

# GERENCIAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE IDOSOS: VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DA CLIENTELA

Maria das Dores Lima de Melo<sup>1</sup>  
Maria Emília Romero de Miranda Henriques<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se de um estudo onde objetivamos verificar como se processa o gerenciamento em instituições de idosos, na visão dos gerentes e na visão dos idosos. Como referencial teórico utilizamos alguns pontos fundamentais que serviram para nortear este estudo: aspectos epidemiológicos e conceituais do envelhecimento; idosos em asilos; gerenciamento em saúde e gerenciamento asilar. O tipo do estudo foi exploratório-descritivo, numa abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado em três instituições de idosos, tendo uma amostra três gerentes e dezoito idosos. A coleta foi realizada no mês de maio de 2000 e utilizamos dois instrumentos diferenciados, conforme a clientela. Para analisar os dados usamos as etapas da análise de conteúdo de Bardin (1977). Para melhor compreendermos o processo de análise caracterizamos as instituições e o grupo do estudo: categorizamos as falas dos gerentes e dos idosos em categorias que foram originadas das falas dos idosos, desdobrando-as em sub-categorias para análise à luz da literatura pesquisada. Os resultados permitiram inferir que, nos asilos, o gerenciamento é realizado quase de forma caritativa; que os idosos começam a mudar sua postura muitas vezes até por opção própria, morando nestes lares; que os asilos carecem de recursos e de algumas mudanças que garantam um maior espaço físico; e, por fim, permitiu-nos refletir sobre o que é envelhecer a partir da visão geral de um abrigo de idosos.

**Palavras-chave:** Idoso. Gerenciamento. Instituições asilares.

## ABSTRACT

The aim of this study is to verify how it is done the management in ancient shelters according the manager's and of the ancient's view. As a theoretical basis we used some fundamental points that make up useful to guide this study as the epidemiological and conceptual aspects of growing old; the use of ancients in the shelters and the health's management. The kind of the study was exploratory-descriptive in a quanti-qualitative perspective and it was made in three ancient's shelters. The data were collected in May 2000 and we used two different instrumentations according the populations. For the analysis of data we used the steps of Bardin's content analysis (1977). For a better understanding of analysis process we characterized the institutions and the study group by the categorization of the manager's and the ancients speeches in groups originated from the ancient's speeches apparting them in under categories for the analysis according the

---

<sup>1</sup> Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Especialista em Enfermagem Gerencial – CCS/UFPB.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profª do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração – DEMCA/CCS/UFPB – Orientadora.

literature searched. The results showed that the management in the shelters is done in an almost creative manner; that the ancients change their behavior spontaneously in these places and that the shelters are empty of sources. Some changes that allowed a bigger space and allow us to reflect about the process of getting older in a shelter.

**Key words:** Aciert. Mannegement. aciert shelters.

## INTRODUÇÃO

### Cantinho do Amor

*Se da minha vida não disponho  
Ainda tenho um grande sonho  
Ter ao menos um cantinho  
Para de noite me aconchegar...*

(Maria Emilia R. M. Henriques)

O Brasil tem enfrentado inúmeras dificuldades com relação à pobreza, ao desemprego, e, agora, se avizinha o problema para o qual todos os setores, especificadamente o da saúde, tem que mostrar um melhor desempenho, no sentido de aumentar a qualidade da assistência.

Vale salientar que nos países desenvolvidos, a terceira idade se inicia aos 65 anos e, no Brasil, aos 60. Três pontos fundamentais concorreram para esta brusca mudança nos padrões demográficos: a redução da mortalidade geral e em especial a infantil, a diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida do brasileiro (VERAS, et al, 1997).

Diante da perspectiva de termos 34 milhões de pessoas idosas no ano de 2026, o Presidente da República sancionou a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e estabelece outras providências, cujo Art. 1º refere: “A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1998).

Segundo Mascaro (1997), é em torno dos sessenta anos que se acentuam as transformações biológicas típicas da terceira fase da vida. É também neste momento que acontece a aposentadoria e também alguns papéis tradicionais da vida adulta, como os decorrentes da emancipação dos filhos.

Nesse contexto, os idosos ficam sozinhos e quando chega a incapacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) são encaminhados, ou vão, por opção própria, às instituições cuidadoras de idosos.

Conforme Lago (1996), “a pessoa que não é aceita tem dificuldade em se aceitar, e, conseqüentemente, de aceitar o seu semelhante. A condição de ser aceito gera estima, confiança e segurança em si e nos outros”.

As mudanças que o indivíduo sofre ao longo de sua vida não ocorrem no vazio, mas imersas na cultura de cada sociedade, impregnadas pelos valores e ideologias de um dado contexto histórico. Na sociedade capitalista em que vivemos, o velho é discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”, nem integrar-se aos padrões de beleza requeridos pela sociedade (CALDAS, 1998).

Verificamos que esse fenômeno ocorre na prática em instituições asilares, e o descaso com essa população em instituição tem sido objeto de motivação veiculado através da mídia para a sociedade.

O idoso que enfrenta problema de solidão, geralmente não aceita a velhice e desenvolve condutas que o deixam isolado dos demais, levando-o muitas vezes à depressão, principalmente se o mesmo já carrega traumas de rejeições ao longo de sua vida.

Portanto, a avaliação funcional do idoso é de extrema importância e o profissional que o assiste, bem como as pessoas que exercem cargos de direção nas instituições, têm que reconhecer os problemas que o idoso apresenta decorrentes do desgaste fisiológico e o que eles poderão apresentar diante da situação de isolamento e abandono familiar.

A melhoria da assistência aos que convivem nos asilos poderá ser efetivamente de boa qualidade a partir de um trabalho integrado, no qual uma equipe multiprofissional promova uma assistência efetiva, considerando os aspectos físicos, mental e social deste indivíduo.

Tornar este idoso tão produtivo quanto possível talvez seja o ponto inicial de uma assistência que busque resgatar a identidade da pessoa idosa.

Tendo vivenciado a experiência de residir em uma instituição de idosos por quase dois anos, pudemos observar a necessidade de maior capacitação daqueles que trabalham com essas pessoas, no que diz respeito a noções de geriatria, ao apego à profissão e à necessidade de uma maior definição sobre as suas atividades no dia-a-dia,

dentro das referidas instituições. Podemos, diante de nossa prática, dizer que, tanto a solidão quanto as patologias são bastante frequentes nessas unidades de idosos.

