instituição a enfermagem se vinculava diretamente ao administrador em lugar da chefia médica.

Foi um período onde a enfermagem pode crescer de forma mais independente e com menos atritos. Sem a ingerência da coordenação médica sobre a enfermagem o trabalho de equipe foi facilitado.

Considerando o médico como fonte para gerar recursos financeiros, pois é quem em geral traz o cliente, esse tem muita força na administração dos hospitais que não possuem sua própria demanda. Justamente nessa situação, a experiência mostrou a

importância da enfermagem estar vinculada ao administrador; tanto para manutenção de controle dos custos hospitalares como para o crescimento da enfermagem em sua identidade própria.

Durante a experiência nesta instituição pode-se constatar que as relações com a área médica ocorriam com características mais de equipe do que de subordinação, possibilitando crescimento da enfermagem na área assistencial e, em especial em seu status na organização com os demais serviços.

Embora, a administração do hospital muitas vezes tentasse a parcialidade com a área médica, legando privilégios, a enfermagem podia solicitar os mesmos benefícios pois a vinculação dessa com a direção era a mesma da área médica e não de subordinação da primeira em relação a segunda.

O ambiente de trabalho do enfermeiro nos hospitais é dinâmico e como se pode perceber as possibilidades de atuação do mesmo depende da estrutura e dos valores da organização. O preparo da enfermagem na área técnica e administrativa para conviver nesse ambiente e principalmente do seu desejo de garantir a autonomia pela capacitação profissional, uma vez que, o futuro está, como colocou Silva (1996) no preparo da equipe multidisciplinar.

## 1.2. Aspectos históricos e o significado da enfermagem.

A enfermagem sempre esteve associada ao cuidar. O significado etimológico da palavra enfermagem vem de “infirmus” que significa cuidar dos enfermos ou não firmes (crianças, velhos e doentes).

A enfermagem, nos dias atuais, embora continue com ênfase no cuidado do doente, atende cuidados de prevenção e orientação para a saúde. Fazendo-se análise do significado da palavra, enfermagem não seria mais o nome indicado.

Coliére (1986) faz uma análise histórica entre o significado de cuidar (relegado à mulher) e curar (atividade masculina). Por um longo período histórico o domínio do intelectual (científico) e o domínio do campo manual (técnico) eram vistos como campos antagônicos. O fazer manual era considerado trabalho braçal e não intelectual e portanto inferior. A enfermagem historicamente sofreu o estigma da divisão de trabalho entre os sexos

e do trabalho social pois se caracterizava por um trabalho manual e tradicionalmente exercido por mulheres.

Borges (1986, p. 57) faz a seguinte análise *“o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado.”*

A partir de Hipócrates a Medicina iniciou a fase do diagnóstico e tratamento, e os “enfermeiros ou cuidadores” passam a ser **ajudantes de médicos**. No período cristão, o cuidar era uma atividade de caridade exercida por religiosas.

A Reforma Protestante teve influência marcante na enfermagem, pois quem cuidava dos enfermos eram religiosas católicas. “Neste período muitos hospitais cristãos foram fechados e as religiosas expulsas, sendo substituídas por mulheres de baixo nível moral e social que se embriagavam deixando os enfermos entregues a sua própria sorte”. (Geovanini, 1995, p.14)

Em meados do século dezenove, Florence Nightingale que atuou em cuidados de enfermagem aos soldados na Guerra da Criméia, fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas em Londres.

Essa escola foi modelo para muitas que foram fundadas posteriormente. Nela se formavam duas categorias de enfermagem: as “ladies nurses” de classe social mais elevada, que se encarregavam da administração, supervisão e controle dos serviços de enfermagem e as “nurses” que faziam o trabalho manual. Dessa forma, a enfermagem passa a ter divisão do trabalho em manual (inferior) e intelectual (superior).

O fato do trabalho manual ser desprestigiado poderia ser uma das razões pelas quais a enfermeira se distanciou das atividades técnicas e passou a executar mais atividades burocráticas como afirmam alguns autores (Waldow/ 1995, Horta/79). A enfermeira passa a delegar ao auxiliar de enfermagem as atividades manuais e se dedica mais à supervisão e gerenciamento da unidade.

No Brasil, a primeira escola de enfermagem foi fundada em 1923, com orientação de enfermeiras americanas as quais seguiam o modelo nightingaleano, com formação para saúde comunitária.

Salienta-se a *década de quarenta*, pois é nesse período que inicia no Brasil, *o período da Enfermagem Moderna com a profissionalização da enfermagem no processo capitalista. A*

*medicina curativa é o novo referencial do sistema de saúde e o centro de referência é o hospital.* Isso não significa afirmar que a enfermagem não atuava na área curativa, mas não com a ênfase que a partir de então passa a exercer suas atividades

As enfermeiras passam a se concentrar nos hospitais para exercer suas atividades e o referencial é o curativo.

“Na década de cinquenta surge a preocupação em organizar os princípios científicos que devem nortear a prática de enfermagem.

Até então a enfermagem era vista como não científica e suas ações baseadas na intuição”. (Almeida, 1984, p. 68)

Com a utilização dos princípios científicos fundamentando a prática da enfermagem, a execução de técnicas não é mais uma mera atividade manual e sim uma atividade cientificamente fundamentada.

Em sua tese Borges (1986) registra que a partir da década de sessenta a saúde começa a ser privatizada. Nesse período

os profissionais de enfermagem de nível superior se concentram em maior número nos hospitais públicos, enquanto os particulares, para reduzir custos contratam, em maior número, auxiliares de enfermagem.

A partir de mil novecentos e setenta e cinco a enfermagem é exercida por uma equipe formada pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem com formação em terceiro, segundo e primeiro grau respectivamente.

O trabalho na enfermagem se caracteriza por divisão técnica, isto é, a mesma tarefa pode ser executada por vários trabalhadores em parcelas; cada categoria desempenha a tarefa de acordo com a complexidade que lhe compete.

Segundo Almeida e Rocha (1986) a prática de enfermagem não é exercida em toda a sua extensão pela enfermeira pois cada agente de enfermagem é um trabalhador parcial e a enfermeira assume o controle administrativo. As autoras relatam que a enfermeira era preparada para cargos de chefia mas o saber estava no cuidado do paciente.

As autoras ainda relatam que as enfermeiras ocupavam cargos porque este era o mercado de trabalho disponível. Por essa razão se distanciavam do cuidado do paciente, que ficava aos cuidados do auxiliar de enfermagem. A enfermeira com o tempo cada vez mais se volta para atividades gerenciais pois o número de intervenções técnicas e exames aumentaram e se fez necessário manter a máquina burocrática.

A formação dos enfermeiros, da década de sessenta até os dias atuais, é voltada para o cuidado curativo com enfoque para a área hospitalar.

Com o distanciamento do enfermeiro do cuidado direto, emergem muitas teorias de enfermagem na tentativa de criar um modelo para a prática de enfermagem. Atualmente, “existe um pluralismo de definições: ela é arte, ela é ciência e arte, ciência aplicada, técnica, profissão liberal, ideal, prática assistencial, agenciadora de mudanças sociais... o que leva a afirmar que no mundo atual *a enfermagem está viva*”. Angerami e Correia (1987, p. 45)

A enfermagem está viva porque está em mudanças permanentes tentando estabelecer seus referenciais para a prática da assistência.

A prática tem demonstrado a dificuldade em conciliar o pluralismo, citado por Argerami e Correia (1987) nas escolas, pois cada grupo ou professor tem seu referencial sobre o que é enfermagem e como deve ser a sua prática, daí a formação ocorre em diferentes referenciais e isso se reflete no mercado de trabalho. Por outro lado as instituições tem suas políticas de trabalho e o enfermeiro está inserido em seu contexto tentando aplicar seu conhecimento em acordo com os objetivos e condições de trabalho oferecidas.

Outro fator importante são as características e necessidades dos clientes sob sua responsabilidade. Cada cliente tem necessidades diferentes requerendo do profissional diferentes abordagens. a enfermeira trabalha por um período mínimo de seis horas diárias com o mesmo grupo de pacientes que variam de acordo com a média de permanência em cada especialidade médica. Nesse período mantém contato com os clientes e seus familiares, com

profissionais que atendem e todos os serviços de apoio que de alguma forma interferem nas condições de atendimento.

Desses dados pode-se inferir que a possibilidade da enfermeira executar atividades previamente planejadas pode se apresentar como um elemento de frustração no trabalho se ela não tiver consciência desse pluralismo que caracteriza a prática de enfermagem.



Silva (1993) diz que a enfermagem no Brasil apresenta

problemas relacionados a:

- formação: baixa procura aos cursos e dicotomia entre a teoria e a prática.
- mercado de trabalho: falta de valorização, ausência de planos de carreira, baixo status social.
- prática profissional: profissionais inadequados às exigências dos hospitais, insatisfação profissional, deficiência na regulamentação da profissão, dicotomia entre assistência direta e gerenciamento.
- organização e sindicalização: pouca adesão dos profissionais.
- pesquisa em enfermagem: ausência de políticas para a investigação e dificuldade de obter recursos.

As colocações feitas por Silva (1993) refletem ainda a realidade da enfermagem, embora já se perceba aumento significativo de candidatos ao curso de enfermagem, em primeira opção entre os vestibulandos.

Pela diminuição da oferta de trabalho, a competição por vagas nos hospitais aumentou. Os recém egressos estão fazendo cursos de pós-graduação por dois motivos básicos: obtenção de bolsas de estudo, como forma de se manter economicamente, ainda que com baixos recursos, e ao mesmo tempo fazer o curso e, preparo de currículo para competir nos concursos. Se de um lado aumentou o número de enfermeiros com cursos de pós-graduação em lato e “*Stricto Sensu*”, por outro lado foi instituído o “mercado de trabalho” nos cursos que fornecem bolsas.

Qualquer que seja o motivo, o importante é que os enfermeiros estão fazendo mais cursos de pós-graduação e aumentando sua capacitação para a assistência. Junto aos cursos a pesquisa vem como consequência das teses e dissertações.

A enfermagem percorreu uma trajetória longa se considerar sua origem no cuidado de doentes exercido pelas donas de

casa. Se valorizar o período em que Florence fundou a primeira escola de enfermagem, a profissão conta com cento e quarenta anos.

Ao pensar enfermagem no Rio Grande do Sul, a primeira escola foi fundada em Porto Alegre em 1950, portanto conta com quarenta e seis anos. Esse é um período pequeno para pensarmos em enfermagem como uma profissão sedimentada.

Os enfermeiros de hoje, fazem parte da história da enfermagem que recém está começando. Se pensar em trinta anos de trabalho para aposentadoria, os enfermeiros formados em 1954, da primeira turma, se aposentaram na década de oitenta. Os enfermeiros em exercício, se graduaram na década de sessenta.

### **1.3. Os mitos na enfermagem**

Os mitos são falsas idéias aceitas popularmente como verdades, não tem cunho científico. Caracterizam imagem simplificada de pessoa ou acontecimento, não raro ilusória, aceita pela sociedade e que representa papel significativo em seu comportamento. (Aurélio, 1994)

A enfermagem, por suas características históricas tem uma série de mitos que vem interferindo no seu exercício e ensino ao longo dos anos.

Pela experiência da autora do presente estudo e trabalhos acadêmicos de graduandos em enfermagem, percebe-se que a maioria dos mitos hoje está mais presente entre os enfermeiros e a população e menos evidente entre médicos, nutricionistas e fisioterapeutas no ambiente hospitalar.

### 1.3.1. *Enfermeira- dama de caridade ou anjo branco:*

O mito tem suas origens na antiguidade quando o cuidado aos doentes era executado de forma caritativa por freiras e monjas.

Esse mito gerou a idéia do trabalho da enfermeira como caritativo, solícito e apostolado. A enfermeira deve estar sempre solícita, alegre e ser bondosa. Deve exercer sua atividade de forma generosa e sem grande expectativa de retribuição econômica.

É comum solicitarem o trabalho do enfermeiro em domicílio e, não raramente terem em mente que é gratuito. Quando pagam esse deve ser inferior ao profissional médico, fisioterapeuta, nutricionista...

Tem sido muito difícil o trabalho autônomo do enfermeiro pela falta de valorização econômica de seu trabalho junto à população. É comum a contratação de cuidadores, sem formação, ou de auxiliares de enfermagem como acompanhante por ser a necessidade sentida na sociedade. A figura do enfermeiro ainda não é conhecida o suficiente e portanto não é reconhecida.

### 1.3.2. *Enfermeira- ajudante de médico.*

A maioria das pessoas alheias à profissão tem uma visão reacionária em relação à profissão.

Quando questionadas sobre o que é a enfermagem a resposta mais comum é de que a enfermagem é uma profissão auxiliar do médico, seu braço direito, executora de técnicas. Toda recepcionista de consultório médico ou dentário quando usa uniforme branco é a enfermeira.

Considera-se que esse é um dos mitos mais presentes em nossa comunidade. Horta (1979) lamenta que esse seja alimentado no ensino aos futuros enfermeiros pois não é incomum que consultem o médico para fazer cuidados junto ao paciente.

DuGas (1984) classificou essas atividades como dependentes, isto é, dependem da orientação de outro profissional. Considera-se que essas não devem ser a predominância nas atividades do profissional enfermeiro e sim as atividades específicas.

Segundo Horta (1979) o profissional “portador dessa crença” é logo reconhecido pois a qualquer pergunta responde: “vou falar com seu médico, foi o médico quem mandou, o médico vai resolver...”

### 1.3.3 *Enfermeira- executora de técnicas.*

Esse mito anda quase ao lado do anterior. As escolas que super valorizam para os estudantes a importância da técnica como maior objetivo da enfermagem, estão alimentando esse mito. Horta (1979)

Entretanto, nos últimos anos a experiência tem mostrado o enfermeiro lutando contra todas as atividades técnicas e voltando-se para outro extremo, atividades burocráticas.

Como já foi citado, o fato de o trabalho manual não ser reconhecido como intelectual e de valor, as enfermeiras começaram a delegar aos auxiliares de enfermagem as técnicas.

Hoje, de uma maneira geral só executam as técnicas que consideram mais elaboradas e que exigem maior habilidade ou complexidade, consideradas importantes. Fato que não justificou, salvo melhor juízo, maior presença do enfermeiro no cuidado direto do paciente sob sua responsabilidade.

#### 1.3.4. *Enfermeira cuida de doente.*

A etimologia da palavra enfermagem (infirmus=não firmes) provavelmente deu origem ao mito “a enfermagem trata dos não firmes” (velhos, crianças e doentes).

No Brasil, a enfermagem iniciou com ênfase na saúde comunitária, após a década de trinta voltou-se para a área hospitalar e direcionou sua atenção ao cuidado curativo. Os currículos ainda enfatizam a assistência curativa.

A partir de mil novecentos e noventa e seis inicia um novo currículo mínimo para formação de enfermeiros no Brasil, com maior ênfase em saúde comunitária e administração da assistência de enfermagem, embora ainda privilegie a administração na distribuição da carga horária.

A prática desse mito, segundo Horta (1979), poderia ser um dos responsável por muitas reinternações de pacientes pois a atenção do enfermeiro está voltado para a doença, não para o indivíduo e o preparo de alta com orientações para o autocuidado.

### 1.3.5. *Enfermeira- administradora*

O mito teve seu apogeu na década de setenta na tentativa de não ser executora de técnicas a enfermeira se voltou para atividades administrativas e dentre estas as essencialmente burocráticas. Segundo Horta (1979) os alunos se questionavam porque aprendiam a cuidar de pessoas se depois de formados iriam cuidar de funcionários e preencher formulários.

Pereira (1992) em seu estudo com egressos não identificou aspectos tão extremos mas os enfermeiros declararam que as instituições não ofereciam condições para fazerem o que haviam aprendido e sentiam *uma lacuna entre o ensino e a prática de enfermagem*.

Waldow (1995) registra que o cuidado direto, junto com o cliente é realizado de forma não desejável pois as atividades gerenciais de unidade e recursos humanos prevalecem sobre o cuidado. Questiona os currículos de enfermagem e a ênfase destes. O trabalho da enfermeira se caracteriza pelo cuidado indireto.

Refletindo sobre o discurso dos autores citados entre a década de setenta e noventa, percebe-se que não mudou, ainda hoje é criticada a formação dos enfermeiros voltada para a administração e

não para o cuidado de forma mais enfática. Percebe-se que embora nos percentuais absolutos do currículo mínimo a administração esteja contemplada com trinta e cinco por cento (35%), na distribuição da carga horária, essa área fica com maior carga, pois nas demais áreas existem muitas matérias a serem contempladas, em especial na área de fundamentos de Enfermagem.

#### **1.4. Formação do enfermeiro e a experiência profissional.**

A enfermagem enfrenta múltiplos problemas alguns decorrentes do sistema sócio econômico onde está inserida. Assim em relação à formação e desenvolvimento do profissional enfermeiro também é diversificada de um país para outro, mesmo em diferentes regiões como num país heterogêneo como o Brasil. Mas o objetivo central da formação é único - *assistir o ser humano de forma integral*. (Benito, 1994)

A visão que uma escola tem do homem e do mundo determina a posição predominantemente humana ou tecnicista em diferentes graus. Se o homem for o centro de atenção o embasamento da formação está nas ciências humanas.