Mediante essa contextualização existe uma preocupação no sentido de pessoas qualificadas prestarem cuidados a idosos. Observamos, na prática, que a maioria dos profissionais que exercem atividades assistenciais são auxiliares de Enfermagem e voluntários, as quais recebem salários irrisórios, tendo muitas vezes que trabalhar em diversos empregos para a garantia de sua sobrevivência.

Outro ponto a ser questionado é o gerenciamento nesses asilos. Quem faz a supervisão? Quem lida diretamente com os idosos? Por que essas pessoas optaram por esse tipo de cuidar? Como desenvolvem seu trabalho nas instituições asilares?

A convivência em uma instituição de idosos somada à vontade de realizar um trabalho com essas pessoas em asilos foi o impulso necessário para o desenvolvimento desta pesquisa, com a qual pretendemos contribuir para a melhoria do cuidar em instituições asilares. Neste sentido, concentramos nossas inquietações, onde procuramos desvendá-las através dos objetivos a que nos propomos nesta investigação: verificar como se processa o gerenciamento em instituições de idosos, na visão do gerente e na visão da clientela.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, que, de acordo com Gil (1991) tem “como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias com vistas à formulação de problemas”.

O estudo foi realizado em três instituições de idosos localizadas na cidade de João Pessoa-PB.

A população do estudo constituiu-se de funcionários e idosos das instituições asilares. A amostra foi composta por três profissionais que desempenham funções de gerente nas instituições escolhidas para o estudo, e dezoito idosos, seis em cada lar, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino, em cada uma das instituições.

Para seleção da amostra obedecemos aos seguintes critérios: com relação aos gerentes: aceitar participar do estudo; com relação aos idosos: ser lúcido; estar presente na hora da coleta e concordar em participar da entrevista.

Neste estudo foram observados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa, tratando-o em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia e defendendo-o em sua vulnerabilidade (BRASIL,1998).

A coleta de dados foi realizada nos dias úteis do mês de maio de 2000. A técnica utilizada foi uma entrevista, que, de acordo com Gil (1991), “é a técnica básica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Utilizamos como instrumento dois formulários: um dirigido aos gerentes e outro aos idosos, com perguntas relacionadas ao gerenciamento em instituição asilar, na visão destes.

Para melhor compreensão da análise dos dados dividimos o material coletado em duas etapas: na primeira, descrevemos as instituições de idosos e sumarizamos o perfil do grupo do estudo, ou seja, caracterizamos os gerentes e os idosos.

A segunda etapa prendeu-se à análise dos depoimentos dos gerentes e dos idosos com relação ao gerenciamento. Para esta análise, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (1977), com algumas adaptações requeridas pelo estudo. Esta segunda etapa constou de duas fases, como segue:

Inicialmente, lemos as entrevistas sucessivamente e iniciamos o processo de codificação na primeira fase. Codificamos as respostas dos gerentes, dando a cada agrupamento de respostas um número cardinal. Em seguida, desse agrupamento, extraímos categorias, as quais denominam, como segue: 1. Ajudando no gerenciamento; 2. Igualdade no gerenciamento; 3. Qualidade de vida no gerenciamento; 4. Dificuldade no gerenciamento; 5. Planejando o gerenciamento.

Quanto à codificação das respostas dos idosos demos a cada agrupamento de respostas uma letra do nosso alfabeto. Desse agrupamento extraímos as seguintes categorias: **A.** Substituindo a família; **B.** Aspectos da organização asilar; **C.** Desfrutando da moradia asilar; **E.** Melhorias asilares.

A partir dessas categorias, formamos sub categorias que levaram, além das letras das categorias, um número cardinal em ordem crescente. Em seguida, fizemos novo agrupamento de depoimentos e elencamos em cada sub-categoria, como segue:

**A. SUBSTITUINDO A FAMÍLIA** - A<sub>1</sub> Vivenciando a família; A<sub>2</sub>. Distanciamento familiar; A<sub>3</sub>. Satisfação asilar

**B. ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO ASILAR** – B<sub>1</sub>. Aspectos positivos; B<sub>2</sub>. Aspectos negativos

**C. DESFRUTANDO DA MORADIA ASILAR** – C<sub>1</sub>. Substituindo sua casa; C<sub>2</sub>. Buscando companhia; C<sub>3</sub>. Opção por ausência familiar.

**D. DIFICULDADES VIVENCIADAS NA MORADIA ASILAR** - D<sub>1</sub>. Limitações vivenciadas no asilo; D<sub>2</sub>. Dependências físicas vivenciadas no asilo; D<sub>3</sub>. Recordações vivenciadas no asilo.

**E. MELHORIAS ASILARES** - E<sub>1</sub>. Profissionais noturnos no asilo; E<sub>2</sub>. Visitas asilares; E<sub>3</sub>. Ajudas para manter o asilo; E<sub>4</sub>. Direitos de cidadão preservados; E<sub>5</sub>. Sem sugestões para melhoria do asilo.

Em seguida, colocamos em tabelas as categorias e sub-categorias, evidenciando sua frequência, procedendo a análise à luz da literatura pesquisada.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

**Instituição nº 1** - Esta instituição, de caráter filantrópico, abriga setenta e quatro idosos (oito homens e sessenta e seis mulheres); recebe ajuda da prefeitura; possui quatorze prestadoras de serviço (seis são auxiliares de enfermagem e cinco agentes operacionais).

Com relação ao ambiente, verificamos que existe um posto de atendimento com medicamentos de urgência para prestação de primeiros socorros. Os ambientes onde residem os idosos são organizados pelo nível de dependência física, formando 2 pavilhões: o masculino e o feminino. A instituição possui dois refeitórios, um para dias especiais, ou seja, de festa; e outro, para as refeições diárias.

A gerente é auxiliar de Enfermagem e faz supervisão nas enfermarias dos pavilhões diariamente. Os idosos recebem visitas de voluntários e familiares nos finais de semana.