Desde 1949 o currículo mínimo da enfermagem teve a inclusão da disciplina de Psicologia. Segundo Manzolli (1985) embora este aspecto do currículo tenha sido um avanço, não é sinônimo que as escolas tenham posição humanística. A Psicologia era desenvolvida de forma diversificada: psicologia social, psicologia do desenvolvimento ou psicologia geral.

A resolução número quatro de mil novecentos e setenta e dois ( 04/1972) fixou o currículo mínimo para os cursos de Enfermagem

e Obsterícia constituído de um período pré-profissional, um tronco profissional e habilitações. O curso previsto com duração mínima de duas mil e quinhentas horas (2500 h) integralizáveis em três anos e no máximo em cinco anos (Resolução 04 do Diário Oficial de 25 de fevereiro de 1972).

A proposta de currículo mínimo é voltada para a área curativa sendo que a área de saúde pública foi prevista o nível de Introdução à saúde Pública. Este currículo serviu de orientação para as escolas de enfermagem elaborarem seus currículos plenos de acordo com o referencial de cada uma.

Esse vigorou até dezembro de 1995, a partir de janeiro de 1996 iniciou o novo currículo mínimo com previsão de três mil e quinhentas horas (3500 h) integralizáveis em no mínimo quatro anos e no máximo seis anos incluindo dois semestres de estágio curricular, para o qual as Escolas de Enfermagem deverão se adaptar.

O novo currículo determina que:

- 25% da carga horária seja desenvolvida com Fundamentos de Enfermagem;

- 25% da carga horária com disciplinas de ciências biológicas e humanas;
- 35% da carga horária com Assistência de Enfermagem (incluindo Saúde Comunitária);
- 15% da carga horária com Administração em Enfermagem.

Neste currículo a matéria de Saúde Comunitária está sendo resgatada como forma de incentivar a formação de enfermeiros para trabalhar também na comunidade e não só para a área hospitalar. Outro aspecto importante é o acréscimo no percentual da área administrativa.

Todo enfermeiro formado no Brasil nos últimos vinte anos recebeu orientação baseada no currículo mínimo segundo Resolução 04/72, com ênfase na área curativa e portanto, preparados para exercerem suas atividades na área hospitalar.

Souza e Santos (1989, p.1) registram que os alunos no curso de graduação “se dizem insatisfeitos com a qualidade do ensino que lhes foi ministrado, onde a criatividade, o espírito crítico e a reflexão não foram suficientemente estimulados e desenvolvidos”.

Os professores frustrados porque muitas vezes verificam que o produto de seu trabalho não corresponde às expectativas planejadas.

Segunda Souza e Santos (1989) a formação do enfermeiro conta muitas vezes com competente prática profissional mas sem preparo para o ensino ou o inverso, um distanciamento entre o professor e a prática impedindo que o aluno visualize o que lhe foi ensinado sendo executado na prática. Com freqüência o aluno vê em estágio outra pessoa fazendo na prática o que aprendeu de forma diferente na teoria.

“No decorrer de sua formação profissional o aluno tem que se adequar às diferentes exigências dos professores de cada disciplina, pois cada um adota abordagens divergentes, em função de suas “crenças” ou tradições sobre o que é melhor para o aluno e este, por sua vez, parece sentir-se inseguro com a divergência entre suas expectativas e as do professor, no início de cada disciplina. “Essa situação parece demonstrar a inexistência de uma filosofia nas Escolas de enfermagem, que poderia direcionar o ensino de várias disciplinas, de forma integrada e convergente para a formação de um profissional competente e seguro quanto ao seu papel frente à comunidade”. (Souza e Santos 1989, p.3)

Os autores consideram importante na formação do enfermeiro a ênfase no ensino das necessidades humanas básicas e o processo de

enfermagem como forma de sistematização do trabalho da enfermeira.

Wanda Horta foi a primeira enfermeira brasileira a propor, na década de setenta, uma metodologia para a assistência de enfermagem baseada nas necessidades humanas básicas. Esse método denominou-se *processo de enfermagem*.

O processo de enfermagem segundo Horta (1979) compõe-se das seguintes etapas:

- 1- Histórico de enfermagem: dados subjetivos do cliente.
- 2- Exame físico: dados objetivos do cliente.
- 3- Levantamento de problemas do cliente.
- 4- Diagnóstico de enfermagem: definição do grau de dependência da enfermagem por problema ou grupo de problemas.
- 5- Plano assistencial ou operacional: definição da assistência a ser prestada a cada cliente, ou grupo se for o caso.

Observa-se que o processo é uma seqüência de atividades que culminaram no planejamento efetivo.

Segundo Kucgart (1991) o plano assistencial ou operacional é a caracterização de uma atividade sistematizada. De fato, essa atividade é a individualização do cuidado.

O plano assistencial é o orientador para as prescrições do enfermeiro e a orientação para o autocuidado do cliente.

A evolução é o registro diário da resposta do cliente à implementação do plano e de novas situações, identificadas na visita do cliente a serem planejadas pela enfermeira.

Durante anos, o método proposto por Horta foi um referencial teórico utilizado para formação dos enfermeiros.

Hoje existem novas propostas, mas todas se direcionam à prescrição de enfermagem, atividade específica do enfermeiro conforme artigo oitavo alínea “f” do Decreto Lei número 94406 do Exercício Profissional de Enfermagem do Brasil.

A prescrição de enfermagem e evolução são registros formais da atividade da enfermeira, como afirma Lopes (1995) é a forma de legitimar o trabalho da enfermeira. Dada sua importância, foi contemplada no Decreto-lei (07/87) do exercício de enfermagem no Brasil.

As Escolas de Enfermagem ensinam aos alunos o registro de enfermagem como atividade específica, que deve ser exercida pela enfermeira e valorizada como forma de sedimentar a produtividade desse profissional na equipe de saúde, além de propiciar

aproximação da enfermeira ao paciente, pois é impossível prescrever e elaborar uma evolução sem a supervisão e avaliação do cuidado prestado.

### **1.5. Funções da enfermeira e a legislação para exercício profissional no Brasil.**

Considerando-se que os objetivos do estudo são de identificar, classificar e refletir sobre as atividades que os enfermeiros realizam ou pensam que devem fazer quando executam seu trabalho em unidades de clínica e/ou cirurgia em hospitais de Porto Alegre, parece ser relevante uma análise do discurso dos autores sobre o que consideram sobre as atividades do enfermeiro e o que a legislação rege sobre o tema.

Muitos estudos como de Du Gas (1984) e Horta (1979) foram realizados sobre as funções, isto é, o papel e a posição que a enfermeira deve desempenhar no exercício de suas atividades.

Horta (1979, p.30) alerta que *“a enfermagem é prestada ao Ser Humano e não à sua doença ou desequilíbrio”*. Nessa citação a

autora tenta resgatar o paciente como objeto de trabalho do enfermeiro e não a sua doença. O enfermeiro deve atender os problemas de saúde do cliente como um todo e não ao coração, fígado ou reumatismo e diabete.

Frente a diversificação do trabalho do enfermeiro a autora classificou suas atividades em três áreas de ação de acordo com a sua relação de trabalho:

- a) **área específica:** assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado;
- b) **área de interdependência** ou de colaboração: são as atividades que o enfermeiro faz em conjunto com outros profissionais para manter, promover e recuperar a saúde do indivíduo;
- c) **área social:** são as atividades que o enfermeiro exerce como profissional a serviço da sociedade, ou sejam: funções de pesquisa, ensino, administração, participação em associações de classe e responsabilidades legais.

Já DuGas (1984) classificou as atividades do enfermeiro em três categorias de funções:

- a) **dependentes**: caracterizam-se pelas atividades que o enfermeiro desenvolve na dependência de outro profissional (médico, nutricionista, fisioterapeuta...).
- b) **interdependentes**: atividades que o enfermeiro desenvolve em conjunto com outros profissionais de saúde, as quais caracterizam o trabalho em equipe multidisciplinar.
- c) **específicas**: caracterizam as atividades que só o enfermeiro pode executar, não podendo ser delegadas ao técnico ou ao auxiliar de enfermagem.

As atividades específicas enunciadas por Horta (1979) dizem respeito ao campo ou área assistencial junto ao ser humano. Para DuGas (1984) as atividades específicas são aquelas atividades indelegáveis do enfermeiro, que só ele pode exercê-las.

Por **assistir** entende-se **fazer por ou auxiliar** o indivíduo, família ou comunidade no atendimento de suas necessidades básicas.

O enfermeiro, como os demais profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, atende o indivíduo em suas necessidades básicas afetadas.

Refletindo sobre o que a enfermagem e o enfermeiro fazem que o diferencie dos demais profissionais chega-se a conclusão que o

enfermeiro é o único profissional que *supre as necessidades do indivíduo enquanto esse não tem autonomia para atendê-las*. Cita-se o exemplo do indivíduo que está com o osso de uma perna quebrado. O médico ao fixar o osso está assistindo o cliente nas necessidades básicas de locomoção, sensibilidade dolorosa e necessidade terapêutica; a nutricionista atende a necessidade de nutrição, eliminação e hidratação prescrevendo o alimento adequado; o fisioterapeuta inicia com exercícios para recuperar a locomoção, enfim cada profissional trabalha na sua área de especialização mas nenhum supre as necessidades como um todo enquanto ele não pode caminhar. É o enfermeiro que planeja e prescreve os cuidados necessários para suprir a locomoção do mesmo enquanto esse não pode fazê-lo. Para isso a equipe de enfermagem, orientada pelo enfermeiro, precisa levá-lo ao sanitário, auxiliar na higiene corporal, auxiliar na alimentação e hidratação. O médico trata o osso mas não leva o cliente a nenhum local enquanto não caminha, a nutricionista manda a dieta mas não auxilia na alimentação...

Entende-se que de certa forma essa seria a Natureza da Enfermagem - *fazer por* que Oliveira (1985) denominou "*profissão de ajuda ao cliente*".

Verdere (1987, p.160) estudou as funções do enfermeiro em hospitais e verificou que esse assume “o papel de coordenador, responsabilizando-se pelas tarefas de organização e distribuição do trabalho”. As atividades diretamente ligadas ao paciente não estão incorporadas em suas atividades diárias, são delegadas ao pessoal auxiliar, em todos os níveis de complexidade.

Druker (198-) salienta a importância de clareza na definição das atividades de cada indivíduo em relação à função e estrutura organizacional.

Entende-se por *função* o cargo , papel ou posição o qual pode ser legislativo, jurídico ou administrativo (ou executivo). *Atividades* são as ações que o indivíduo realiza no exercício de suas funções. O enfermeiro tem funções de ordem administrativas quando executa as atividades de supervisão e coordenação da equipe de enfermagem.

Mendes (1985) identificou que cerca de dois terços do tempo de trabalho o enfermeiro utiliza em atividades fora de sua área. Verificou que o desvio de função do enfermeiro ocorre principalmente por imposição da instituição ou por falta ou omissão de setores; o enfermeiro assume atividades que visam o bem estar do paciente, mas não relacionadas com suas atividades.

Erdmann (1987) analisa o comportamento do enfermeiro como possível resultado de persuasão ou política ideológica ao longo dos anos. Segundo a autora a prática tem demonstrado que o enfermeiro faz atividades inexplícitas e freqüentemente expressa que deve continuar fazendo pelo bem do cliente. Com freqüência, observa-se que existe convicção de alguns enfermeiros em continuar realizando tais atividades e não faz esforço para que outro setor as realize.

As autoras concordam que o enfermeiro esteja realizando atividades não específicas, com o agravante estudado por Erdmann (1987) de que os profissionais sedimentaram a idéia que devem continuar exercendo tais atividades.

Na prática percebe-se a dificuldade do enfermeiro em “largar” atividades que freqüentemente se queixa que não são dele. Hoje, nos hospitais de maior porte estão inserindo a figura dos gerentes de unidades, mas os enfermeiros tem dificuldade em assimilar as atividades realizadas pelos gerentes, que anteriormente eram realizadas por eles. Será necessário um processo de adaptação, pois o enfermeiro deve preencher com a assistência o espaço que utilizava para atividades mais burocráticas.

O estudo realizado por Lupkin (1992) identificou que o enfermeiro tem mais satisfação desenvolvendo atividades de enfermagem que outras não específicas, isto é, segundo a classificação de Horta (1979) ele prefere Assistir o Ser Humano.

Pereira (1992) em seu estudo com egressos da UFRGS registrou que o enfermeiro queixa-se de não poder fazer as atividades para que foi preparado na escola e citam o processo de enfermagem em suas etapas, o registro, avaliação de funcionários e cuidados junto aos pacientes. A autora descreve que os egressos tem medo de se tornarem “acomodados” como vêm nos enfermeiros com mais tempo de formação.

Com o decreto-lei número 94406/ 87, do exercício profissional da enfermagem no Brasil, o problema da diversidade e pluralismo da enfermagem não fica solucionado, mas pelo menos ficam claros dois aspectos importantes: composição da equipe de enfermagem e as atividades de cada membro que a compõe.

Em seu artigo oitavo a lei define as atividades que cabem privativamente ao enfermeiro; nos artigos décimo e décimo primeiro o que cabe ao técnico e auxiliar de enfermagem respectivamente.  
(ver anexo I)

Entre as atividades privadas do enfermeiro temos:

item a: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública ou privada e, chefia do serviço e unidade de enfermagem;

item c: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

item d: consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

item f: prescrição da assistência de enfermagem;

item g: cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

item h: participação na elaboração, execução e avaliação de planos assistenciais de saúde;

Como se percebe a lei é clara sobre as atividades privativas do enfermeiro em relação à prescrição de enfermagem e assistência direta a clientes graves, bem como o enfermeiro como responsável pela coordenação da equipe de enfermagem.

Verderese (1987) mostrou estudos feitos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) os quais demonstram que 70,4% da força de trabalho de enfermagem está nos hospitais

públicos, os quais representam 12,3% dos hospitais existentes no Brasil e 19,6% dos leitos disponíveis. Cita ainda que o número de enfermeiros existentes nos hospitais públicos está em torno do dobro em relação aos particulares.

Refletindo sobre os dados tem-se a sensação de que os enfermeiros de hospitais públicos teriam melhores condições de trabalho em relação ao quantitativo de profissionais para atender os clientes que ocupam apenas 19,6 % dos leitos disponíveis.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) informa que até julho de 1995 tem inscritos no Estado 5446 enfermeiros, 2606 técnicos de enfermagem e 21 658 auxiliares de enfermagem. (Vanzin e Nery, 1996, p.24)

Os números levantados pelo Conselho de Enfermagem do Rio Grande do Sul caracterizam a força de trabalho disponível no Estado para a atender a clientela nos diversos setores de atuação da enfermagem: hospitais, creches, postos de saúde, forças armadas, escolas, enfermagem ocupacional....

## **1.6. Dimensionamento de pessoal**

O dimensionamento do pessoal de enfermagem está intimamente ligado ao objetivo proposto pelo estudo no que tange às variáveis que possam afetar as atividades dos enfermeiros.

Um dos questionamentos da autora é de que frente a um módulo que contemple um grande número de pacientes para os técnicos e auxiliares, o enfermeiro precisará auxiliar seu pessoal em atividades diretas não específicas, deixando de realizar as atividades específicas (AE).

O cálculo de pessoal de enfermagem é uma atividade difícil de realizar, pois não existem ainda parâmetros, que não os norte americanos sobre o tempo gasto pela enfermagem para atender os clientes de cada especialidade. Sabe-se que a realidade norte americana é diferente da brasileira em capacitação de recursos humanos, recursos materiais e ambientais.

Krowczuk (1980) argumenta que pelas características do serviço de enfermagem, inserido no contexto hospitalar, alto

percentual de recursos humanos, continuidade do trabalho por um período de vinte e quatro horas do dia durante trezentos e sessenta e cinco dias do ano e, a busca da qualidade do produto de trabalho, faz-se necessário contar com pessoal profissional em todos os níveis bem selecionados de forma qualitativa e quantitativa.

Segundo a autora o dimensionamento de pessoal para o serviço de enfermagem é: “toda força humana em termos de enfermagem que movimenta um hospital”.

Tem como objetivos:

- seleção quantitativa e qualitativa do pessoal necessário;
- definir funções de cada categoria funcional;
- proporcionar condições de trabalho;
- manter boas relações interpessoais na equipe de enfermagem.

A quantidade de funcionários está relacionada ao tipo de instituição (hospitalar ou comunitária), tipo de especialidade, tipo de assistência a ser prestada e jornada semanal de trabalho da enfermagem.

Os fatores que influenciam no cálculo de pessoal de enfermagem são: o percentual de ocupação leito por dia; se a unidade

é especializada ou não, existência de serviço de apoio e planta física (monobloco, pavilhão...) e horas de enfermagem por paciente.

O cálculo é feito pela equação abaixo. O resultado final deve ser distribuído entre os três turnos manhã, tarde e noite.

$$\frac{Po \times H.Enf.P \times 7}{J.S.T} = \dots\dots + 20\%$$

Po = percentual de ocupação de leito

H.Enf.P= média de horas de enfermagem em 24 h/ paciente

Sete= sete dias da semana

J.S.T= Jornada Semanal de Trabalho

20%= percentual sobre o total para cobrir férias, folgas e licenças.