**Instituição nº 2** - Nesta instituição vivem cinquenta e quatro idosos, sendo vinte e oito mulheres e vinte e seis homens. Sua renda provém de três fontes: da família dos idosos; das aposentadorias e da prefeitura do município de João Pessoa. A instituição possui dezessete prestadores de serviços (doze auxiliares de enfermagem e cinco agentes operacionais) que recebem seus salários pela prefeitura e um complemento da própria instituição.

O asilo é composto de um posto para atendimento, com medicação de urgência para primeiros socorros, e o médico comparece para atendimento aos idosos do asilo duas vezes por semana, manhã ou tarde, dependendo da disponibilidade do mesmo. O ambiente é organizado em duas alas distintas: uma feminina e outra masculina. Por sua vez, cada ala sofre uma subdivisão: idosos lúcidos e não lúcidos, em duas alas distintas; os que possuem renda e os que não possuem e, ainda, os acamados, em outra ala. Esse critério é usado nesta instituição para idosos de ambos os sexos. Ainda encontramos na instituição um refeitório para cada ala, uma capela para missa e celebração de outros ritos, como o da penitência. Esta instituição ainda possui 02 casas onde moram idosos e um pavilhão em construção.

O gerente é administrador e faz supervisão em todas as enfermarias diariamente. Os prestadores de serviço trabalham até 18h e 30min. Os idosos lúcidos ajudam no atendimento simples a outros idosos na própria instituição e têm liberdade para sair, visitar seus parentes e familiares, em qualquer dia da semana.

**Instituição 3** - Esta instituição abriga cinquenta e dois idosos e configura-se em um lar de pessoas de poder aquisitivo mais elevado que as duas primeiras descritas. Os idosos do sexo masculino vivem em um pavilhão denominado Sagrado Coração de Jesus, e as mulheres em três pavilhões distintos: Santa Catarina, Santo Antônio e Nossa Senhora de Lourdes. Os idosos acamados ficam em quartos separados. Existe neste asilo uma capela, uma lavanderia, uma cozinha e cada pavilhão tem uma copa organizada para os dias festivos.

O médico consulta os idosos e, além dele, há recreadoras voluntárias para muitas festividades, incluindo uma anualmente que angaria fundos para a referida instituição. Vale salientar que os cuidadores de idosos desta instituição são, em sua maioria, religiosos. Nesta instituição o gerente é administrador.

**Caracterização do grupo do estudo:** os gerentes e os idosos

Procuramos sumarizar o perfil dos gerentes e dos idosos para melhor compreender o processo de análise.

**Os gerentes** - Participaram do estudo três gerentes, um de cada instituição, sendo um do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades variando de 45 a 61 anos.

Dois gerentes eram administradores e uma auxiliar de enfermagem. O tempo de serviço desses profissionais variou de seis a vinte anos de trabalho no asilo, e o vínculo empregatício é a prestação de serviço (prefeitura) e também trabalho caritativo.

**Os idosos** – Os idosos participantes da investigação, foram em número de 18, sendo 9, do sexo masculino e 9, do feminino.

O maior número de idosos, ou seja 4, que corresponde a 22,2% dos participantes do estudo, tinham idade de 70 a 75 anos. Com relação ao estado civil, predominou a viuvez, fato este que pode ter contribuído para o ingresso do(a) idoso(a) na instituição.

Os filhos tiveram também participação efetiva no tocante à moradia no asilo; sete idosos nunca tiveram filhos e o restante tinha filhos variando de 1 a 6; estes, segundo os idosos, tinham vida própria, muitos filhos não tinham tempo disponível para cuidar deles. O tempo em que os idosos convivem na instituição asilar varia de 1 mês a 21 anos.

No desenvolvimento desta investigação verificamos que os idosos permanecem por muito tempo na instituição e a causa deste fenômeno pode ser a ausência dos filhos. A prática nos mostrou que muitas idosas moram nestes lares por opção própria e, comparando com os homens, observamos que as mulheres são mais produtivas, no sentido de executarem trabalhos manuais, bem como prestar cuidados a idosos acamados.

## **O Gerenciamento em Instituições Asilares na Visão dos Gerentes**

Procuramos neste capítulo discutir os depoimentos dos gerentes sobre o gerenciamento nas instituições.

### **Categoria 1 – Ajudando no Gerenciamento**

“Eles precisam de alguém que fique à frente dos cuidados”; “São pessoas carentes e precisam de carinho; “Pessoas que precisam de ajuda”.



Esses depoimentos evidenciam a necessidade que os idosos têm de ser cuidados por pessoas que tenham sensibilidade suficiente para entender suas carências.

Cuidando de idosos em uma instituição, percebemos que as pessoas que moram nesses lugares carecem não só de assistência física, sendo também pessoas carentes de afeto. No mundo atual, podemos afirmar que isto não é privilégio dos idosos: caminhamos para um mundo cada vez mais competitivo, que nos remete à solidão e nos torna, a **todos**, carentes.

Com relação aos gerentes das referidas instituições, podemos dizer que a pessoa que se propõe a este serviço, além da generosidade, tem que ser administradora por excelência, pois não é fácil administrar, dirigir, coordenar, supervisionar, angariar fundos para manter essas instituições, já que elas, em sua maioria, são originárias de caráter filantrópico.

Neste sentido, faz-se necessário que os profissionais que gerenciam essas instituições tenham conhecimento dos aspectos físicos e psicológicos que acontecem no desgaste fisiológico normal de todo ser humano. Este profissional deve, ainda, ter um bom relacionamento, ser criativo, dinâmico, e, principalmente, goste de lidar com pessoas idosas. Estes requisitos, como vimos no referencial deste trabalho, são indispensáveis a quem se propõe a ser gerente em lares de idosos.

Atualmente, em outro contexto, além dos asilos onde os idosos permanecem por todo tempo, existem casas em que eles passam o dia, desenvolvem atividades e voltam para dormir em suas residências.

## **Categoria 2 - Igualdade no gerenciamento**

“Gosto de trabalhar com os dois sexos; precisam do mesmo trato”;  
“Ambos os sexos me relaciono bem”; “Os dois sexos merecem atenção igual”.

Verificamos, através das falas dos gerentes, que o sexo não importa e sim o cuidado ao ser humano. Essas falas vêm desmistificar o conceito usado em alguma sociedade sobre a mulher idosa. Segundo Mascaro (1997), a imagem da velhice feminina na mitologia e no folclore, apresenta diferença significativa da imagem da velhice masculina: o homem idoso, cheio de vigor, bondade e sabedoria, se contrapõe à mulher

que representa o lado negativo e sombrio da vida, pois esta é vista como a bruxa, a mulher infértil e não se identifica com a mãe, que fecunda e nutre o seu filho.

Concordamos, portanto, com os gerentes, pois não existe sexo no cuidar. Homem ou mulher, em qualquer faixa etária, sobrevivente neste planeta, tem direito à saúde, assegurado como dispõem as constituições dessas sociedades, embora em algumas, como a indígena, o idoso é considerado o chefe, o líder – nunca vimos pajé do sexo feminino, nem mulher na Presidente da República, no Brasil. Vale refletir, ainda, sobre este posicionamento.

### **Categoria 3 - Qualidade de vida no gerenciamento**

“Falta o aconchego e visita das famílias”; “Desfrutam de tudo, médico, serviço de enfermagem, psicólogo, recreação, fisioterapia, boa alimentação”; “Desfrutam livremente dos tratamentos, carinho”.

De fato, à medida que a idade avança, a família se converte no eixo principal das suas relações, proporcionando tanto ajuda e cuidados como companhia. A família é o ponto de referência da estrutura social. A maioria dos idosos (80%) mantém uma relação forte com suas famílias; os casados e as viúvas mantêm maior contato com filhas (os) e netas (os), enquanto que as solteiras e os separados o têm com irmãos, sobrinhos e primas.

Durante o desenvolvimento deste estudo pudemos observar que, apesar dos idosos não terem o aconchego familiar, desfrutam de atendimento à saúde, alimentação, fisioterapia e outras necessidades que, talvez, em suas residências, não tivessem oportunidade. Por esta causa eles procuram se adaptar à condição de asilado e muitos se apegam às pessoas da administração e vice-versa.

É salutar que o indivíduo alcance o processo de envelhecimento de forma a manter-se autônomo e integrado à sociedade, seguindo o lema do Ministério da Saúde que é “*viva bem a idade que você tem*”. Os requisitos prévios compreendem uma série de condições necessárias ou fundamentais, para que todas as situações e procedimentos possam ser realizados com sucesso. Enfim, o planejamento é a chave para a abertura de uma prestação de serviços com êxito.

## O gerenciamento em instituições asilares na visão dos idosos

Neste capítulo apresentaremos a categorização e subcategorização da fala dos idosos, com relação ao gerenciamento destas instituições na visão dos mesmos, para facilitar a compreensão e dar prosseguimento à análise dos dados.

A categoria Substituindo a família foi contemplada com 03 sub-categorias, segundo o número de respostas dos idosos: Vivendo sozinha, 05 respostas; Distanciamento familiar, 06 respostas e Satisfação asilar, 07 respostas.

A sub-categoria mais incidente na categoria “**Substituindo a família**” foi a satisfação asilar, como podemos constatar nos seguintes depoimentos:

*“Porque a comida é boa, tudo é bom aqui”; “Tenho a companhia dos outros”; “Paz, tranquilidade, segurança, não tem outro jeito”.*

Com relação a esta categoria, torna-se evidente que os idosos consideram como satisfação a comida, a companhia, paz, entre outros benefícios a que são favorecidos na instituição asilar. Esta afirmativa verificada nestas falas são necessidades descritas por Horta (1979) como essenciais à sobrevivência do ser humano. São as chamadas Necessidades Humanas Básicas. A sub-categoria menos evidenciada foi “*vivendo sozinha*”, conforme mostramos a seguir:

*“Aqui eu tenho família e não fico sozinho”; “Se eu não morasse aqui, viveria só”; “Eu não tenho família melhor aqui do que sozinho”.*

Nesses depoimentos, podemos verificar que o idoso na instituição tem garantida a companhia de outras pessoas e afirma não estar sozinho. Isto é muito importante, mesmo porque a solidão pode levar à depressão, doença que atualmente preocupa todo o mundo. Segundo Stope Júnior e Louzã Neto (1996), a diminuição do suporte social no idoso pode levá-lo à depressão e que esta é muito difícil de ser diagnosticada, porque muitas vezes se assemelha ao estado de envelhecimento normal. É evidente que se sentir só é uma questão de interiorização e muitas vezes o idoso está inserido no seio familiar, mas se sente solitário e melancólico e talvez até se defina uma maior expectativa com relação à atenção, porque a rede de suporte deste idoso repousa nos próprios familiares, ou seja, nos parentes próximos.

A categoria Aspectos da organização Asilar originou as subcategorias, Aspectos positivos, com 20 respostas, e Aspectos negativos, com 05.

Os idosos, em sua maioria, responderam positivamente às questões referentes ao aspecto organização asilar. Esta inferência por parte dos depoentes, nos deixa com certa tranqüilidade no sentido de que, apesar das instituições asilares carecerem de recursos materiais e de pessoal, a postura das pessoas que se abrigam nestes lares, com relação à administração, começa a mudar, como podemos observar nos depoimentos:

“Não tenho o que dizer, o administrador é como se fosse meu filho”;  
“Boa, o organizador é atencioso, distinto”; “Boa, não tenho o que falar”.

A administração de uma instituição hospitalar não é tarefa fácil, principalmente na atual conjuntura do país, que atravessa uma avassaladora crise financeira em todos os setores, incluindo o setor saúde. Somos sabedores que a expectativa de vida do brasileiro tem aumentado, e este fenômeno, aliado a outros, vai fazer com que os indivíduos vivam mais, e os que não tiverem um estilo de vida saudável ou trouxerem consigo uma herança genética negativa, do ponto de vista do adoecer, com certeza, viverão com as doenças crônicas e degenerativas, próprias da idade. Além dessas peculiaridades dos idosos, o administrador tem que lidar com as pessoas que cuidam dos mesmos, e, vale observar, que estas são mal remuneradas, fazendo um trabalho quase que caritativo, ou seja, de doação.

Com relação à sub-categoria “**aspectos negativos**”, apenas cinco idosos emitiram opiniões negativas com relação ao administrador e às condições de vida no asilo, como segue:

“Já foi melhor antes, com a outra administradora”; “Não gosto, queria que tivesse mais comida e cigarro para mim, como não tenho, não tenho quem me dê”; “Não é tão boa como antes mas a gente vai levando”.