Alcala (1982) relata que utilizamos a escala Americana como base de cálculo, devido a inexistência de parâmetros oficiais brasileiros. O grupo de estudo da Secretaria de Higiene e Saúde de São Paulo, propôs a mesma equação, exceto pela substituição do

percentual de 20% para 30%, considerando que na realidade local o percentual é de 24% acrescido da predominância dos elementos do sexo feminino, o que determina ausência por motivo de licença gestação.

*Para as unidades de clínica e cirurgia geral a Escala Americana preconiza 3,2 horas de enfermagem para cada 24 horas* (Krowczuk, 1980). Considera-se a jornada semanal de trabalho o total de 36 horas. A aplicação da equação para o estudo corrente é:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de leitos/enfermeiro} \times 3,2 \times 7 = \dots + 20\%}{36\text{h}}$$

36h

## CAPÍTULO I I

O capítulo II apresenta os objetivos do estudo, referencial teórico e a definição dos termos utilizados pela autora.

Os objetivos nortearam a seqüência do estudo. Primeiro foram identificadas as atividades que os enfermeiros da amostra *fazem* e que *devem fazer*, a seguir a classificação dessas, a relação entre os resultados e reflexões sobre as atividades identificadas numa ótica contingencial.

A inquietação da autora era de identificar as atividades que os enfermeiros vem desenvolvendo em seu ambiente de trabalho, nesse caso, o hospital e as variáveis que interferem na execução dessas atividades.

Após revisão da literatura sobre o tema, a abordagem contingencial pareceu a mais adequada para reflexões sobre os resultados. Considerou-se a diversificação do ambiente hospitalar e as situações inesperadas ou contingenciais com as quais os enfermeiros precisam interagir durante a jornada de trabalho.

Na definição de termos foram apresentados os termos utilizados pela autora no decorrer do estudo.

## 2.1 Objetivo Geral

- **Identificar as atividades** que os enfermeiros do estudo fazem e o que julgam devem fazer em sua prática de trabalho nas unidades de clínica e/ou cirurgia nos hospitais de Porto Alegre.

- **Classificar** as atividades identificadas em três grupos: atividades diretas (AD), atividades diretas específicas (ADE) e atividades indiretas (AI).

- **Verificar se existe relação significativa** entre as atividades que os enfermeiros da amostra *fazem e as que devem fazer*.

- **Verificar se existe relação** entre as variáveis: tipo de hospital, tempo e local de formação e, módulo paciente por funcionário com as atividades que os enfermeiros fazem e que devem fazer.

- **Refletir** sobre as atividades que os enfermeiros da amostra fazem e/ou devem fazer utilizando a abordagem contingencial como referencial.

## **2.2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Abordagem Contingencial**

As Teorias Gerais da Administração surgiram em acompanhamento a evolução empresarial e social de cada época. Cada uma evoluiu para atender necessidades das organizações num dado momento. As teorias não são isoladas entre si, de um modo geral a primeira serviu de base para a seguinte, embora cada uma tenha ênfase em algum conceito: homem, tarefa, organização ou ambiente.

A abordagem contingencial enfatiza as relações entre a organização e o ambiente como um sistema aberto que exigem cuidadosa administração para atender as necessidades internas e possibilitar adaptação as circunstâncias ambientais (externas). Em especial às incertezas geradas pelas relações e, como o homem interage com a organização e com o ambiente.

O ponto principal da abordagem contingencial segundo Stoner (1982) está no fato de não universalizar princípios. Os métodos eficientes numa situação não o são necessariamente em outra. *“Não existe uma só maneira de administrar, a forma adequada depende da tarefa a ser realizada e/ou do ambiente dentro do qual se está trabalhando.”*

Morgan (1995) comenta os estudos realizados pelos psicólogos Lawrence e Lorsh na Inglaterra. Os pesquisadores testaram a idéia de que para diferentes condições no mercado e tecnologia são necessários diferentes tipos de organização. As organizações operam em ambiente incerto e turbulento e para tanto necessitam atingir alto grau de diferenciação interna. Os autores do estudo provaram a idéia e descobriram ainda que os modelos convencionais, regidos por hierarquias e regras inflexíveis, funcionam bem em ambientes estáveis, isto é, quanto mais incertezas no ambiente, maior deve ser a flexibilidade da administração.

Cada vez mais as organizações se deparam com as turbulências do ambiente onde estão inseridas. Ficou claro, há algum tempo, que as empresas conseguiam competir no mercado de forma

mais eficiente, se estivessem voltadas para o ambiente externo. A observação e análise contínua do ambiente geram informações que auxiliam na definição de políticas para a organização.

Os psicólogos Lawrence e Lorsh (1973) colocam que as organizações desempenham papel importante na sociedade (ambiente) que estão inseridas. Cada indivíduo *desempenha seu papel na empresa, e essa contribuição varia de forma* significativa não só pelas diferenças individuais como pelas características da atividade que desenvolve. Pelas experiências vivenciadas na organização o indivíduo altera seu comportamento na sociedade onde vive.

Percebe-se que as pessoas, por suas características individuais, no conjunto podem caracterizar a cultura de uma organização. Por outro lado, essas pessoas interagindo entre si durante a jornada de trabalho, podem modificar sua forma de pensar e agir influenciando no ambiente social onde moram.

Esses aspectos possibilitam vislumbrar a variedade de organizações com características diferentes, onde atuam indivíduos diferentes que reagem de forma diferente.

Barnard (1979) registra que a variedade e complexidade das organizações se dá em razão de que a eficiência dessas está relacionada à satisfação das *necessidades sentidas pelos homens* que nelas desempenham suas funções. Os indivíduos através de suas relações de trabalho encontram uma maneira para atender as necessidades que sozinhos não conseguiriam ou dispenderiam mais esforço para satisfazê-las.

Quanto maior forem as organizações mais diversificadas serão as relações interpessoais, pelo contingente de funcionários que utiliza, isto é, quanto mais complexas e **incertas** forem as interações, mais heterogêneos serão os grupos.

Uma forma de gerenciar a diversidade dos grupos é pela definição de políticas e normas que direcionem o pessoal, esta é uma alternativa de controlar o comportamento organizacional.

Etzioni (1967) classifica as organizações de **acordo com o controle que exercem** sobre os indivíduos, isto é, a forma como se consegue que o pessoal desenvolva suas atividades.

- O controle *físico* caracteriza uma organização *coercitiva*, onde o controle é baseado na força, ameaça física e coação;

- O controle material caracteriza a organização *utilitária*, o controle se sustenta baseado na recompensa material;
- O controle *simbólico* caracteriza organização *normativa*, o controle está baseado na ética, amor, normas e valores.

Etzioni (1967) enfoca o papel dos conflitos na organização como consequência do controle sobre os indivíduos. A forma de controle atua como estímulo para que a organização receba a contribuição do funcionário sob a forma de trabalho. Um cliente paga a taxa e recebe a prestação de serviço como estímulo. O autor acredita que deve existir equilíbrio entre as necessidades da organização e as de seus colaboradores.

A partir da teoria estruturalista começa a ocorrer preocupação em relação ao ambiente externo da organização, com o mercado de trabalho. Até esse período a preocupação era com o ambiente interno da organização e suas relações.

Motta (1987) fazendo análise sobre a teoria geral da administração registra que para garantir sua sobrevivência a organização precisa entender suas relações de troca sobre o que retira e o que fornece para o ambiente e, como seu produto é transformado em recursos para a organização.

Burns, citado por Toffler (1972) e Motta (1987) esclarecem que referenciais como o de sistemas hierárquicos e orgânicos utilizados pela teoria do Desenvolvimento Organizacional foram inspiradores para a abordagem contingencial.

No sistema hierárquico o indivíduo tem uma clara hierarquia de controle e sua tarefa precisamente definida.

O sistema orgânico preve ajustes e redefinições de tarefas. Valoriza a contribuição do conhecimento especializado com interações e comunicações em qualquer nível de acordo com as necessidades do processo. Nesse modelo existe envolvimento e compromisso com os objetivos da organização como um todo.

Argyris (1975) concluiu que a organização pelas características que detém pode ser comparada a um organismo vivo. É um conjunto de partes diferentes, as quais formam um sistema de controle e regulação para busca do equilíbrio, sofrem um processo de adaptação ao meio onde estão inseridas e cada uma de suas partes mantém relações entre si, caracterizando-se como sistema aberto.

Ao considerar a empresa um sistema aberto para o ambiente pode-se inferir que esta sofre com as mudanças. Para

Ao considerar a empresa um sistema aberto para o ambiente pode-se inferir que esta sofre com as mudanças. Para Weick (1973, p.28) a empresa eficaz “é aquela que se adapta às mudanças do meio e atinge seus objetivos.

Para Katz e Kahn (1970) os sistemas abertos apresentam outras características quais sejam:

- a) recebem insumos do meio ambiente externo recursos (humanos, materiais e administrativos) e informações; são um fluxo de entrada;
- b) transformam os insumos pelo processamento que ocorre nos subsistemas da organização. Cada subsistema processa um tipo de insumo (especializado);
- c) exportam os insumos devidamente processados e transformados em resultados;
- d) retroalimentação, retroação ou “feedback”: é a reavaliação do processo a partir da informação que chega ao fluxo de entrada. A organização recebe informação de como o ambiente recebeu o produto lançado em seu meio;
- e) estabilidade: quando o sistema sofre uma perturbação busca o equilíbrio, busca a estabilidade;

f) adaptabilidade: as mudanças que afetam o sistema levam a um processo de adaptação e os subsistemas se renovam, multiplicam e crescem, dessa forma modificam sua estrutura para se adaptar a mudança;

g) entropia: o sistema utiliza energia de reserva para garantir para garantir sobrevivência, quando ocorre a perda de energia devido a desorganização e desintegração do mesmo;

h) diferenciação: é a tendência dos sistemas abertos para busca de estrutura; caracteriza-se por funções especializadas, hierarquizadas e diferenciadas;

i) eqüifinalidade: variedade de meios e caminhos a partir de diferentes condições. Sempre existe mais uma forma para atingir os resultados.

j) limites: o sistema aberto se limita no ponto de intercâmbio com o ambiente; quanto mais aberto o sistema, maior a zona de interfaces para as trocas.

Essas características variam enormemente gerando um alto grau de complexidade e diversidade na organização.

Morgan (1995, p.74) analisa a metáfora orgânica da organização em seus pontos fortes:

- 1) a evidência da organização como *sistema aberto e flexível* numa imagem de organismo em constante troca com o ambiente;
- 2) melhora da administração nas organizações pela atenção sistemática das necessidades a serem satisfeitas para *sobrevivência* das mesmas;
- 3) pela identificação de diferentes organizações fica o alerta de que as organizações sempre dispõem de um conjunto de opções, *sempre existe um caminho a escolher* frente ao contingente de situações ambientais e a “eficácia depende da escolha das alternativas a seguir;”
- 4) maior possibilidade de inovação pela flexibilidade e dinamismo da organização.

Entre os pontos fracos da metáfora “organização como organismo”o autor considera:

- 1) o ambiente do organismo é mais concreto e objetivo enquanto o da organização, embora com aspectos materiais (terreno, prédio, máquinas e dinheiro), tem sua maior fonte de sobrevivência “nas

ações criativas dos seres humanos”. Este é um fator considerado pelo autor de difícil adaptação entre a organização e o ambiente;

2) os organismos vivos tem interdependência funcional entre os elementos de seu sistema, isto é, trabalham em conjunto para manter a homeostasia. Nas organizações pode ocorrer unidade entre as pessoas de diferentes setores, mas em caráter de excepcionalidade;

3) o risco da metáfora se transformar numa ideologia, por exemplo, tentar integrar indivíduos na organização como partes do sistema, planejar o trabalho de forma que permita *satisfazer as necessidades dos indivíduos através da organização como recurso a ser desenvolvido*.

Lawrence e Lorsh (1973) analisaram a relação entre a organização e o ambiente e introduziram os conceitos de **diferenciação e integração**.

**A diferenciação carrega consigo os conceitos de multiplicação e especialização.** A organização dividida em subsistemas ou setores, cada um com uma tarefa específica interagindo com o ambiente naquela área que ele oferece a interação para aquisição de insumos. Assim a área de Recursos Humanos tem suas arestas voltadas para escolas que formam mão de

obra, empresas que oferecem recursos humanos, sindicatos, meios de comunicação e todos os recursos referentes a área. Conforme crescem as relações os setores desse subsistema se tornam complexos e aumentam suas relações com o ambiente, e se diferenciam do restante da organização, esse fato é reforçado pelas pressões exercidas pelo meio ambiente de cada subsistema. Partindo do princípio que esse processo ocorre com todos os subsistemas da organização começam a surgir pequenas organizações na organização daí faz necessário diminuir a diferenciação entre os subsistemas.

Para alcançar harmonia de esforços e manter a unidade da organização é necessário que ocorra o processo de **integração**. A integração é conseguida por meio de definição de políticas, de normas e estabelecimento de estratégias capazes de compatibilizar os recursos, a tecnologia e interpretar as potencialidades e ameaças do ambiente.

Para Lawrence e Lorsh (1973) não existe nada de absoluto na administração de uma organização. Deve existir ajuste entre as relações da organização com o ambiente e a tecnologia. Para os autores a abordagem contingencial tem os seguintes aspectos

os autores a abordagem contingencial tem os seguintes aspectos básicos: é um sistema aberto; as variáveis organizacionais se relacionam entre si e com o ambiente e, as variáveis do ambiente se apresentam como independentes enquanto as da organização como dependentes das variáveis do ambiente.

## **Ambiente**

O ambiente de uma organização é todo o universo que a envolve externamente. Está composto por todas as outras organizações, a sociedade representada por seus grupos, igrejas, escolas... Desse contexto a organização obtém seus recursos humanos, materiais, informações, e é no ambiente que coloca seus resultados (produto).

O ambiente é vivo e dinâmico, por isso está em constante mudanças. Heráclito apud Morgan (1995, p.239) observou “ não se pode pisar duas vezes no mesmo rio, já que as águas continuam constantemente rolando”. Para o autor tudo está em constante transformação, nada permanece igual, compara a um universo pulsante e mutante.

O ambiente é um universo imenso e complexo onde a organização está inserida. As condições e variáveis são tão complexas que impossibilitam o controle e também a compreensão clara do ambiente. A percepção do ambiente difere de uma empresa para outra, cada uma tem sua cultura e portanto tem valores diferentes. Faz-se importante lembrar as colocações de Morgan (1995) sobre a dificuldade em palpar o ambiente da organização por não ser tão concreto quanto o ambiente natural do organismo vivo.

Os limites entre a empresa e seu ambiente são determinados pelo seu grau de diferenciação, isto é, pela intensidade que se relaciona com o ambiente, em relação aos objetivos que deseja atingir.

Vasconcelos (1979) denominou **ambiente geral** ou macroambiente o conjunto de condições e fatores externos que envolvem e influenciam as organizações. Para o autor o macroambiente não é uma entidade concreta que possa ser tocado, marcado e entendido com clareza pela organização.

Para Hall, citado por Chiavenato (1983) o ambiente geral é constituído de um conjunto de condições:

- tecnológicas: o desenvolvimento de tecnologia numa empresa influencia outras, em especial se for inovadora;
- legais: a legislação vigente (comercial, trabalhista, fiscal...) afeta a organização em aspectos positivos ou são percebidos como ameaça;
- políticas: decisões e definições políticas a nível federal, estadual e municipal que influenciam as organizações;
- econômicas: as condições econômicas do país afetam diretamente as empresas;
- demográficas: as taxas de crescimento, distribuição geográfica, distribuição da população por idade, sexo, raça, sexo caracterizam o mercado atual e projeções para o futuro da organizações;
- ecológicas: relação entre a organização e as condições ambientais (clima, transporte, poluição, comunicação);
- culturais: os valores do povo fazem parte da organização na figura de seus funcionários, fornecedores...

As pressões do macroambiente são tão intensas que podem atingir o indivíduo no interior da organização e marcar seu comportamento.

Para Skinner (1953) as conseqüências ambientais são mecanismos controladores do comportamento aprendido. Esse

comportamento pode ser mantido, alterado ou suprimido, de acordo com as conseqüências que acarreta no ambiente.

Para Maslow (1954) as características individuais de cada pessoa a forma como ele percebe e reage frente a estímulos é diferente, por isso, numa mesma organização tem-se respostas diferentes para o mesmo estímulo.

Na abordagem contingencial o **ambiente** impõe desafios externos à organização e a **tecnologia** os internos. Para lidar com esses desafios internos e externos a organização atua em três níveis:

- 1) Estratégico: é o nível que se volta para o ambiente e suas incertezas;
- 2) Gerencial: é o mediador entre o nível estratégico e o operacional. É o mediador pois recebe o impacto das incertezas do ambiente e a lógica do operacional. Como mediador deve ser flexível e capaz de diminuir o impacto do ambiente e tornar o meio operacional compatível com as demandas.
- 3) Operacional ou técnico: está relacionado com a operação de tarefas. Nesse nível estão os equipamentos, instalações. O funcionamento deve assegurar a maximização dos recursos disponíveis.

O ambiente específico da empresa de onde ela retira seus insumos e onde lança seus resultados e sofre concorrências é chamado **ambiente de tarefa**.

O ambiente de tarefa ou operacional é uma continuidade do macroambiente. Utiliza as partes do ambiente geral que são relevantes para a organização atingir seus resultados.

Segundo Dill, citado por Chiavenato (1987, p. 101) o ambiente operacional é constituído de quatro fatores:

- a) consumidores ou usuários (caracteriza o mercado);
- b) fornecedores de recursos;
- c) concorrentes para usuários e recursos;
- d) grupos reguladores: órgãos de classe, sindicatos, governo...

É no ambiente de tarefa que a empresa estabelece seu domínio (pontos de entrada e saída do ambiente). Esse domínio é legitimado quando existe concenso do domínio pelas outras empresas.

Quando o domínio está estabelecido o ambiente tarefa está delimitado. As variações do meio podem manter ou alterar o domínio de uma organização.

Um hospital, por exemplo, pressupõe relacionamento com serviços internos (manutenção, informática, médico, enfermagem,

laboratório...) e com outras organizações para atender necessidades de equipamentos e instrumental cirúrgico, fornecimento de medicações, roupas, material para exames...

**Essa interdependência no ambiente das organizações é um processo relativamente novo nas Teorias da Administração.**

O ambiente é um campo dinâmico em que atuam uma infinidade de forças de diferentes naturezas, dimensões e sentidos. Considerando o dinamismo, quando uma força está atuando num sentido, ela está recebendo a resposta do efeito que causa, também sofrendo modificações.

O ambiente apresenta restrições, coações, contingências, problemas, ameaças e oportunidades.

## **Tecnologia**

A tecnologia é a segunda variável independente que influencia as características da organização.

De alguma forma as organizações usam a tecnologia para desenvolver suas tarefas, a qual pode ser simples ou rudimentar ou sofisticada. Quando a tecnologia está no macroambiente

comportando-se como uma de suas condições, conforme analisado por Hall, ela atua como força externa e pouco controlável pela organização. Como variável da organização é um recurso próprio que reflete sobre todos seus subsistemas.

A tecnologia é um componente próprio da organização (variável empresarial), faz parte de seu sistema interno, algo que se manifesta pelo desenvolvimento através de **conhecimento acumulado e desenvolvido** pelo que conhecemos ser o “know-how” de uma organização e, pela manifestação física desse conhecimento através de equipamentos, máquinas e instalações.

Assim, a tecnologia como variável interna da organização se caracteriza não somente pelas instalações e equipamentos que dispõe mas essencialmente pela **tecnologia intelectual** que dispõe. Os recursos humanos com o conhecimento que dispõem determinam o ambiente de tarefa. A tecnologia empresarial facilita a organização a defrontar-se com as forças que a pressionam do macroambiente.

Thompson (1976,p.32) classifica a tecnologia em três tipos:

1) tecnologia em elos ou seqüência: as tarefas são encadeadas para formar um resultado, por exemplo a linha de montagem;

2) tecnologia mediadora: precisa trabalhar com padrões de procedimentos, uniformidade de critérios para interligar ou mediar clientes e compradores no tempo e espaço.

3) tecnologia intensiva: a organização utiliza-se de vários recursos para atingir o resultado para mudar uma situação ou objeto. Num hospital os vários setores que o compõem são combinados para atender o cliente na recuperação de sua saúde. O objetivo é mudar o estado de doença do cliente para o estado de saúde.

O autor ainda classifica a tecnologia em **flexível** quando o equipamento e o conhecimento podem ser utilizados para outros produtos ou serviços e, **fixa** quando a tecnologia só pode ser utilizada para um determinado produto ou serviço.

Os produtos podem ser concretos (identificados, especificados e avaliados) ou abstratos (não permitem descrição específica ou identificação).

Os produtos concretos com tecnologia fixa tem pouca possibilidade de flexibilidade ou mudanças, enquanto que os produtos abstratos e com tecnologia flexível têm grande adaptabilidade ao ambiente e possibilidade de mudanças e flexibilidade.

Na abordagem contingencial a ênfase está na incerteza do ambiente geral e na tecnologia, como variável interna, sem desconsiderar a tarefa, o homem e a estrutura. A organização pode comportar-se como sistema aberto ou fechado e o homem é um ser complexo que desempenha papéis, tem motivações e conflitos para atuar numa organização que busca eficiência e eficácia nos resultados.

#### **1.4 Definição de termos.**

***Enfermeiro:*** profissional de enfermagem com formação a nível de terceiro grau, responsável pelo planejamento e implementação da assistência de enfermagem ao ser humano (indivíduo, família e comunidade).

***Atividade Direta (AD):*** toda tarefa realizada pelo enfermeiro relacionada com o cuidado direto ao paciente. Foram medidas pelos itens de 01 a 19 e de 32 a 43 do instrumento.

**Atividade Direta Específica (ADE):** toda atividade que, por força da lei do exercício profissional de enfermagem, é executada exclusivamente pelo enfermeiro, não podendo ser realizada por nenhum outro membro da equipe de enfermagem. Foram medidas pelos itens de 32 a 43 de instrumento.

**Atividade Indireta (AI):** toda tarefa realizada pelo enfermeiro que não tem relação direta com o planejamento ou cuidado direto com o paciente. Foram medidas pelos itens de 20 a 31 do instrumento.

**Indivíduo Adulto:** todo ser humano que está na faixa etária a partir dos 18 anos. Para fins do estudo, só será considerada a idade cronológica.

**Atividades que DEVE FAZER:** corresponde ao que o enfermeiro aprendeu ou pensa que deve fazer na prática da enfermagem, em maior ou menor frequência, para as 43 atividades propostas no instrumento para coleta de dados.

Esta parte das respostas serve para verificar até que ponto as atividades que o enfermeiro FAZ com maior ou menor frequência está relacionado com as variáveis do estudo ou representam um comportamento do profissional.

***Atividades que FAZ:*** representam as atividades que o enfermeiro aponta que faz, com maior ou menor frequência, em sua prática diária de enfermagem entre os 43 itens propostos no instrumento da coleta de dados.

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODOS DO ESTUDO**

O capítulo III tem como objetivo caracterizar o estudo, situar o local para a coleta de dados, a população e a amostra bem como o instrumento utilizado e sua validação. O capítulo apresenta o tratamento estatístico ao qual os dados foram submetidos para possibilitar análise dos mesmos.

#### **3.1 Caracterização do estudo.**

Considerando o intuito da autora do estudo de obter maiores esclarecimentos sobre o que o enfermeiro está fazendo nas unidades de internação de clínica e ou cirurgia, e se as variáveis propostas interferem ou não em suas atividades o presente estudo, segundo Selltiz (1967, p.63) se caracteriza como exploratório.

### 3.2 População

O estudo utilizou a população de enfermeiros que atuam em dezesseis (16) hospitais gerais de Porto Alegre nas área de clínica e ou cirurgia nos turnos da manhã ou tarde. A população está constituída *de cento e oitenta e seis (186) enfermeiros* os quais se distribuem em noventa e um (91) no turno da manhã e noventa e cinco (95) no turno da tarde.

Entre os hospitais do estudo, quatro (04) apresentam mais de quinze (15) enfermeiros, os demais tem entre dois a dez enfermeiros nas área de clínica e ou cirurgia .

### 3.3 Amostra

A população está constituída de cento e oitenta e seis enfermeiros. Decidiu-se estudar as atividades de pelo menos um terço (1/3) desses, que correspondem *sessenta e dois enfermeiros*.

Os instrumentos foram entregues as chefias de enfermagem dos hospitais, as quais providenciaram que os enfermeiros preenchessem.

Ao término da coleta de dados retornaram *sessenta e cinco (65) instrumentos preenchidos, os quais compuseram a amostra.*

Para escolha da amostra foram utilizados dois critérios:

- 1) três hospitais com mais de quinze enfermeiros, por representarem 67% da população foram escolhidos intencionalmente para cederem enfermeiros da amostra. Mantendo-se o mesmo percentual fizeram parte da amostra *quarenta e três (43) enfermeiros* que atuam num desses três hospitais.
- 2) os doze (12) hospitais com menos de quinze enfermeiros foram numerados, e desses foram sorteados quatro (04). Como os hospitais, em sua maioria tinham de dois a dez enfermeiros, todos os enfermeiros dos hospitais sorteados fizeram parte da amostra, totalizando *vinte e dois enfermeiros (22).*

Por tanto, somando os quarenta e três enfermeiros dos três hospitais com mais de quinze enfermeiros e os vinte e dois enfermeiros dos quatro hospitais com menos de quinze enfermeiros, **totalizam a amostra de sessenta e cinco enfermeiros.** (ver tab. 1)

**tabela 1- Distribuição dos enfermeiros que compõem a amostra nos sete hospitais.**

<b>nº do hospital</b>	<b>nº de enfermeiros</b>
<b>1</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>04</b>
<b>5</b>	<b>07</b>
<b>6</b>	<b>06</b>
<b>7</b>	<b>05</b>
<b>total</b>	<b>65</b>

**fonte: dados do estudo**

### **3.4 Autorização para coleta de dados.**

A partir do levantamento do número de enfermeiros que atuam nos hospitais gerais de Porto alegre foram contatadas todas as chefias de enfermagem dos dezesseis hospitais. Isto possibilitou-nos conhecer a população de enfermeiros que atuam nos hospitais em

unidades de clínica e ou cirurgia e ao mesmo tempo conhecer-se as exigências para realizar a pesquisa.

A exceção de um hospital, os demais foram autorizados pelas chefias de enfermagem, sem documentação escrita, o compromisso assumido entre autora do estudo e chefia de serviço foi moral de não revelar a identidade dos hospitais.

O hospital que exigiu documentação recebeu ofício com solicitação para estudo piloto, coleta de dados e cópia do projeto do estudo para análise. Após vinte dias as solicitações foram atendidas em ofício do coordenador da comissão de pesquisa.

Os hospitais solicitaram que após aprovação do estudo fosse fornecida cópia do mesmo para conhecimento dos resultados. As chefias de serviço demonstraram interesse pelo tema escolhido, considerando-o relevante para a profissão.

### 3.5 Instrumento

O instrumento para coleta de dados é constituído de três (03) partes:

Primeira parte: **dados de identificação** onde são contemplados os itens correspondentes às variáveis estudadas.

A primeira questão se refere ao local de formação do enfermeiro respondente. Neste item tentamos identificar se havia predominância de um local de formação entre os enfermeiros da amostra e se essa variável poderia estar influenciando no que o enfermeiro faz.

A segunda questão serviu para identificar outra variável que se refere ao tempo de formação do respondente. O estudo tem como um de seus objetivos verificar se os enfermeiros formados a mais ou menos tempo concentram suas atividades numa das categorias propostas AD (atividade direta), ADE (atividade direta específica) ou AI (atividade indireta).

A terceira questão retrata o tipo de hospital em que os enfermeiros da amostra atuam: se público ou privado, escola ou não escola. Essa variável foi testada para verificar se o enfermeiro

trabalhando num determinado tipo de hospital concentra suas atividades junto ao cliente ou não.

A quarta e quinta questões fornecem dados para medir módulo de pacientes por funcionário, considerando o número de pacientes sob responsabilidade do enfermeiro dividido pelo número de funcionários para atender os pacientes sob sua responsabilidade. (ver anexo II)

Segunda parte: **atividades que o enfermeiro faz.**

A segunda parte do instrumento oferece um elenco de quarenta e três (43) atividades na coluna da direita e ao lado, três (03) colunas onde os enfermeiros da amostra marcam com um X a frequência que **fazem** as atividades da seguinte forma:

- 3- **SEMPRE OU QUASE SEMPRE** se o enfermeiro executa as atividade sempre ou pelo menos cinco dias da semana;
- 2- **FREQÜENTEMENTE** se o enfermeiro executa a atividade freqüentemente, isto é, de dois a quatro dias da semana;
- 1- **NUNCA OU QUASE NUNCA** se o enfermeiro executa a atividade uma vez por semana ou nunca realiza.

Quarenta e três (43) atividades compõem o elenco do instrumento, as quais estão distribuídas em três categorias:

a) as atividades de número 01 a 19 e de 32 a 43 caracterizam o que denominamos atividades diretas (AD). A autora do estudo se instrumentalizou em sua experiência profissional para compor o elenco dessas atividades;

b) as atividades de número 20 a 31 caracterizam as atividades indiretas (AI). Essas foram compiladas a partir da experiência profissional da autora e de registros dos enfermeiros em estudos que focalizam as atividades não relacionadas com assistência junto aos pacientes.

c) as atividades de número 32 a 43 caracterizam aquelas denominadas atividades diretas específicas (ADE). Estas, caracterizam as partes do processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é uma das atividades específicas do enfermeiro, de acordo com o artigo oitavo, alínea “f” e “c” do Decreto-lei nº 94406 do exercício da enfermagem no Brasil, que tratam da prescrição e planejamento da assistência de enfermagem. De acordo com as etapas do processo de enfermagem propostas por Horta (1979) para chegar a prescrição é necessário

executar o histórico, exame físico, levantamento de problemas, planejamento e então a prescrição de cuidados.

Outras atividades diretas específicas são decorrentes das anteriores, por exemplo, orientação de alta, é decorrente de plano assistencial, bem como orientação para exames diagnósticos. (ver anexo III)

c) Terceira parte: **atividades que o enfermeiro responde que deve fazer.**

A terceira parte do instrumento tem as mesmas quarenta e três atividades da segunda parte sobre o que o enfermeiro faz e a forma de responder é a mesma. A diferença está *na proposta de responder o que, na sua opinião, deve fazer* em vez de responder o que faz

*A relação entre o que o enfermeiro faz e o que deve fazer para a mesma atividade possibilita verificar se: os enfermeiros da amostra desenvolvem suas atividades, influenciados por alguma variável proposta e em sua opinião devem fazer outras, ou, reforçam que devem fazer o que já fazem.* (ver anexo IV)

### 3.6 Validação do instrumento.

Antes de aplicar o instrumento na amostra, *foi realizado um estudo piloto* com dez enfermeiros (10), que não fariam parte da mesma. Após a coleta de dados foi analisado e validado o instrumento o qual apresentou *escore de 0,96 (o máximo é 1,0) para os itens FAZ e o escore 0,7 para os itens DEVE FAZER*. O escore foi baixo, para *os itens deve fazer*, mas considerando que as atividades de número 32 a 43 tratam de atividades que o enfermeiro DEVE SABER, porque estão relacionadas com o Decreto-lei que regulamenta o exercício da profissão, previa-se que todos os enfermeiros conhecessem as atividades específicas, logo *esperava-se que todos respondessem que devem fazer sempre*.

Estatisticamente estaria invalidado se o objetivo fosse verificar, se o enfermeiro conhece suas atividades, o que não é o caso. O escore obtido para DEVE FAZER reforça a validade do

### **3.7. Coleta de dados.**

Após a determinação da amostra e validação do instrumento foram contatadas as chefias de enfermagem dos quatro hospitais sorteados e dos dois hospitais escolhidos intencionalmente, bem como a autorização da comissão de pesquisa do terceiro.

A coleta de dados foi realizada da seguinte forma: a autora entregou às chefias de enfermagem o número de instrumentos correspondente ao total de enfermeiros que compunham a amostra daquela instituição e depois do prazo determinado pela chefia foi buscar os preenchidos.

As chefias de enfermagem receberam as orientações necessárias para o preenchimento e distribuíram os instrumentos a sua vontade nos hospitais com mais de quinze (15) enfermeiros ou para todos da instituição naqueles com menos de quinze.

O tempo utilizado para coleta foi em torno de quinze dias para cada instituição, independente do número de enfermeiros respondentes.

Como no estudo piloto ocorreu dificuldade dos enfermeiros em identificar a segunda e terceira parte do instrumento, na coleta de dados a autora circulou os cabeçalhos FAZ e DEVE FAZER com caneta hidrocor vermelha e o problema foi sanado, todos os instrumentos retornaram com respostas.

### **3.8. Tratamento estatístico dos dados.**

1. Identificar as atividades que estão sendo exercidas e as que devem ser feitas pelos enfermeiros do estudo e montar *escala de frequência* com as respostas dos enfermeiros da amostra sobre as atividades que fazem e uma escala com as atividades que responderam devem fazer.

2. Aplicar *teste t-Student* para relacionar as respostas de duas amostras relacionadas, isto é, as respostas de atividades diretas (AD) que os enfermeiros fazem e as respostas das atividades indiretas (AI) que os enfermeiros fazem e outra para devem fazer. Assim pode-se verificar se existe concentração significativa entre as respostas para uma das duas categorias de atividades diretas ou indiretas.

3. Aplicar o *teste de Wilcoxon* para duas amostras relacionadas, isto é, as respostas das atividades que os enfermeiros da amostra fazem em relação às respostas que esses mesmos enfermeiros apontam que devem fazer. Este teste verifica se existe diferença significativa entre o que o enfermeiro faz e o que registra que deve fazer, se existir, alguma variável está influenciando para que ocorra a diferença.