O idoso muitas vezes se torna resistente a mudanças, e estas podem lhe causar insatisfação e levá-lo ao estresse. Com relação à comida e ao consumo de cigarro, esses idosos que vivem nessas instituições, geralmente depositam sua aposentadoria nas mesmas e não têm acesso ao dinheiro, o que, de certa maneira, dificulta a compra de algo a mais do que é oferecido na instituição. Portanto, a mudança de administrador pode se constituir em motivo de queixa para o idoso. Entretanto, este fato não se verifica em

instituições que abrigam idosos de poder aquisitivo melhor do que os do grupo do estudo. A permissividade total para o idoso pode trazer consequências drásticas como, por exemplo, o idoso diabético, de posse de dinheiro, iria abusar da má-alimentação, e isso, com certeza, aumentaria seus níveis de glicose sanguínea, lhe trazendo, assim, sérias complicações de saúde. Vale salientar que nesses lares existem idosos que se encontram em um elevado processo de senilidade. Neste sentido, Gonçalves (1994) afirma: “*Muito depende dos idosos o tributo de consideração e afeto por eles esperado de parte de outras pessoas*”. Diante dessa premissa, a questão do administrador e a administração depende de conceitos e aceitabilidade individual, e também do nível de adaptação de cada idoso que ali reside.

A sub-categoria Desfrutando da Moradia Asilar originou 03 sub-categorias: Substituindo sua casa, com 05 respostas; Buscando companhia, com 04; e Opção por ausência familiar, com 09.

A sub-categoria mais incidente da categoria “**Desfrutando da Moradia Asilar**” foi a opção de morar no asilo por ausência familiar. Esta se constitui em ausência real e provocada, quando o familiar deixa seu idoso e não aparece para visitar. Ainda outros familiares visitam-no, mas delegam todo cuidado à instituição cuidadora de idosos, como verificamos nos depoimentos a seguir:

“Como não tenho família, acho bom aqui”; “Não vim por opção, gostaria de ter uma família”; “Em parte boa, e em parte ruim, solidão, lembranças, aconchego dos familiares, isto eu não tenho aqui”.

Vale a pena refletir este aspecto de opção ou não de moradia asilar, principalmente com relação à questão tão em voga de reintegração do idoso à sociedade. Isto é um paradoxo, tendo em vista que o idoso nunca se desintegrou da família e/ou comunidade, mas estas sim, o deixaram à margem. É a própria sociedade que exclui o velho do trabalho, da família, dos eventos sociais e aos poucos vai tornando-o improdutivo, até porque existe a lei do uso e desuso de Lamarck, e que se aplica ao ser humano nas suas atividades de vida diária.

Entretanto, outro aspecto devemos considerar: se a expectativa do brasileiro aumentou, podemos dizer que os familiares vão tomar conta deste idoso por mais tempo também, e isto implica em um grande desgaste para a família e para ele. A questão da permanência do idoso em abrigos determina uma mudança de postura da sociedade e

implica diretamente no perfil dessas instituições. Estudos realizados por Santos (1997) têm demonstrado que a família não se constitui na maior rede de suporte da pessoa idosa, mesmo porque, estamos adotando hoje outro tipo de família, onde todos precisam trabalhar para o sustento e que por vezes não se configura nos padrões da família patriarcal, aquela que permanecia junta para que não houvesse quebra dos laços familiares. Hoje ocorrem as separações, os cônjuges refazem suas vidas; e os avós, com quem ficam? Precisamos, diante desta exposição, repensar os modelos das instituições cuidadoras de idosos, para que estas não se constituam em uma opção forçada ao idoso, mas que ele, neste lugar, possa sentir-se bem e consiga resgatar seus valores, tornando-se produtivo, enquanto puder.

A sub-categoria com menor número de respostas foi “**Buscando companhia**”, como evidenciamos nos depoimentos:

“Aqui eu tenho companhia, não fico só”; “Em parte, pelo menos não me sinto só”.

A solidão talvez não seja um episódio vivido apenas pelo idoso. Nos dias de hoje, onde encontramos tanta violência, percebemos que as pessoas se isolam cada vez mais. As lembranças das brincadeiras nas calçadas das casas não passam de mera lembrança. Com o idoso, essa solidão toma um rumo mais grave, porque o leva a ociosidade. Como já referenciado no decorrer desta pesquisa, você pode estar no asilo e não estar só, como pudemos observar nos depoimentos.

A categoria Dificuldades Asilares foi contemplada com 03 sub-categorias: Limitações vivenciadas no asilo, com 05 respostas; Dificuldades físicas vivenciadas no asilo, com 04; e Recordações vivenciadas no asilo, com 02.

Com relação à categoria “**Dificuldades Asilares**”, é de se esperar que os idosos tenham inúmeras dificuldades, pois sabemos que o envelhecimento determina algumas limitações, mas que muitas vezes estas não os impedem de tocar a vida. Vejamos os depoimentos da sub-categoria “Limitações vivenciadas no asilo”, a qual foi mais incidente nesta categoria:

“Gosto de andar e os espaços são limitados”; “Não poder andar com os outros, sozinho não posso, por causa de minhas pernas”; “Para mim tanto faz, eu não tenho dinheiro”.

Estes depoimentos nos faz refletir duas questões opostas: se por um lado esses idosos se sentem dispostos a andar, por outro, é uma temeridade deixar um idoso só, andando pelas ruas, mesmo porque as limitações físicas acontecem, a exemplo da audição e da marcha que fica mais lenta com o passar dos anos (CALDAS, 1998).

A sub-categoria ”**Recordações vivenciadas no asilo**” teve um número menor em relação às duas outras integrantes desta categoria, acima referenciada. Vejamos os depoimentos:

“Lembranças dos filhos, de casa, de todos da família”; “Solidão, não poder andar, sair”.

Estes depoimentos são a expressão mais verdadeira de abandono e segregação. Esta é uma questão cultural e difere de sociedade para sociedade. Em algumas comunidades o velho é tido como sábio (índios, por exemplo); em outras, o velho é considerado um demente, que não possui voz nem voto nas atitudes familiares (MASCARO, 1997). Alguns idosos negam até que têm família e quando a gente pergunta a outras pessoas tomamos conhecimento que a família existe, mas não vem visitar o seu idoso. As pessoas que pretendem formar lares de idosos e os administradores dos já existentes devem observar a questão da segregação do idoso. Estas casas que são construídas longe das cidades só podem servir para alienar a pessoa idosa. O velho precisa ver gente nova, precisa sentir o cheiro da cidade, ver o movimento dos carros. Enfim, precisa ter tratamento de ser humano e sentir que está vivo.