4. O teste de Kruskal-Walis relaciona as atividades que os enfermeiros da amostra fazem em maior número em relação ao tipo de hospital (na amostra ocorreram três tipos de hospital: público escola, público não escola e particular não escola). Se ocorrer diferença significativa entre as respostas do que o enfermeiro faz e o que deve fazer, em determinado tipo de hospital, esse poderá estar influenciando nas atividades que o enfermeiro faz.

5. A variável- *local de formação* é testada das seguintes formas:

- fazer tabela de distribuição de frequência para o local da formação em relação ao tipo de hospital que o enfermeiro da amostra atua e aplicar o teste de U-mann-Whitney, pois trata-se de duas amostras (tipo de hospital e local de formação) independentes uma vez que quem se formou em determinado local necessariamente trabalha

num determinado tipo de hospital, para verificar se existe relação entre o local de formação e o tipo de hospital.

- aplicar o teste t-Student para verificar se existe relação significativa entre alguma categoria (AD, AI ou ADE) que o enfermeiro da amostra executa suas atividades e o local de formação entre Porto Alegre ou outro local.

6. As variáveis *módulo da pacientes por funcionário* sob responsabilidade do enfermeiro da amostra e o *tempo de formação* são testadas pelo teste de Kruskal-Walis (média por postos nas três categorias de atividades) para verificar se em função do módulo de pacientes por funcionário ou o tempo de formação do enfermeiro da amostra existe relação significativa de concentração de suas atividades em uma das três categorias ( AD, ADE ou AI).

## **CAPÍTULO IV- Resultados**

### **Resultado do tratamento estatístico para os dados coletados.**

O capítulo apresenta os resultados dos testes estatísticos a que os dados coletados foram submetidos em relação aos objetivos propostos para o estudo.

#### **4.1- Atividades que estão sendo exercidas pelos enfermeiros do estudo.**

Das quarenta e três atividades propostas no instrumento para coleta de dados não ocorreu nenhuma situação em que todos os enfermeiros da amostra realizasse com a frequência *sempre*.

A atividade de *visitar os pacientes (item 03)* é realizada por 59 (90,7%) dos 65 enfermeiros da amostra, seguida pela atividade *coordenar passagem de plantão com os funcionários (item01)* que é realizado por 55 (84,6%) enfermeiros da amostra.

A atividade *supervisionar registros de controles de pacientes (item06)* é realizada por 51 (78,4%) enfermeiros da amostra, *fazer controle de entorpecentes (item22)* por 50 (76,9%); *registrar problemas nos prontuários (item 36)* por 48 (73,8%) enfermeiros da

amostra e *fazer admissão do paciente (item 07)* por 47 (72,3%) dos 65 enfermeiros da amostra.

*Elaborar escala de serviço (item 02)* é realizada sempre por 44 (67,6%) ; *fazer sondagem vesical (item 12)* por 41 (63,0%) enfermeiros da amostra; *fazer exame físico (item 35)* por 40 (61,5%) enfermeiros e *orientar pacientes para procedimentos diagnósticos e cirúrgicos (item 39)* por 41 (63,0%) dos enfermeiros da amostra.

As atividades *supervisionar cuidados prestados aos pacientes pelos funcionários (item 05)* por 36 (55,3%) enfermeiros; *supervisionar condições de pele (item 19)* por 38 (58,4%); *orientar clientes para autocuidado (item 32)* por 34 (52,3%) e *fazer prescrição de enfermagem (item 38)* por 37 (56,9%) enfermeiros da amostra.

Dos quarenta e três itens de atividades do instrumento, catorze são realizados *sempre* por até 50% dos enfermeiros da amostra (ver tabela 2), isto é, essas são as atividades que estão sendo exercidas pelos enfermeiros da amostra. Os demais itens são realizados *freqüentemente ou nunca*, como ocorreu com os *itens 16- requisitar roupas à lavanderia* por 44 (67,6%) e o *item 24- solicitar*

*material esterelizado ao Centro de Material e Esterelização* por 46 (70,7%) que não são realizados pelos enfermeiros da amostra.

**4.2. Classificar as atividades identificadas em três grupos: atividades diretas (AD), indiretas (AI) e diretas específicas (ADE).**

O instrumento para coleta de dados contemplava as três categorias de atividades da seguinte forma: atividades diretas do item 01 ao 19 e do item 32 ao 43; atividades indiretas do item 20 ao 31 e as atividades diretas específicas do item 32 ao 43. A frequência que os enfermeiros da amostra *fazem* cada item de cada categoria se apresentam nas tabelas 3, 4 e 5.

Para verificar se as atividades realizadas pelos enfermeiros se concentram em atividades diretas ou indiretas aplicou-se o teste t-Student a fim de relacionar as respostas dos dois grupos de atividades, observando que as ADE estão incluídas no grupo de AD. Ao aplicar o teste verificou-se que não existe predominância significativa para nenhuma categoria de atividades, isto é, as atividades realizadas pelos enfermeiros da amostra não se concentram em atividades diretas ou indiretas.

**Tabela 2- Atividades realizadas SEMPRE por pelo menos 50% dos enfermeiros da amostra.**

item	atividade	nºenfºs	valor %
03	<b>visitar pacientes.</b>	59	90,7%
01	-coordenar passagem de plantão com os funcion.	55	84,6%
06	<b>-supervisionar registros de controle dos pacientes.</b>	51	78,4%
22	-fazer controle de entorpecentes.	50	76,9%
36	<b>-registrar problemas de saúde dos pacientes.</b>	48	73,8%
07	- fazer admissão do paciente em seu turno.	47	72,3%
02	<b>-elaborar escala de serviço.</b>	44	67,6%
12	- fazer sondagem vesical.	41	63,0%
39	<b>- orientar pacientes para procedimentos cirúrgicos e diagnósticos.</b>	41	63,0%
35	- fazer exame físico nos pacientes.	40	61,5%
19	<b>- supervisionar condições de pele do cliente.</b>	38	58,4%
38	-fazer prescrição de enfermagem.	37	56,9%
05	<b>- supervisionar cuidados prestados aos pacientes pelos funcionários.</b>	36	55,3%
32	- orientar cliente para o autocuidado.	34	52,3%

fonte: dados do estudo

tabela 3- Frequência das atividades diretas (AD)

item	faz/nunca	faz/freqüente	faz/sempre	não respondeu
	4	6	55	0
2	3	17	44	1
3	1	5	59	0
4	22	39	4	0
5	3	26	36	0
6	2	11	51	1
7	3	15	47	0
8	4	36	24	1
9	11	26	27	1
10	28	25	11	1
11	31	27	6	1
12	3	21	41	0
13	7	18	40	0
14	20	35	7	3
15	28	28	8	1
16	34	24	4	3
17	21	29	15	0
18	23	32	8	2
19	3	23	38	1

fonte: dados do estudo

**tabela 4- Frequência de atividades diretas específicas (ADE)**

<b>item</b>	<b>faz/nunca</b>	<b>faz/freqüent.</b>	<b>faz/sempre</b>	<b>não respondeu</b>
32	8	23	34	0
33	10	24	31	0
34	13	13	38	1
35	4	21	40	0
36	2	15	48	0
37	28	11	25	1
38	20	7	37	1
39	2	22	41	0
40	17	33	14	1
41	20	28	15	2
42	24	25	15	1
43	27	21	16	1

fonte: dados do estudo

**Tabela 5-Freqüência das atividades indiretas (AI)**

item	faz/nunca	faz/freqüente	faz sempre	não respondeu
20	27	31	7	0
21	30	12	22	1
22	3	12	50	0
23	44	18	3	0
24	46	15	3	1
25	17	30	17	1
26	21	31	13	0
27	14	41	9	1
28	16	35	13	1
29	8	27	28	2
30	7	39	18	1
31	27	29	7	2

fonte: dados do estudo

### **3. Verificar se existe relação entre as atividades que os enfermeiros Fazem e as que Devem Fazer.**

Pelo teste de Wilcoxon que relaciona duas populações (faz e deve fazer) relacionadas, para os quarenta e três itens do instrumento obteve-se o seguinte resultado:

Vinte e cinco itens apresentaram escore de relação significativa para *devem fazer mais do que fazem* (ver tabela 6) e o item 26- *aprazar prescrições médicas* resultou que *devem fazer menos do que fazem*; para os dezoito itens restantes não ocorreu escore de relação significativa entre as respostas. (ver relação de respostas entre faz e deve fazer no anexo V)

**Tabela 6- Atividades que os enfermeiros da amostra devem fazer mais do que fazem.**

item	atividade
02	Elaborar escala de serviço.
04	Acompanhar médico nas visitas.
05	Supervisionar os cuidados prestados aos pacientes pelos funcionários.
07	Fazer admissão de pacientes em seu turno.
08	Supervisionar higiene dos pacientes.
11	Fazer aspiração de vias aéreas.
12	Fazer sondagem vesical.
13	Fazer sondagem gástrica.
17	Supervisionar administração de medicamentos.
19	Supervisionar condições de pele dos pacientes.
21	Preencher boletim informativo sobre o estado do paciente.
29	Fazer avaliação de funcionários.
30	Fazer educação continuada em serviço.
32	Orientar cliente para o autocuidado.
33	Avaliar competência do cliente para o autocuidado.
34	Fazer histórico de enfermagem.
35	Fazer exame físico nos pacientes.
36	Registrar problemas de saúde nos prontuários dos pacientes.
37	Elaborar plano assistencial.
38	Fazer prescrição de enfermagem.
39	Orientar pacientes para procedimentos diagnósticos cirúrgicos.
40	Fazer preparo de alta do cliente.
41	Avaliar plano assistencial.
42	Reformular plano assistencial
43	Encaminhar paciente para serviço de controle de saúde após a alta hospitalar.

fonte: dados do estudo

Na relação entre o Faz e o Deve Fazer por categoria de atividades diretas (AD) e indiretas (AI) foi aplicado *o teste t-Student* o qual demonstrou que não existe predominância significativa para a categoria das atividades diretas ou indiretas, isto é, as atividades exercidas pelos enfermeiros ou as registradas que devem fazer não se concentram em nenhuma das duas categorias.

#### **4.4. Verificar se existe as variáveis: tipo de hospital, tempo e local de formação e o módulo de pacientes por funcionários com as atividades que os enfermeiros fazem e devem fazer.**

Na primeira parte do instrumento (dados de identificação) foram obtidos os dados necessários para as relações.

##### **4.4.1. Tipo de hospital.**

- Público escola	38 hospitais	58,5%
-Público não escola	12 hospitais	18,5%
- Particular escola	zero hospital	0%
-Particular não escola	15 hospitais	23%

A relação entre o tipo de hospital e as atividades realizadas pelos enfermeiros da amostra foi feita pelo teste de Kruskal-Wallis, para três ou mais amostras independentes (tipos de hospital), pois o enfermeiro da amostra que atua num tipo de hospital não está em outro, na amostra.

Para a relação de cada atividade com o tipo de hospital obteve-se escores significativos para os seguintes itens :

### ***Hospital público escola***

#### ***- Fazem mais:***

- coordenar passagem de plantão com os funcionários (item01);
- aplicar medicações por via parenteral (item15);
- fazer controle de entorpecentes (item 22).

#### ***-Devem fazer mais:***

- fazer educação continuada em serviço (item 30);
- registrar problemas de saúde nos prontuários (item 36).

### ***Hospital público não escola***

#### ***- Fazem mais:***

- fazer sondagem vesical (item 12).

***-Devem fazer mais:***

- requisitar roupas a lavanderia (item23);
- solicitar material esterelizado ao Centro de Material e Esterelização (item 24);
- solicitar material ao almoxarifado (item 31).

***Hospital particular não escola******Fazem mais:***

- preencher boletim informativo sobre o estado do paciente (item21).

***Devem fazer mais:***

- fazer aspiração de vias aéreas (item11);
- supervisionar administração de medicamentos (item 17)

Para a relação com as categorias de atividades, pelo mesmo motivo anterior, foi aplicado o teste de Kruskal-Walis e o resultado mostrou que não existe relação significativa entre as categorias de atividades e o tipo de hospital, isto é, independentemente do tipo de hospital que o enfermeiro da amostra exerça ou que deve exercer não existe relação significativa para fazer prioritariamente atividades diretas (AD) ou indiretas (AI)

#### 4.4.2 Tempo de formação.

Na amostra de sessenta e cinco enfermeiros ocorreu uma *média de oito anos de formação*. O teste de Kruskal-Walis foi utilizado para testar a relação entre o tempo de formação e as atividades que o enfermeiro FAZ e DEVE FAZER.

O teste das atividades individuais mostrou que o enfermeiro com mais tempo de formação quase nunca faz , com escore significativo o *item 01- coordenar passagem de plantão com os funcionários*; deve fazer freqüentemente o *item 11- fazer aspiração de vias aéreas*; e devem fazer nunca as atividades dos *item 20- solicitar medicação à farmácia e o item 26- aprazar prescrições médicas no prontuário*.

No tratamento das atividades por categorias o coeficiente de correlação provou que não existe relação significativa entre o tempo de formação dos enfermeiros da amostra e a concentração de seu trabalho em atividades diretas, indiretas ou diretas específicas.

#### 4.4.3 Local de formação.

Quanto ao local onde os enfermeiros da amostra se graduaram os dados coletados na primeira parte do instrumento apresentou distribuição conforme a tabela abaixo.

**tabela 7- Distribuição dos enfermeiros da amostra de acordo com o local de formação.**

local de formação	n° enf's	valor %
Porto alegre	30	46,1%
Grande Porto Alegre	20	30,8%
Interior do RS	08	12,3%
Fora do RS	07	1,5%

fonte: dados do estudo

O teste U-Mann-Whitney para três populações (tipo de hospital) verificou se havia relação entre o tipo de hospital e o local de formação dos enfermeiros da amostra. O resultado mostrou que não existe relação significativa entre o local de formação e o tipo de hospital que os enfermeiros estudados exercem suas atividades.

Aplicado o teste t-Student para verificar se havia predominância de categorias de atividades para os enfermeiros formados em Porto Alegre ou não, verificou-se que não existe diferença significativa entre as categorias de atividades diretas, indiretas ou diretas específicas e o local de formação. A amostra estava constituída de 30 (46,1 %) e 35 (53,8%) formados fora de Porto Alegre, um enfermeiro não registrou o local de sua formação.

#### **4.4.4 Módulo de pacientes por funcionário.**

Os dados foram coletados na primeira parte do instrumento e o resultado obtido pela média das respostas. O resultado foi uma média de 28,38 pacientes por enfermeiro e 5,6 funcionários por enfermeiro. A partir desse resultado obteve-se a média de 5,05 pacientes por funcionário.

Para relacionar esta variável com as atividades foi aplicado o teste Kruskal-Wallis. Do teste obteve-se os seguintes resultados com média significativa .

Os enfermeiros da amostra com maior módulo de pacientes por funcionário *fazem com a frequência quase nunca a*

coordenação da passagem de plantão, aplicar medicações por via parenteral, supervisionar administração de medicamentos, auxiliar médico em procedimentos junto ao cliente e aprazar prescrições médicas no prontuário.

Os enfermeiros com maior módulo responderam que devem fazer sempre: sondagem gástrica, supervisionar condições de pele dos pacientes e orientar cliente para o autocuidado.

## **CAPÍTULO V**

### **Discussão dos resultados**

O capítulo V tem como objetivo refletir sobre as atividades que os enfermeiros da amostra fazem e/ou devem fazer utilizando a abordagem contingencial como referencial.

Observando os resultados obtidos pelo tratamento estatístico, e fazendo relação com os objetivos propostos, tem-se a impressão de que os enfermeiros da amostra exercem suas atividades sem qualquer lógica uma vez que as atividades não se concentram em nenhuma classificação em AD, ADE e AI nem são influenciadas por nenhuma das variáveis propostas para o estudo.

Salienta-se que as variáveis estudadas são as mais referidas na prática diária e em estudos como de Pereira (1992) e Unicovsky (1993) como fator causal do que o enfermeiro faz ou deixa de fazer.

Percebe-se que os enfermeiros da amostra não executam suas atividades seguindo padrões preconizados.

Esperava-se que as atividades se concentrassem em modelos teóricos ensinados nos cursos de graduação voltados à assistência direta ao cliente, em atividades gerenciais como afirmam Waldow

(1995) e Horta (1979) ou nas atividades diretas específicas conforme Decreto-lei nº 94406 do exercício profissional da enfermagem no Brasil.

Entre as catorze (14) atividades apresentadas na tabela 2 , *visitar os clientes e coordenar a passagem de plantão* são as duas atividades que os enfermeiros da amostra mais fazem e respondem que devem fazer. São seguidas das atividades *fazer admissão do cliente, fazer exame físico, supervisionar condições de pele e supervisionar cuidados prestados aos pacientes pelos funcionários.*

Em análise mais apurada dos resultados observa-se que pelo menos sete das atividades se caracterizam como *fonte de dados para informação dos enfermeiros* em relação aos clientes por eles assistidos.

Lopes (1995) comenta que a passagem de plantão é uma forma de comunicação rápida e direta, sem intermediários, a qual caracteriza a justaposição de tempo entre as equipes de enfermagem que saem e entram nas vinte e quatro horas do dia, mas alerta que a comunicação escrita é o que consolida e legitima a prática.

*O registro de problemas de saúde dos pacientes*-item 36 e a *prescrição de enfermagem*-item 38 são duas, entre as formas de

comunicação escrita utilizadas pela enfermagem que podem legitimar sua prática, como colocou Lopes (1995), as quais são contempladas entre as atividades mais exercidas pelos enfermeiros da amostra conforme visto na tabela 2.

Como se percebe, pelos resultados já apresentados, essa prática de comunicação é a segunda atividade que o enfermeiro da amostra mais executa em sua atividade diária de trabalho e sem dúvida é o momento solene onde os dados sobre os pacientes são passados de um turno para o outro, garantindo a continuidade do cuidado pela enfermagem pelo período de vinte e quatro horas do dia.

Essa continuidade é provavelmente uma característica específica da enfermagem, na equipe de saúde, daí um dos fatores que participam para o maior envolvimento dessa área no dia a dia do cliente e sua família.

O conhecimento do cliente e suas necessidades é um importante recurso que o enfermeiro dispõe para diminuir as *incertezas* no planejamento operacional (plano assistencial) e implementação do mesmo pela prescrição diária de cuidados, bem

como definição de recursos humanos e materiais necessários para sua implementação.

A *escala de serviço* é a sétima atividade que os enfermeiros da amostra mais fazem. A escala consiste na distribuição de tarefas ou clientes por funcionário que atua na unidade.

Há mais de vinte anos, as escalas eram habitualmente funcionais, isto é, cada funcionário tinha tarefas específicas (verificar sinais vitais, higienizar os paciente, fazer curativos...) para realizar ao longo de sua jornada de trabalho. *Os funcionários tinham tarefas junto aos clientes para executar e não clientes para atender.*

Ao longo dos anos tem sido questionado quem é o objeto da assistência de enfermagem. Horta (1979) propõe o *ser humano, a qual entende como sendo um indivíduo isolado, uma família ou uma comunidade*. A autora lembra que “a enfermagem cuida das pessoas e não de suas doenças” (Horta, 1979 p.39).

Atualmente as escalas de serviço são elaboradas pelo enfermeiro de acordo com a complexidade dos cuidados necessários para os mesmos, competência e número de funcionários disponíveis para o cuidado. Hoje, na maioria dos hospitais os funcionários são

responsáveis pelos cuidados integrais dos pacientes sob sua responsabilidade.

Quando o funcionário tem determinado cuidado que precisa de outro colega para ajudá-lo, esse é designado pelo enfermeiro, ou o que deve ser estimulado, eles fazem ajuda mútua e são responsáveis pelo atendimento dos pacientes da unidade como um todo com divisão de trabalho entre os membros do grupo, e não de tarefa.

Como se observou a elaboração da escala pode ser uma atividade complexa, considerando-se as individualidades dos clientes e dos funcionários. O enfermeiro precisa utilizar-se dos recursos de informação disponíveis para que essa atividade seja realizada de forma eficiente.

Outros aspectos importantes a serem lembrados, como fatores a considerar na escala são as várias *contingências* que ocorrem devido absenteísmo, urgências com os clientes, rotatividade de pacientes na unidade, situações relacionadas a outros setores com os quais a unidade interage como: fornecimento de medicamentos, material, manutenção de equipamentos, fornecimento de alimentação, roupas, laboratório...

O enfermeiro precisa estar instrumentalizado para prover atendimento aos clientes diante de situações inesperadas, para tanto precisa conhecer as potencialidades de sua equipe, os recursos disponíveis em outros setores e funcionamento da instituição como um todo. Precisa conhecer de onde pode alocar recursos quando em sua unidade não consegue pessoal ou material suficiente para o atendimento ou, de que forma pode colaborar para alcance dos objetivos da instituição.

Na tentativa de compreender a intensidade do distanciamento entre a teoria e a prática apontado pelos enfermeiros da amostra do estudo de Pereira (1992), Souza e Gutiérrez (1987) ou as colocações de Mendes (1985) em relação as atividades gerenciais e de Erdmann (1987) sobre as atividades inespecíficas exercidas pelos enfermeiros, decidiu-se levantar os dados sobre o que os enfermeiros da amostra fazem na atividade diária e o que na opinião dos mesmos devem fazer.

Os resultados mostraram que as atividades não se concentram em diretas (junto aos clientes) nem indiretas. Chama atenção que para a proposta *deve fazer* também não ocorreu predominância para as atividades diretas (AD), diretas específicas (ADE) ou indiretas

(AI) , resultado que contradiz as colocações de que os enfermeiros não fazem o que deveriam fazer (Pereira, 1992).

O resultado foi reforçado no que os enfermeiros da amostra responderam que *deveriam fazer um pouco mais do que já fazem* em todos os itens do instrumento, não nos itens de atividades diretas ou diretas específicas. O *fazer um pouco mais* não apresentou escore com diferença de frequência significativa do que já fazem, isto é, *freqüentemente*.

Por que motivo os enfermeiros dos estudos citados dizem que não fazem o que deveriam fazer e os enfermeiros da amostra do presente estudo não apresentaram diferenças significativas entre o que fazem e o que registraram que devem fazer?

Erdmann (1987) *analisou o comportamento do enfermeiro como possível resultado de persuasão ou política ideológica. Fazem atividades inespecíficas e observa neles a convicção de que devem continuar o que estão fazendo pelo bem do paciente.*

Por experiência prática, sabe-se que o trabalho do enfermeiro não se limita à atividades de enfermagem pois esse é o profissional que coordena praticamente todas as atividades para o funcionamento da unidade, como foi relatado por Verderese (1987, p. 160). Pode-se

até dizer que o envolvimento com atividades não relacionadas diretamente ao paciente é em geral inversamente proporcional ao porte e complexidade do hospital, isto é, quanto maior o hospital mais atividades indiretas o enfermeiro realiza.

Segundo Carvalho apud Erdmann (1995, p. 123) “o cotidiano das organizações de enfermagem hospitalar se concretiza principalmente pelas práticas simbólicas”. A autora coloca que o trabalho da enfermagem segue em direção ao cuidado de enfermagem, embora esse não apareça como um trabalho valorizado, se considerados apenas os aspectos estabelecidos pela organização.

A característica do ambiente hospitalar se apresenta cada vez mais imprevisível, e até hostil, exigindo maior flexibilidade, tomada de decisão sem planejamento prévio e capacidade inovadora do gerente.

Para Mendes (1985) as atividades dos enfermeiros estão relacionadas com o tipo de hospital onde exerce suas funções. Essas atividades estão relacionadas com o ambiente físico, recursos humanos e materiais disponíveis.

Se o hospital não dispõe de um serviço de higienização é a enfermeira que supervisiona a limpeza da unidade; se não dispõe de

gerente e ela quem solicita material, manutenção e equipamentos. Quando a unidade dispõe desses recursos o trabalho da enfermeira não é tão burocrático mas de qualquer forma é o profissional solicitado para sugerir e planejar reformas ou recursos materiais necessários, é quem administra transferências de pacientes dentro da unidade para limpeza, manutenção ou decorrente de problemas clínicos.

Pela permanência do enfermeiro na unidade, seu envolvimento com paciente e familiar é significativo. Disso decorre a solicitação do enfermeiro para solucionar problemas com horário de visitas, entrada de crianças, orientação da família. Junto ao cliente escuta e tenta ajudar em suas expectativas, angústias, medos e dificuldades decorrentes da hospitalização.

Com freqüência, é o enfermeiro quem solicita ou sugere a presença da nutricionista, psicóloga ou representante religioso para atender as necessidades do cliente. É o enfermeiro que identifica a necessidade da presença médica em intercorrências ou emergências.

Mais uma vez pode-se perceber a variedade de contingências que resultam das relações entre setores e situações que geram incertezas no trabalho diário do enfermeiro.

Ao comparar os resultados do tratamento estatístico, as atividades que o enfermeiro executa pelo conhecimento prático e bibliografia consultada pode-se entender que não poderia existir concentração de atividades numa determinada categoria. No entanto verifica-se que todas atividades realizadas, com maior significância pelos enfermeiros da amostra, tem como objetivo o atendimento do cliente de forma direta ou indireta.

Como os enfermeiros da amostra atuam em unidades não especializadas de clínica e/ou cirurgia não se faz necessária nenhuma especialização do profissional enfermeiro mas, com certeza *deve ter habilidade para lidar com as incertezas* que se apresentam nas atividades diárias.

Concordamos com Angerami e Correia (1987, p.45) sobre a metáfora da enfermagem viva, em relação ao dinamismo de suas atividades. Não se acredita que as atividades do enfermeiro sejam pluralistas pois existe uma certa padronização no que o enfermeiro faz, embora o processo para execução das mesmas envolva uma série de contingências e incertezas, por fatores causais já citados nesse capítulo.

Retomando os registros de Mendes (1985) quando sugere que as atividades dos enfermeiros se relacionam com tipo de hospital observa-se pelos resultados dos testes aplicados que não existe relação significativa entre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da amostra e o tipo de hospital, exceto para algumas atividades isoladas que apresentam resultados significativos para o tipo de hospital como seguem.

Em *hospital público escola* os enfermeiros da amostra fazem de forma significativa o item 15- aplicar medicação por via parenteral e o item 22- faz controle de entorpecente.

No hospital *público não escola* os enfermeiros da amostra fazem de forma significativa o item 12- faz sondagem vesical e o item 23- requisitar roupa à lavanderia.

No *hospital particular não escola* os enfermeiros da amostra fazem de forma significativa o item 21- preencher boletim informativo.

Ao refletir sobre essas atividades não se identifica nenhuma relação entre elas com o tipo do hospital. Outro aspecto a salientar é de que apenas cinco (05) atividades entre as quarenta e três (43) do instrumento apresentaram escore significativo, as quais não podem

caracterizar o trabalho desses enfermeiros. De fato conclui-se que a variável tipo de hospital não interfere nas atividades exercidas pelos enfermeiros da amostra.

Foi testado se o local e o tempo de formação do enfermeiro poderiam interferir nas atividades dos enfermeiros da amostra.

Manzoli (1985) registrou que as escolas podem ter diferentes formas de ver o homem e o mundo, o que pode determinar uma formação mais humanística ou tecnicista, embora utilize o currículo mínimo como diretriz.

Enquanto Souza e Santos (1989,p.3) colocam que o aluno ao longo de sua formação precisa se adequar às diferentes exigências dos professores.

No presente estudo, as diferenças epistemológicas abordadas por Manzoli (1985) ou as colocações de Souza e Santos (1989) não parecem ter influenciado de forma significativa na formação dos enfermeiros.

Dos sessenta e cinco (65) enfermeiros da amostra observa-se pela tabela 7 que 30 (46,1%) desses são formados em Porto Alegre. Sabe-se que na cidade existe apenas uma escola de enfermagem,

logo todos são formados na mesma escola. Desses 30 enfermeiros, 20 trabalham em um hospital, público escola.

Esse resultado poderia ser significativo para relacionar o local de formação com o tipo de hospital, e poderia ter levado a concentração de determinadas atividades de acordo com a categoria. Esse fato não ocorreu conforme os resultados apresentados; as atividades não se concentraram de forma significativa em nenhuma categoria de atividade direta (AD) ou indireta (AI) relacionada ao tipo de hospital ou local de formação.

Entre as atividades que o enfermeiro *faz* e as que registrou que *deve fazer* também não ocorreu diferença significativa em relação ao local de formação.

Considerando que quase a metade dos enfermeiros da amostra são formados em Porto Alegre, mesmo local dos enfermeiros egressos da amostra do estudo de Pereira (1992) seria de esperar que pelo menos na comparação entre o que o enfermeiro faz e o que respondeu que deve fazer ocorresse diferença significativa, o que não aconteceu.

Desse fato surgiu o novo questionamento. A diferença entre os resultados obtidos nos dois estudos estaria relacionada ao tempo de formação dos enfermeiros?

Na amostra do presente estudo considerou-se essa variável. Entretanto, os resultados encontrados sugerem que para os enfermeiros estudados o tempo de formação não influenciou quanto à concentração de suas atividades de forma significativa em direta (AD) ou indireta (AI), bem como quanto a diferença significativa entre o que fazem e registram que devem fazer.

Destacamos que as atividades: *coordenação de passagem de plantão, solicitar medicação à farmácia ou aprazar prescrições médicas nos prontuários*, conforme declararam os enfermeiros com mais tempo de formação, não costumam realizá-las, embora o resultado não tenha significância para a concentração de atividades em qualquer categoria.

Percebe-se que esses itens não são significativos para considerar a variável tempo de formação como responsável para caracterizar as atividades dos enfermeiros da amostra.

A média, em tempo de formação dos enfermeiros da amostra foi de oito anos de graduação. Esse tempo parece ser suficiente para que o profissional já tenha se posicionado na profissão.

O fato foi comprovado na validação do instrumento, onde os resultados demonstraram que os enfermeiros do estudo conhecem suas atividades específicas, de acordo com o Decreto-lei nº 94406 que regulamenta a profissão.

Finalmente, foi considerada a variável módulo de pacientes por funcionário.

Esperava-se que os enfermeiros com maior módulo de pacientes por funcionário executassem mais atividades diretas não específicas pois teoricamente auxiliariam os funcionários no atendimento dos clientes.

Aspecto importante a ser considerado *é a média de vinte e oito (28) pacientes por enfermeiro da amostra, seis funcionários por enfermeiro e cinco pacientes por funcionário.* Esses parâmetros estão dentro dos que habitualmente se consideram ideais para atendimento aos pacientes de clínica e/ou cirurgia geral, dados que podem ser testados segundo a fórmula abaixo.

Aplicando a equação para cálculo de pessoal considerando como elementos da fórmula o percentual de ocupação, o número de

pacientes por enfermeiro (vinte e oito), a média de horas da enfermagem para clínica e/ou cirurgia (3,2), a jornada semanal dos enfermeiros de trinta e seis horas durante sete dias.

$$\text{total de funcionários} = \frac{28 \times 3,2 \times 7}{36} + 20\%$$

$$\text{total de funcionários} = \frac{627,2}{36} + 20\%$$

**total de funcionários = 20,9 funcionários, arredondando= 21**

Diminuindo um enfermeiro por turno (manhã, tarde e duas noites) temos dezoito funcionários (técnicos ou auxiliares de enfermagem) divididos em quatro turnos, temos 4,5 auxiliares por turno, arredondando, cinco funcionários.

Comparando o resultado da equação com o número de funcionários que os enfermeiros da amostra dispõem para atender 28 pacientes percebe-se que cada um tem, em média, cinco a seis funcionários para atendimento dos clientes.

Percebe-se entre o cálculo previsto e o resultado da amostra que os enfermeiros, em média não tem seus funcionários sobrecarregados de pacientes para atender.

Os resultados dos testes estatísticos mostraram que a variável módulo de pacientes por funcionário não interferiu de forma significativa nas atividades dos enfermeiros da amostra, embora deva-se considerar que os enfermeiros com maior número de pacientes por funcionários deixam de fazer pelo menos três atividades de forma significativa.

Retomando os quatro objetivos propostos para o estudo pode-se afirmar que o primeiro foi atendido com resultado satisfatório, em relação aos enfermeiros da amostra, pois dos quarenta e três itens pode-se enumerar as **catorze atividades que os enfermeiros da amostra efetivamente mais fazem.**

Os demais objetivos foram atingidos embora com resultados teoricamente inesperados. Pelo menos entre as atividades que o enfermeiro da amostra *faz* e as que apontou que *deve fazer* esperava-se que ocorressem diferenças significativas que justificassem os achados de Pereira (1992) sobre as lacunas entre a prática e a teoria,

ou os motivos de insatisfação do enfermeiro no trabalho citado por Unicovski (1993).

Outro aspecto importante é sobre a categorização das atividades, pois Waldow (1995) afirma que as atividades dos enfermeiros são exercidas longe dos clientes, portanto essas deveriam estar concentradas em atividades indiretas, o que não ocorreu.

Da mesma forma, Mendes (1985) escreve que as atividades do enfermeiro estão relacionadas ao tipo de instituição onde o enfermeiro atua. Situação não encontrada nesse estudo.

Souza e Santos (1989) registram que as Escolas de Enfermagem tem diferenças entre si e numa mesma escola os professores tem valores e expectativas diferentes que influenciam na formação profissional logo, enfermeiros formados em escolas diferentes teriam diferentes enfoques em seu trabalho, o que também não se concluiu no presente estudo.

Os enfermeiros do estudo de Pereira (1992) temem se tornar como os enfermeiros com mais tempo de formação pois consideram que esses trabalham prioritariamente em atividades indiretas. Com essas colocações estariam dizendo que o tempo de formação teria

influência sobre o que o enfermeiro faz. Hipótese não constatada com os enfermeiros da amostra nesse estudo.

O módulo número de pacientes por funcionário não teve relação com as atividades realizadas pelos enfermeiros. Deve-se considerar que os enfermeiros da amostra atuam com um módulo esperado, conforme os resultados da equação para dimensionamento do pessoal de enfermagem.

Dos resultados pode-se afirmar que com o módulo de pacientes por funcionário dentro dos parâmetros desejáveis, como ocorreu, não se verificou diferenças significativas entre as atividades dos enfermeiros da amostra.

Pode-se afirmar ainda que os três tipos de hospitais que compuseram a amostra do estudo não apresentaram diferenças significativas nos módulos de pacientes por funcionários.