A categoria Melhorias Asilares originou 05 sub-categorias: Profissionais noturnos no asilo, com 06 respostas; Visitas asilares, com 04; Ajudas para manter o asilo, 03; Direitos de cidadão preservados, 01, e 04 respostas na sub-categoria Sem sugestões.

Vale a pena extrair das sub-categorias, os depoimentos que melhor definem a categoria “*Melhorias Asilares*”:

Que tivesse uma pessoa à noite para dormir, às 7h fecham as portas e ficamos sozinhos, se morreu, morreu”; “Que os filhos tivessem mais humildade e viessem me buscar para passear”; “Que os nossos direitos fossem levados em conta, o que é bom para mim, não é para todos.

A sugestão que mais apareceu foi a solicitação de pessoal para dormir com os idosos. Na realidade, como essas instituições são de caráter beneficente, a

obrigatoriedade de revezamento de pessoal, não é possível em todos os turnos. Entretanto, esta situação vai mudar a partir do momento em que essas casas começarem a crescer em número, em decorrência do aumento da população nessa faixa de idade, e o cuidador passe a ter seus direitos assegurados. O que observamos no momento são pessoas que cuidam de idosos, mas recebem salários irrisórios. Embora exista a Política Nacional do Idoso, nesta capital, onde realizamos esta pesquisa, ainda não aconteceu o despertar para essa realidade: Hoje, é ele ou ela; amanhã, quem sabe, sou eu ou você vivenciando esta realidade asilar. Verificamos, ainda, nestes depoimentos, a cobrança dos direitos e o respeito à individualidade de cada um. Temos que ter consciência que cada ser, embora velho, é único no mundo. Como dito anteriormente, o estigma da velhice se assemelha ao de algumas doenças contagiosas, mas apenas esquecemos que o indivíduo ou envelhece ou morre jovem. A opção muitas vezes está em suas mãos. Alertemos nossos jovens aos hábitos da vida saudável, para que, no inverno de nossas vidas, tenhamos construído uma cobertura que seja suficientemente eficaz para nos abrigar; e só conseguiremos isto fazendo alguma coisa pelo irmão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho permitiu compreender o gerenciamento a partir da fala dos gerentes e dos idosos, e nos proporcionou identificar aspectos positivos e negativos neste gerenciar.

Do ponto de vista dos gerentes, observamos que mais do que uma profissão ou um trabalho, é uma doação. Os recursos são precários, principalmente no que diz respeito ao pessoal para cuidar dos idosos, pois estes também, como o gerente, não possuem rendimento suficiente para uma dedicação exclusiva a essas instituições. Os gerentes não possuem opção de sexo para cuidar: masculino ou feminino. É o idoso que precisa ser cuidado. Esta afirmativa nos surpreendeu, tendo em vista que a mulher idosa, em todas as épocas, sofre um preconceito maior do que o idoso de sexo masculino. Enquanto a velha é a “bruxa malvada”, o idoso é o velho que “tem sabedoria”. Detectamos, ainda, na fala dos gerentes, que, diante da situação em que está mergulhada a economia brasileira e com o irrisório dinheiro das aposentadorias, há que se fazer “milagre”, no sentido de oferecer uma boa qualidade de vida aos idosos internados em lares.



A fala dos idosos com relação ao gerenciamento surpreendeu-nos em alguns aspectos, principalmente porque, quando falamos em asilos, logo pensamos em maus tratos. Acreditamos que a sociedade legou esse tributo a essas casas de idosos. Poucos idosos falaram de deficiências da instituição. Observamos que, de certa forma, as pessoas do lar substituem a família na vida diária. Com relação à permanência no asilo, verificamos que as mulheres que não têm filhos permanecem mais tempo do que os homens em igual condição. Esse fato merece um estudo de maior profundidade.

Concluimos, ainda, que alguns idosos revelaram que o espaço se torna pequeno para andar e alguns mencionaram a questão da solidão alegando não se sentirem sós no asilo. Quando os idosos sugeriram algumas melhorias, estas se detiveram, quase que exclusivamente, à questão da solicitação de pessoal à noite, recursos para a instituição, e, ainda, comentaram que gostavam do administrador.

Esta pesquisa trouxe para nós, profissionais de saúde, o conhecimento, no sentido de verificarmos, diante dessas falas, que as instituições de idosos já conseguem passar para os internos uma realidade vivida e experienciada, não tão negativa como anteriormente, mas que esforços maiores ainda devam ser feitos, principalmente no que diz respeito à ociosidade nestas casas.

Este estudo nos leva a refletir sobre o que significa envelhecer.

Será que este Brasil de muitos “Brasis” está se preparando verdadeiramente para receber o contingente populacional que vem aí?

Segundo Caldas (1998),

A visibilidade social das questões do envelhecimento é um convite à reflexão dos que lidam com idoso, para que possam rever atitudes que reproduzem estigmas e desenvolver um olhar que considere a humanidade do velho, sujeito que tem sua, uma história pessoal, uma vivência de trabalho e relações sociais, gostos, habilidades e interesses.

Ao término desta investigação estamos conscientes de que muito se pode fazer pela pessoa que se encontra na velhice, terceira idade, melhor idade etc. O primeiro passo não se concretiza em mudar a nomenclatura. Velho é velho, idoso é idoso; o que precisamos é mudar nossa postura diante da velhice.

Ser velho significa, *a priori*, que o idoso não seja mais “útil” à sociedade, ainda que nada possua para dar ao outro, a sabedoria não se compra, ela é adquirida ao longo dos anos, vivendo e envelhecendo. Adotamos a corrente de estudiosos que diz que o

envelhecimento se inicia a partir do nosso nascimento. Neste momento, começamos a ser atores e espectadores de nossa própria história. Neste trabalho oferecemos uma visão da velhice e do gerenciamento, e precisamos, para isso, de ação, como dizia o pensador: “Visão sem ação, não passa de sonho. Ação sem visão é puro passatempo. Ação com visão, pode modificar o mundo” (D. HÉLDER CÂMARA).