Levanta-se a possibilidade se com módulo fora dos parâmetros esperados não ocorreriam diferenças entre as atividades que os enfermeiros exercem?

Aspecto relevante relaciona-se ao fato de que em condições teoricamente adequadas em relação ao módulo acima referido os

enfermeiros estudados não concentraram suas atividades na categoria de atividades diretas (AD), isto é, junto ao cliente.

Resta refletir sobre o que ocorre para que os resultados encontrados fossem tão diferentes do esperado.

Percebe-se no estudo uma padronização entre as atividades que os enfermeiros mais fazem (catorze) nos diferentes hospitais, com local e tempo de formação diferentes. Essa padronização ocorreu em ambiente e condições diversificadas, isto é, diferentes hospitais e formação em locais diferentes.

As variáveis estudadas são aquelas que na prática de enfermagem são mencionadas como fatores causais para os enfermeiros não conseguirem executar suas atividades junto aos pacientes, as quais foram reforçadas pela bibliografia consultada.

Identificou-se as atividades que os enfermeiros mais fazem, as quais correspondem a 14 itens (32%) dos itens propostos, enquanto 29 itens (67,4%) apresentaram significativo grau de dispersão nas respostas, embora não relacionadas a nenhuma variável proposta no estudo.

Um fator comum parece ter relação com as colocações de Benito (1994) de que embora as condições sejam diferentes, o

*objetivo comum na enfermagem é Assistir o Ser Humano* de forma integral. Todo o enfermeiro é formado para atender as necessidades do indivíduo, independente dos meios utilizados.

Cabe portanto resgatar os conceitos da abordagem contingencial.

O ambiente de trabalho do enfermeiro é rico de *incertezas*, além de lembrar-se que não existe uma única maneira de se administrar o serviço ou a assistência, o que poderia explicar a dispersão entre as respostas dos enfermeiros. As incertezas podem ocorrer do início ao final da jornada do trabalho. Desde os problemas de absenteísmo de funcionários até situações de emergência que geram contingências a serem resolvidas.

Situações menos urgentes, mas que exigem processos de adaptação são a introdução de novos recursos materiais e descobertas de novos recursos diagnósticos e terapêuticas medicamentosas que exigem do enfermeiro e sua equipe constante atualização. As reuniões de trabalho e programas de educação continuada são recursos utilizados para manter relações de trabalho e atualização do pessoal.

A área da saúde é dinâmica e complexa, a cada dia surgem descobertas e o objeto de trabalho é o ser humano, também complexo em seu comportamento. A complexidade do ser humano está caracterizada em expectativas individuais; cada indivíduo reage de forma diferente às experiências que vive no ambiente social e de trabalho onde está inserido.

A enfermagem permanece todo seu turno de trabalho com o cliente, sua família enquanto o restante da equipe de saúde desenvolve seu trabalho com o cliente num determinado período de tempo e vai atender outros clientes em outros locais.

Portella (1989) em seu estudo identificou que os demais profissionais da equipe permanecem o tempo suficiente para fazer exame físico, procedimento, atendimento, o que em geral, não ultrapassa sessenta minutos, enquanto a enfermagem mantém o atendimento quase que de forma ininterrupta na unidade durante toda sua jornada de trabalho.

O enfermeiro precisa estar adaptado às características do seu ambiente de trabalho, relações com outros setores e as necessidades da clientela. Esses fatores provavelmente são alguns aspectos que devem interferir para que as atividades dos enfermeiros, em sua

maioria, não tenham apresentado uniformidade entre os enfermeiros da amostra.

Acredita-se que cada instituição tenha características e clientela própria. Cada uma tem seu ambiente tarefa específico e quem atua deve atender aos objetivos a que a instituição se propõe.

Como afirmou Argyris (1975) a organização é um conjunto de partes diferentes, entre elas a enfermagem, que formam um sistema de controle e regulação para busca do equilíbrio, cada parte sofre um processo de adaptação.

Para Katz e Kahn (1970) a adaptabilidade é um processo que leva os subsistemas a se renovarem, se multiplicarem e crescerem, modificando suas estruturas, ao que Lawrence e Lorsch (1973) chamaram de *diferenciação*.

Parece que a diferenciação poderia ser uma explicação para que não ocorram convergências nas atividades dos enfermeiros, pois eles devem viver em diferentes hospitais situações diferentes com diferente clientela e relações de trabalho diversificadas, além de diferentes recursos internos e externos ao serviço e a organização.

Se as variáveis estudadas, na prática de enfermagem, pudessem estar interferindo, em relação aos enfermeiros da amostra estudada ocorreu algum processo de regulação e adaptabilidade ao

meio que nos resultados não interferiram no atendimento dos enfermeiros.

Concluindo, as atividades dos enfermeiros poderiam ser uniformes numa mesma instituição, sem relação com sua personalidade jurídica, e sim com as necessidades que se apresentam.

## CAPÍTULO VI- CONCLUSÕES

O capítulo sexto traz as conclusões da autora a partir dos objetivos propostos para o estudo e os resultados encontrados no tratamento estatístico dos dados coletados.

Após análise dos resultados em relação a bibliografia consultada, a prática profissional e os objetivos propostos pode-se concluir que foram identificadas pelo menos catorze atividades que no mínimo cinquenta enfermeiros da amostra fazem sempre. Dessas atividades pelo menos sete estão relacionadas a fontes de informações sobre os clientes.

As atividades exercidas pelos enfermeiros da amostra não se concentram em nenhuma categoria proposta de atividade direta (AD) ou indireta (AI).

A frequência das atividades que os enfermeiros informam que fazem e as que registraram que devem fazer não apresentou diferença estatisticamente significativa. Fazem as atividades de forma freqüente e registram que devem fazer na mesma freqüência.

A variável tipo de hospital, em relação a personalidade jurídica, se público, particular, escola ou não escola, não interfere nas atividades que os enfermeiros da amostra fazem.

A variável módulo de pacientes por funcionário não interferiu nas atividades que os enfermeiros da amostra fazem. Essa variável por estar dentro dos parâmetros previstos pode não ter interferido nas atividades. Fica o questionamento se ocorressem variações dos parâmetros adequados as atividades não poderiam sofrer interferência.

Finalmente conclui-se que que a resposta para os resultados obtidos possam estar relacionados às características da maioria das organizações. Cada uma desenvolve seu ambiente interno e sofre influências do ambiente externo. Esse processo ocorre de acordo com os valores da instituição e das pessoas que nela atuam.

A enfermagem e em especial os enfermeiros devem estar se adaptando aos objetivos e metas dos hospitais para o atendimento da clientela como participantes dos programas de qualidade.

De acordo com os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis e das relações de trabalho entre os diversos setores que compõem o “staff” de um hospital o enfermeiro desenvolve suas atividades.

A partir desse raciocínio não se espera que exista concentração das atividades entre enfermeiros de diferentes

instituições hospitalares , ou que essas sofram qualquer interferência que não as relacionadas às exigências da clientela e da instituição onde atuam.

## **CAPÍTULO VII - LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES**

O capítulo trata das dificuldades encontradas para realizar o estudo e propõe sugestões para novos estudos relevantes ao tema.

### **7.1. Limitações para o estudo.**

O estudo trouxe esclarecimentos importantes para a autora em relação ao enfermeiro e sua atuação na área hospitalar em clínica e cirurgia.

A primeira impressão sobre o tema foi de que seria um trabalho sem importância visto que parecia irônico explorar o que um profissional com meio século de prática, no Brasil, faz em seu ambiente de trabalho.

A bibliografia consultada sobre o tema, trata mais especificamente das dificuldades sentidas pelo enfermeiro para exercer suas atividades, e muito escassa a literatura sobre o que o enfermeiro faz. Dessa forma utilizou-se estudos que de alguma forma pudessem oferecer subsídios sobre o que os enfermeiros estariam fazendo ou não.

Outra fonte de recursos utilizada para o estudo foi a coleta de dados. Encontramos dificuldades de levantar o total da

população de enfermeiros que atuam em unidades de clínica e/ou cirurgia porque dois dos dezoito hospitais gerais de Porto Alegre se negaram a dar informações. Para a coleta de dados um dos hospitais que compunha a amostra não forneceu autorização, em tempo para concluir o estudo, dessa forma precisou ser substituído para manter-se o número de enfermeiros na amostra.

Junto aos enfermeiros percebeu-se, não por parte das chefias de enfermagem, um certo desinteresse em preencher os formulários pela demora na devolução dos instrumentos. A coleta demandou o dobro do tempo previsto.

Considerando o hábito em seguir modelos rígidos para direcionar a vida pessoal e profissional a autora do estudo, embora acredite nos conceitos da abordagem contingencial, apresentou dificuldades em pensar de forma flexível e se dar conta que o trabalho do enfermeiro mudou. O enfermeiro, de uma forma geral, não segue mais modelos rígidos e está se ajustando, harmonizando com as contingências que o ambiente lhe oferece.

## **7.2.Recomendações para estudos futuros.**

A partir dos resultados alcançados e da análise sugerem-se os seguintes estudos com a finalidade de explorar e analisar com maior profundidade o tema a luz da abordagem contingencial.

- Verificar se os enfermeiros que atuam numa mesma instituição desenvolvem atividades semelhantes, considerando que atuam num mesmo ambiente tarefa.
- Verificar se quando os enfermeiros atuarem com um módulo de pacientes por funcionários fora dos parâmetros calculados pela equação de dimensionamento de pessoal essa variável interfere nas atividades do enfermeiro.
- Comparar se existe diferença de atividades entre os enfermeiros recém egressos e os enfermeiros com mais de cinco anos de experiência, formados numa mesma instituição de ensino.
- Analisar as influências do ambiente tarefa nas atividades do enfermeiro.

- Identificar fatores que geram diferenciação no trabalho do enfermeiro.

Sugere-se ainda que:

- as Escolas de Enfermagem e os serviços de enfermagem busquem maior interrelação a fim de aproximar cada vez mais a formação do enfermeiro com sua prática profissional;
- a formação de enfermeiros se direcione para uma atitude flexível em relação a sua forma de atuar no ambiente das organizações para, com maior facilidade atingir a qualidade da assistência ao cliente;
- o Conselho de Enfermagem, Escolas de Enfermagem e os prestadores de Serviços de Enfermagem precisam fazer análise da lei, ensino e a prática de enfermagem, para que a práxis de enfermagem seja efetiva frente a realidade do trabalho do enfermeiro;
- os enfermeiros cada vez mais devem se integrar com os demais setores do hospital fortalecendo as relações de trabalho para busca da satisfação da clientela assistida.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

01. ABEN. A nova lei do exercício profissional de enfermagem. Brasília, 1987. 38p.
02. ALCALA, Maria et al. Estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo: Prefeitura do município de São Paulo. 1982.
03. ALMEIDA, M. Cecília Puntel; ROCHA, Juan S. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986. p. 28-31.
04. \_\_\_\_\_. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem. Florianópolis, 1984. p. 68.
05. ALVES, Sônia M. et al. Enfermagem: contribuição para cálculo de recursos humanos na área. Rio de Janeiro: INAMPS. 1988. 45p.
06. AMARU, A.C. Gerência de trabalho em equipe. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1986. p. 5-7.
07. ANGERAMI, Emília, et al. Análise crítica das anotações de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 29, n. 4, p. 28-37. 1976.
08. ANGERAMI, Emília ; CORREIA, Francisco. Em que consiste a enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL. Anais... O perfil da competência do enfermeiro. Brasília, 1987. p. 38- 58.
09. ARAGON, Dirce B. Preparo a nível de graduação e desempenho profissional do enfermeiro. Porto Alegre: PUC, 1974. Dissertação.
10. ARGYRIS, Chris. A integração indivíduo-organização. São Paulo: Atlas, 1975.
11. BACHELARD, Gaston. A psicanálise do fogo. Lisboa: Litoral, 1989. 121 p. Traduzido por Maria Isabel Braga.
12. BARNARD, Chester. As funções do executivo. São Paulo: EPU, 1979.

13. BELINATI, Waldmir. Perfil e competência de uma profissão. In: SEMINÁRIO NACIONAL; Anais.. O perfil e competência do enfermeiro. Brasília, 1987. p.35-58.
14. BENITO, Gladys A. A formação do enfermeiro diante da problemática de assistência à saúde das crianças abandonadas num lar de arequipa-peru. Texto e Contexto. Florianópolis. v. 3, n. 2, p. 171-180, julho/dez. 1994.
15. BORBA, Valdir Ribeiro. Administração hospitalar: princípios básicos. 3.ed. São Paulo: CEDAS, 1991, 465p.
16. BRASSARD, Mchael. Qualidade: ferramentas para uma melhoria contínua. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1990. p.109.
17. CADAH, Lilian. Auditoria em enfermagem; controle de qualidade: hospital administração e saúde, São Paulo, v.15, n.6, p.259 - 263, nov./dez. 1991.
18. CACÍLIO, Luiz Carlos, et al. Inventando mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. 334p.
19. CALDAS, Nalva, et al. Instrumentos de registro nas atividades de enfermagem. In: Revista Brasileira de enfermagem, Brasília, v. 29, n.3. P. 92-102. jul, 1976.
20. CAMPOS, Terezinha C. Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.
21. CARVALHO, Vilma ; CASTRO Ieda B. Reflexões sobre a prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM . Anais... Fortaleza: ABEN, 1979. p. 51- 59.
22. CASTELAR, Rosa et al. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Pr. Léon Bernard: ENPS. 1995. Cooperação Brasil/França.
23. CHIAVENATO, Idalberto. Administração de empresas- uma abordagem contingencial . 2. ed. São Paulo: Mc Graw- Hill, 1987.606 p.
24. \_\_\_\_\_ . Recursos humanos na empresa . 3.ed São Paulo: Atlas, 1991. v 3, 143 p.
25. \_\_\_\_\_ . Introdução à teoria geral da administração. 4.ed. São Paulo: Makron, 1993, p. 801- 844.

26. CLOS, Araci et al. Hábitos de estudo dos enfermeiros. Revista de Enfermagem UERJ; Rio de Janeiro: Cultural, v.1, n. 2, p.39-55. 1993.
27. COLLIERE, Marie Françoise. Invisible care and invisible woman as health care providers. International Journal of Nursing Student, v.3, n. 2, p. 95-112, 1986.
28. CROSETTI, Maria da Graça. Análise da estrutura da prescrição de enfermagem- implicações assistenciais e educacionais. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1990. Tese (Livre Docência).
29. DEMING, W.E. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990. Prefácio.
30. DRUCKER, Peter. Lógica e especificação do planejamento organizacional. In: ADMINISTRAÇÃO: responsabilidades, tarefas e práticas. São Paulo: Pioneira, 198-. cap. 4 p. 609-615.
31. DUGAS, B. W. Enfermagem prática. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p. 49-70..
32. ERDMANN, Alacoque, L. Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de ensino: proposta de um modelo. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1987. Tese (Livre Docência).
33. \_\_\_\_\_. O cotidiano nas organizações de enfermagem hospitalar- fundamentos para estudos. In: REZENDE, Ana et al. O fio das moiras. Florianópolis: DAUFSC. 1995, p. 121-156.
34. ETZIONI, Amitai. Organizações modernas. São Paulo: Pioneira. 1967.
35. FAYOL, Henri. Administração industrial e geral.. São Paulo: Atlas, 1968. p. 68.
36. FLEURY Maria Tereza, et al. Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas, 1992. 170 p.
37. FOUCAULT, Michael. Microfísica do poder. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990. p 109.
38. GALBRAITH, John K. A era da incerteza. São Paulo: Pioneira, 1979, p. 157.

39. GASTALDO, Denise ;MEYER, Dagmar. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.42,n.1, jan./dez. 1989. p. 7-13.
40. GEOVANINI, Telma, et al. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205 p.
41. GERMANO, Ramunda M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1985. 118p.
42. GIL, Antonio C. Como elaborar projeto de pesquisa. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991, p. 45-46.
43. HALL, Richard. Organizaciones, estructuras y proceso. Madri: Prentice, 1973.
44. \_\_\_\_\_. Organization: structure and process. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.
45. HAMPTON, David. Conflito, mudança e desenvolvimento. In :ADMINISTRAÇÃO: comportamento organizacional. São Paulo: Mc - Graw-Hill, 1990. p. 290-332.
46. HOLDEN, Robyn. Defense of cartesian dualism and hermeneitic horizon. In: Journal of Advanced Nursing. v. v. 16. p 1375-1381. 1991.
47. HORTA, Wanda de A. O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, v.1, n.1, 1975. p. 10.
48. \_\_\_\_\_. Processo de enfermagem. São Paulo:EPU, 1979. p. 28- 31.
49. \_\_\_\_\_. Os mitos na enfermagem. In: Enfermagem em Novas dimensões. São Paulo, v.1, n.2, 1975, p. 60-63.
50. JURAN, J.; GRYNA, Frank. Controle da qualidade. São Paulo: Mc-Graw-Hill, 1991. v.1, p.11, 44.
51. KATZ, D. KAHN,R. Psicologia social das organizações.São Paulo: Atlas, 1970.