Faz-se necessário, portanto, que os profissionais da referida área invistam na compreensão desta fase, para melhor poder cuidar dos seus escolhidos. E aí vai um grande alerta: BREVEMENTE TEREMOS UMA QUARTA IDADE...bem expressiva.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso**: Programa Nacional dos Direitos Humanos, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1998.

CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UNATI, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, P. **O direito e o avesso da velhice**. São Paulo: Atheneu, 1994.

LAGO, M.P.A. Prevenção dos problemas psíquicos. In: GUIDI, M. L. M.; MOREIRA, M. R. L. P. (Orgs.). **Rejuvenescer a velhice**. 2. ed. Brasília, DF: EDUnB, 1996.

MASCARO, S. A. **O que é envelhecer**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

SANTOS, S. S. C. **O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar**. Uma relação de ajuda na enfermagem. 1997. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. **Depressão na Terceira Idade - apresentação Clínica e Abordagem Terapêutica**. São Paulo: Lemos, 1996.

VERAS, R. P. et al. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Revista Esc. de Enf. USP**, São Paulo, n. 2., p. 228, ago. 1997.

# GERENCIAMENTO E QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM: OPINIÕES DE ENFERMEIROS

Flávia Lira da Paz<sup>1</sup>  
Marta Miriam Lopes Costa Cunha<sup>2</sup>

## RESUMO

Este estudo foi do tipo exploratório descritivo, desenvolvido mediante uma abordagem quantitativa, com uma amostra de vinte enfermeiros gerentes, pertencentes a seis instituições de saúde. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 1999 a outubro de 2000. Teve como objetivos investigar as opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento e a qualidade no serviço de enfermagem, e identificar as atividades gerenciais que os enfermeiros desempenham no mesmo. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada e evidenciaram que a maioria dos enfermeiros, gerentes da população amostral, admitem as inúmeras vantagens que os conhecimentos gerenciais proporcionam tanto para a instituição de saúde como também para elevar cada vez mais a qualidade da assistência prestada. Verificou-se, ainda, que os enfermeiros desenvolvem atividades como: comunicação, assistência, educação continuada, motivação, liderança, planejamento, coordenação e supervisão. Diante das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e pela ânsia de mudar esta realidade, concluímos, ressaltando a importância de uma política institucional de educação continuada, que forneça subsídios para que o gerenciamento alcance a qualidade total.

## ABSTRACT

This was a descriptive exploratory study developed under a quantitative perspective with a sample of twenty manager nurses of six health's institutions. The research was made between december 1999 to october 2000 and had as an aim the investigation of the nurses's impressions about the management and the quality of the nursing service. The data were obtained through an structured interview and they showed the the major part of the nurses recognize the several advantages that the management knowledgment brings to the total quality of the service as well to the growth of the health's institution. It was also showed that the nurses play activity as communications, assistance, continued education, motivation, leadership, planning and supervision. Front of the difficults face out by the nurses we concluded that must be an anheacement of an institutional politics of continuous education that give the basis for the management of total quality.

---

<sup>1</sup>Enfermeira do Programa Saúde da Família. Especialista em Enfermagem Gerencial. DEMCA/CCS/UFPB.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde CCS/UFPB. Profa. Adjunto do DEMCA/CCS/UFPB. Orientadora.

## INTRODUÇÃO

É inegável que os temas gerenciamento e qualidade, exercem, a cada dia que passa, um inexorável apelo, tanto aos que dirigem, como àqueles que são dirigidos. A gestão da qualidade total surgiu como uma forma de gerenciamento que visa obter uma maior produtividade no campo empresarial, sob a forma de gerenciar envolvendo pessoas (LOPES NETO, 1997, p. 3).

Esse grande interesse pelo assunto nos leva ao encontro de vários enfoques que são capazes de conter o significado do tema. Porém, é preciso considerar inúmeros fatores que norteiam o bom gerenciamento e a qualidade total do serviço prestado, como o planejamento, a educação continuada, a liderança, a motivação, a boa comunicação, dentre outros. Nesta perspectiva, podemos considerar que não somente o gerente, mas seus subordinados, as contingências do momento e do ambiente, representam papéis importantes para se obter eficácia neste processo de qualidade.

O intuito primordial de qualquer organização de saúde é o de alcançar a qualidade total no seu atendimento, o que implica em satisfazer sua clientela através de um serviço que atenda de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo, às necessidades dos seus clientes, visto que, segundo Mezomo (1994 apud SANTOS, 1997, p. 57), “satisfação é sinônimo de qualidade”, dessa forma, o paciente no hospital representa “o termômetro que avalia a qualidade do serviço médico prestado. A satisfação do paciente ou cliente constitui uma valiosa retroalimentação que vai contribuir para a melhoria contínua da equipe de saúde”.

Assim entendida, a qualidade transforma-se em filosofia de gerência, o que significa refletir, tomar decisões e atitudes, fazer acontecer e colher resultados. Tudo isso deve ser previsto, analisado e avaliado, porém, a obtenção desses objetivos resulta de uma constante interação humana (MOTTA, et al. 1998, p. 53).

A qualidade total é algo que não acontece isoladamente. Necessita da cooperação de todos os membros da empresa, o que é essencial para se atingir a perfeição no atendimento às necessidades do cliente.

Sendo as empresas constituídas por pessoas, o gerenciamento só poderia focalizar o indivíduo como sua base de análise. Assim, o gerenciamento das pessoas deve

ser feito levando-se em consideração a motivação, a liderança e a comunicação (OAKLAND, 1994, p. 30).

Enfatizando o estilo de gerência aberta, democrática e tentando transformar os gerentes em verdadeiros gestores de pessoas, Chiavenato (1992, p. 63) tece comentários sobre a administração participativa, pontuando que “o trabalho em equipe é um requisito que proporciona a participação grupal e, portanto, o núcleo da administração participativa”.

O gerenciamento baseado na participação é atualmente considerado um processo que envolve gerentes e gerenciados num clima de envolvimento mental e emocional, motivacional e de aceitação de responsabilidade (CHIAVENATO, 1992, p. 63).