52. KROWCZUCK, Elizebeth. Dimensionamento do pessoal de enfermagem. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Enfermagem, 1980. 16p. (apostila)
53. KUCGART, Paulina et al. As teorias da administração e o serviço de enfermagem; In: ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM. São Paulo: EPU, 1991. p.3-13.
54. LAWRENCE, Paul; LORSH Jay. As Empresas e o Ambiente: diferenciação e integração administrativas. Petrópolis: Vozes, 1973.
55. \_\_\_\_\_ . O desenvolvimento organizacional: diagnóstico e ação. São Paulo: Blücher, 1972.
- 56 LOPES, Marta Júlia. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem; In: WALDOW, Vera et al. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. p. 153 - 188.
57. LUFKIN, Sylvia et al. Job satisfaction in the head nurse role. Nursing Management, Dundee, Ill, v.23, p.27-29, Mar. 1992.
58. MAGALHÃES, Ana Maria M. Cursos de Graduação em Enfermagem: estudo de opinião dos alunos. Porto Alegre. PUC. 1991. Faculdade de Educação Pontifícia Universidade Católica do RS, 1991.
59. MARCONI, M. e LAKATOS, Eva. Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 1986. p. 20-22
60. MASLOW, Abraham. Motivation y Personality. New York: Harper. 1954.
61. MAUDONNET, Renato. Conceito de hospital e suas funções. In: Administração hospitalar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1988. p. 02-19.
62. MEGGINSON, L. et al. ADMINISTRAÇÃO: conceitos e aplicações. São Paulo: Harper, cap. 13. 1986. p. 336- 365.
63. MENDES, Dulce C. Assistência de enfermagem e administração de enfermagem: a ambigüidade funcional do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.38, p. 257- 265, jul./dez 1985.

64. MEZOMO, João Catarim. As vantagens dos hospitais com A.Q.T. administração da qualidade total. Hospital, Administração e Saúde, São Paulo, v.16,n.5, p.206-208, set./out. 1992.
65. \_\_\_\_\_ . Qualidade hospitalar: reinventando a administração hospitalar. São Paulo: CEDAS, 1992. 233p.
66. MIRSHAWKA, Victor. Hospital-fui bem atendido! São Paulo: Makron, 1994, p. 1-33.
67. MORAES, Ilara H. Informações em saúde-da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994. 172p.
68. MORGAN, Gareth. Imagens da organização. São Paulo: Atlas, 1996, 421p.
69. OLIVEIRA, Maria Ivete R. A formação do conhecimento e a enfermagem brasileira. SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM , Florianópolis, maio. 1985. p. 20 - 24, parte 1.
70. PEREIRA, Rosane C. Untold stories: the lived experience of brazilian novice nurses.. Columbia, 1992, 296 p. Tese (Doutoramento em Educação de Enfermagem).
71. PIRES, Denise. Hegemonia médica na saúde e na enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989, 156p.
72. PIGNTARI, Maria Conceição. O ensino e a enfermagem. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, v. 2, n. 1, 1976. p. 34-37.
73. PORTELLA, Vera C. O trabalho liberal do enfermeiro. Rio de Janeiro, UERJ, 1989. Tese (Livre docência). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem, 1989.
74. REMEN, Rachel N. O Paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993. 221p
75. RIBEIRO, Augusta. Administração de pessoal nos hospitais. São Paulo: Ltr. 2. ed. 1977, 702p.

76. SALZANO, Sonia D.T. Instrumento de comunicação em enfermagem estudo da implantação de um modelo de comunicação escrita entre as equipes de enfermagem das unidades cirúrgicas e do centro cirúrgico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 235 - 252. 1983.
77. SANTOS, Francisco de Araújo. A empresa aberta: uma abordagem liberal. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1992. p.24.
78. SANTOS, Sérgio. Administração em enfermagem burocracia assistência. Hospital- Administração e Saúde, São Paulo, v.16, n.1, jan./fev. 1991.
79. SCHMIDT, Maria José. Regulamentação da profissão de enfermagem no Brasil e sua aplicação. Servir, Lisboa. v.39,n.1, p.32-41,1991.
80. SCHRAIBER, Lilia B. ;et al Programação em saúde hoje. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 1993. 243p.
81. SELTZ, Clair, et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: Herder, 1967, p.63.
82. SILVA, Alceu. Redução da autonomia: a contramão de um caminho eficaz. Porto Alegre: HCPA, 1994, 8p.
83. \_\_\_\_\_. Empresa Pública: Hospital de Clínicas de Porto Alegre- um modelo eficaz. Porto Alegre, HCPA, 1995, 18p.
84. \_\_\_\_\_. História e administração dos hospitais. Porto Alegre, 1996. Não publicado.
85. SILVA, Eliete, et al. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.46, n. 3/4. p. 301-308. jul./dez. 1993.
86. SILVA, Graciete B. Enfermagem Profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. 142p.
87. SIMÕES, Ir. Clemaria. Estrutura conceitual de enfermagem. Revista de Enfermagem da USP, São Paulo, v.22, jun. 1988. p.21-30. n. especial.
88. SIMON, Herbert. Comportamento Administrativo. 3.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979. p.6.

89. \_\_\_\_\_. Tecnology and enviorement ,In: FRED Luthans Contemporary Reading in Organizational Behavior. New York: McGraw-Hill, 1979. p. 51.
90. SOUZA, Regina Marcia; SANTOS, Vera Lúcia. Reflexões sobre o ensino de fundamentos de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 1989. 132p.
91. STEVENSON. William. Estatística aplicada à administração. São Paulo: Harbra. 1986. 495p.
92. TAPPAN, Frances M. Administração hospitalar. São Paulo: EDART, 1976. 174p.
93. THOMAS, L. Qualified nurse and nursing auxiliary perceptions of their work enviorement in primary team and funcional nursing ward. Journal of Advanced Nursing, London, v.17, n.3, p. 373-382, Mar. 1992.
94. THOMPSON, James. Dinâmica organizacional. Fundamentos Sociológicos da teoria da administração. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
95. TOFFLER, Alvin. O choque do futuro. Rio de Janeiro: Artenova, 1972.
96. UNICOVSKY, Margarita. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na profissão do enfermeiro: opinião de enfermeiros, docentes, enfermeiros assistenciais e alunos de enfermagem. Porto Alegre: PUC, 1993. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.
97. VANZIN. Arlete e NERY, M.H. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre: RM, 1996 (pré-lançamento), p.24.
98. VASCONCELOS Filho, Paulo. Análise ambiental para o planejamento estratégico. São Paulo. Revista de Empresas. v. 19, n. 2, abr/ jun. 1979. p. 115-118
99. VÁZQUEZ, Adolfo S. Filosofia da praxis. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990. p. 3-51. Traduzido por Luiz Fernando Cardoso.

100. VERDERESE, Olga. Quem executa a enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL. Anais...O perfil e competência do enfermeiro. Brasília, 1987. p. 157- 63.
101. VIEIRA, Débora V.B. Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino. Porto Alegre: UFRGS, 1993. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1993.
102. YOSHIOCA, Magda, et al. Classificação Internacional da atividades de enfermagem: uma amostra da realidade brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.46, n.3,4, p. 258-265, julh/dez 1993.
103. WALDOW, Vera. Cuidar/ cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera et al. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. p. 7 - 30.
104. WATSON, Jean. Nursing: human science and human care. Colorado: National League for Nursing, 1988. 107p.
105. WEICK, Karl. A psicologia social da organização. São Paulo: USP. 1973, p.28.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**  
**DE IDENTIFICAÇÃO**  
**1ª PARTE DO INSTRUMENTO**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Marque um (X) no parêntese que corresponde a resposta. Você é graduado(a) na enfermagem em Escola de Enfermagem :

- de Porto Alegre
- da grande Porto Alegre
- do interior do Rio Grande do Sul
- de fora do Rio Grande do Sul

2. Coloque o tempo em meses se você é formado há menos, ou até 01 ano e, em anos, se é formado há mais de 01 ano.

Você é formado(a) em enfermagem há \_\_\_\_\_ meses.  
\_\_\_\_\_ anos.

3. Marque um (X) em duas alternativas que caracterizam o hospital onde você atua.

O hospital onde você atua é do tipo

- Público             escola  não escola
- Particular         escola  não escola

Coloque no espaço em branco dos itens 04 e 05 o número de pacientes por funcionários para atender esses pacientes, no local onde você trabalha e em sua jornada diária de trabalho.

04. O número médio de pacientes sob sua responsabilidade é de \_\_\_\_\_  
pacientes.

5. O número de funcionários para atender os pacientes sob sua responsabilidade é de \_\_\_\_\_.

**ANEXO II**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO**

## **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO**

Responda o instrumento sozinho(a) e procure relacionar as questões com suas atividades durante sua jornada de trabalho na unidade.

O objetivo inicial deste estudo é identificar e analisar as atividades que efetivamente o enfermeiro está realizando em situação de trabalho, nas unidades de internação de clínica e cirurgia de adulto.

Com relação à frequência, marque um (X) para os números de 03 a 01, conforme orientação abaixo. Desconsidere situações em que você deixou de executar alguma atividade devido a situações de urgência que exigiram sua presença.

**3- SEMPRE ou QUASE SEMPRE:** quando a atividade é realizada ou pensa que deve ser realizada conforme a proposta do item, diariamente ou pelo menos cinco dias da semana.

**2- FREQUENTEMENTE:** quando a atividade é realizada ou pensa que deve ser realizada de dois a quatro dias da semana.

**1- NUNCA ou QUASE NUNCA:** quando a atividade não é realizada ou pensa que não deve ser realizada pelo enfermeiro em nenhum dia ou realizada até um dia por semana.

**ANEXO III**  
**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**  
**SOBRE AS ATIVIDADES QUE O ENFERMEIRO DA**  
**AMOSTRA FAZ**  
**2ª PARTE**

**ASSINALE UM (X) NAS COLUNAS FAZ DE ACORDO COM A LEGENDA ABAIXO:**

**3 - SEMPRE OU QUASE SEMPRE**

**2 - FREQUENTEMENTE**

**1 - NUNCA OU QUASE NUNCA**

ATIVIDADES	FAZ		
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
01. Coordenar passagem de plantão com os funcionários.			
02. Elaborar escala de serviço.			
03. Visitar pacientes.			
04. Acompanhar médico nas visitas.			
05. Supervisionar cuidados prestados aos pacientes pelos funcionários.			
06. Supervisionar registros de controle dos pacientes (BH, SV, HGT..)			
07. Fazer admissão de pacientes em seu turno.			
08. Supervisionar higiene dos pacientes.			
09. Supervisionar coleta de material p/exames.			
10. Supervisionar nebulizações.			
11. Fazer aspiração de vias aéreas.			
12. Fazer sondagem vesical			
13. Fazer sondagem gástrica.			
14. Fazer curativos.			
15. Aplicar medicações por via parenteral.			
16. Verificar sinais vitais.			
17. Supervisionar administração de medicamentos.			
18. Auxiliar médico em procedimentos junto ao cliente.			
19. Supervisionar condições de pele do cliente			
20. Solicitar medicações à farmácia.			
21. Preencher boletim informativo sobre o estado do paciente.			
22. Fazer controle de entorpecentes.			
23. Requisitar roupas à lavanderia.			
24. Solicitar material esterelizado ao Centro de Material e esterelização.			
25. Supervisionar limpeza da unidade de internação.			
26. Aprazar prescrições médicas no prontuário.			
27. Solicitar manutenção do material.			

**ASSINALE UM (X) NAS COLUNAS FAZ DE ACORDO COM A LEGENDA ABAIXO:**

**3- SEMPRE OU QUASE SEMPRE**

**2- FREQUENTEMENTE**

**1- NUNCA OU QUASE NUNCA**

ATIVIDADES	FAZ		
	3	2	1
28. Controlar consumo de material.			
29. Fazer avaliação de funcionários.			
30. Fazer educação continuada em serviço.			
31. Solicitar material ao almoxarifado			
32. Orientar cliente para o autocuidado.			
33. Avaliar competência do cliente para autocuidado.			
34. Fazer histórico de enfermagem.			
35. Fazer exame físico nos pacientes.			
36. Registrar problemas de saúde nos prontuários.			
37. Elaborar plano assistencial.			
38. Fazer prescrição de enfermagem.			
39. Orientar pacientes para procedimentos diagnósticos e cirúrgicos.			
40. Fazer preparo de alta do cliente.			
41. Avaliar plano assistencial.			
42. Reformular plano assistencial.			
43. Encaminhar paciente para serviço de controle de saúde após alta hospitalar.			

**ANEXO III**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS  
ATIVIDADES QUE O ENFERMEIRO DEVE FAZER**

**3ª PARTE**

**ASSINALE UM (X) NAS COLUNAS DEVE FAZER DE ACORDO COM A LEGENDA ABAIXO:**

**3 - SEMPRE OU QUASE SEMPRE**

**2 - FREQUENTEMENTE**

**1 - NUNCA OU QUASE NUNCA**

ATIVIDADES	DEVE FAZER		
	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
01. Coordenar passagem de plantão com os funcionários.			
02. Elaborar escala de serviço.			
03. Visitar pacientes.			
04. Acompanhar médico nas visitas.			
05. Supervisionar cuidados prestados aos pacientes pelos funcionários.			
06. Supervisionar registros de controle dos pacientes (BH, SV, HGT..)			
07. Fazer admissão de pacientes em seu turno.			
08. Supervisionar higiene dos pacientes.			
09. Supervisionar coleta de material p/exames.			
10. Supervisionar nebulizações.			
11. Fazer aspiração de vias aéreas.			
12. Fazer sondagem vesical			
13. Fazer sondagem gástrica.			
14. Fazer curativos.			
15. Aplicar medicações por via parenteral.			
16. Verificar sinais vitais.			
17. Supervisionar administração de medicamentos.			
18. Auxiliar médico em procedimentos junto ao cliente.			
19. Supervisionar condições de pele do cliente			
20. Solicitar medicações à farmácia.			
21. Preencher boletim informativo sobre o estado do paciente.			
22. Fazer controle de entorpecentes.			
23. Requisitar roupas à lavanderia.			
24. Solicitar material esterelizado ao Centro de Material e Esterilização.			
25. Supervisionar limpeza da unidade de internação.			
26. Aprazar prescrições médicas no prontuário.			
27. Solicitar manutenção do material.			

**ASSINALE UM (X) NAS COLUNAS DEVE FAZER DE ACORDO COM A LEGENDA ABAIXO:**

**3 - SEMPRE OU QUASE SEMPRE**

**2 - FREQUENTEMENTE**

**1 - NUNCA OU QUASE NUNCA**

ATIVIDADES	DEVE FAZER		
	3	2	1
28. Controlar consumo de material.			
29. Fazer avaliação de funcionários.			
30. Fazer educação continuada em serviço.			
31. Solicitar material ao almoxarifado			
32. Orientar cliente para o autocuidado.			
33. Avaliar competência do cliente para autocuidado.			
34. Fazer histórico de enfermagem.			
35. Fazer exame físico nos pacientes.			
36. Registrar problemas de saúde nos prontuários.			
37. Elaborar plano assistencial.			
38. Fazer prescrição de enfermagem.			
39. Orientar pacientes para procedimentos diagnósticos e cirúrgicos.			
40. Fazer preparo de alta do cliente.			
41. Avaliar plano assistencial.			
42. Reformular plano assistencial.			
43. Encaminhar paciente para serviço de controle de saúde após alta hospitalar.			

**ANEXO IV**

**DECRETO LEI Nº 94406**  
**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NO BRASIL**

**08 DE JUNHO DE 1987**

**Regulamenta a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.**

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,  
DECRETA:

Art.1º - O exercício da atividade de enfermagem, observada as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo do enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art.2º- As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art.3º- A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º- São Enfermeiros:

I- o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II- o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III- o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV- aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram o título de Enfermeiro conforme disposto na letra "d" do at. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art.5º São Técnicos de Enfermagem:

I- o titular do diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II- o titular de diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado, em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art.6º- São Auxiliares de Enfermagem:

I- o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II- o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III- o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art.2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV- o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgãos congêneres da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V- o pessoal enquadrado, como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI- o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º São Parteiros:

I- o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II- o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado da Parteiro.

Art. 8º- Ao Enfermeiro incube:

I- privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica d instituição de Saúde, pública ou privada, e chefia de serviços de enfermagem e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II- como integrante de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e dos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpura e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução de parto sem distócia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e de contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º- Às profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I- prestação da assistência à parturiente e ao parto normal;

II- identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III- realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10- O técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I- assistir ao Enfermeiro:

- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

- d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do art. 8º.

II- executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III- integrar a equipe de saúde;

Art. 11º- O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I- preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III- executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

- a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
- b) realizar controle hidrico;
- c) fazer curativos;
- d) aplicar oxigenioterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídeo diagnóstico;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário instrumental;
- l) executar atividades de desinfecção e esterelização;

IV- prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

V- integrar a equipe de saúde;

VI- participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII- executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII- participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12- Ao Parteiro incumbe:

I- prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II- assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III- cuidar da puerpera e do recém-nascido.

Parágrafo único- As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituição de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13º- As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14º- Incumbe a todo pessoal de enfermagem:

I- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II- quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15º- Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único- Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das

situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16º- Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987; 166º da Independência  
e 99º da República.

JOSE SARNEY

Eros Antonio de Almeida