Sob essa ótica, percebe-se que é preciso trabalhar o pessoal de enfermagem com qualidade, com habilidade e liderança. Mas, é importante salientar que a enfermagem é parte integrante do sistema hospitalar e que todos os profissionais de saúde precisam estar envolvidos em fazer saúde com qualidade total (SANTOS, 1995, p. 215).

Evidencia-se, portanto, que não podemos administrar recursos materiais e financeiros, nem espaços físicos independentemente de pessoas humanas.

Por conseguinte, o gerenciamento tornou-se um novo axioma para a assistência de qualidade na busca da eficiência; da eficácia e, conseqüentemente, da produtividade, envolvendo a elaboração de critérios que devam emergir dos envolvidos na ação e extrapolem a mera preocupação com a eficiência e o lucro, enfatizando a satisfação do cliente dentro de um ambiente participativo e cooperativo, levando em conta as discussões dos resultados sociais (SILVA, 2000, p. 12).

Partindo-se do pressuposto básico que gerência e qualidade estão interligados, é indispensável ressaltar, que neste processo, o ideal desejado só será alcançado com a elaboração de estratégias que devam fazer parte de um processo contínuo para a construção dessa realidade almejada.

Junqueira (1987, p. 52) enfatiza que: “A gerência não é um mecanismo atemporal, mas uma relação que se dá em uma organização, onde os diversos atores interagem mediados pelos recursos materiais, financeiros e tecnológicos para atingir os objetivos organizacionais e, também, objetivos individuais e de grupos”.

O despertar para este estudo emergiu da nossa vivência acadêmica nos estágios supervisionados, como enfermeira instrutora e supervisora do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde, na direção do Centro de Saúde do Município de Prata, e como pós-graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem Gerencial procurei adentrar em outra área do conhecimento em Enfermagem Gerencial.

A complexidade do tema nos leva a uma nova visão, ou ainda, a um novo ideal filosófico, com relação ao gerenciamento com qualidade, representando uma importante condição para a consciência de que o preparo do enfermeiro é inesgotável, indispensável e contínuo.

Mas o importante em toda essa constatação, não será somente apontar as técnicas gerenciais, tampouco àquilo que está por ser feito na gerência da enfermagem das instituições de saúde.

Dentro desse prisma, torna-se uma necessidade premente que o enfermeiro, na busca da satisfação do cliente, compreenda-o holisticamente como um todo: corpo, mente, consciência e espiritualidade.

Atualmente, o enfermeiro engloba uma grande dimensão de atuação, que se estende desde a prestação dos cuidados elementares ao paciente, até às atividades de gerenciamento. Entretanto, reconhecemos que, hoje, a discrepância entre o ideal e o real é muito grande, pois há uma emergência em englobar todos estes conhecimentos científicos pela enfermagem, com o objetivo de fortalecer cada vez mais esta ciência do cuidar, tornando-a mais unida e responsável no progresso, levando em consideração o cliente como um todo.

Nesse contexto, reconhece-se o gerenciamento com qualidade, como um instrumento eficaz e capaz de organizar as ações de enfermagem, de forma dinâmica, motivadora e sistemática.

Analisando-se o cenário da questão saúde e focalizando-se a enfermagem neste contexto, questionou-se: *quais as opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento e a qualidade no serviço de enfermagem? Quais as atividades gerenciais que os enfermeiros desempenham no serviço de enfermagem?*

## **Objetivos**

- Investigar as opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento e a qualidade no serviço de enfermagem;
- Identificar as atividades gerenciais que os enfermeiros desempenham no serviço de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

O presente estudo se configura numa pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Richardson (1999, p. 70) “[...] caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas [...]”.

### **Local do estudo**

A pesquisa foi realizada com enfermeiros gerentes de seis instituições de saúde. Sendo um hospital federal, um hospital estadual, dois hospitais municipais, um centro de saúde municipal e um hospital privado.

### **População/amostra**

O universo da pesquisa foi configurado com todos os enfermeiros que exercem funções gerenciais nos serviços de enfermagem escolhidos para realização do estudo.

A amostra foi constituída por 20 enfermeiros que atenderam os seguintes critérios estabelecidos para seleção: a) ser enfermeiro diplomado, gerente e pertencer ao quadro de funcionários das instituições de saúde; b) estar presente no turno da manhã e da tarde no período da coleta de dados; c) concordar em participar da pesquisa.

### **Instrumento**

O instrumento utilizado no estudo foi um roteiro estruturado de entrevista composta de duas partes, sendo a primeira, referente ao termo de consentimento livre e esclarecido, e a segunda, contendo questões abertas, relacionadas às opiniões dos enfermeiros sobre o gerenciamento pela qualidade em enfermagem, subdividida nos dados de identificação e nos aspectos gerenciais.

### **Posicionamento ético**

É importante salientar que, no transcorrer deste estudo, levamos em consideração os aspectos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que

regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido que se refere à anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, potenciais, riscos e o incômodo em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (CONEP, 1998, p. 35).

### Coleta de dados

Os dados de identificação dos participantes foram coletados pela pesquisadora através da técnica de entrevista, realizada com os enfermeiros gerentes, que se encontravam trabalhando no período de junho a agosto de 2000, nos turnos matutino e vespertino.

### Análise dos dados

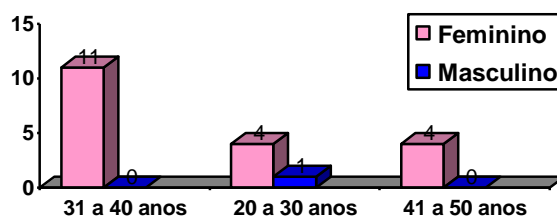
Os dados foram agrupados, analisados e apresentados em forma de tabela e gráficos, contendo números absolutos e percentuais para análise e discussão dos resultados.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, fizeram parte do estudo, vinte enfermeiros gerentes, pertencentes às instituições de saúde pesquisadas.

Os resultados do estudo foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo discutidos à luz da literatura pertinente.

**Gráfico 1** — Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o sexo.



O gráfico 1 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o sexo. Observa-se que a faixa etária predominante no estudo varia de 20 a 50 anos. Verifica-se que o maior percentual encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos, com 11 (55%), todos do sexo feminino. No que se refere à faixa etária de 20 a 30 anos, os

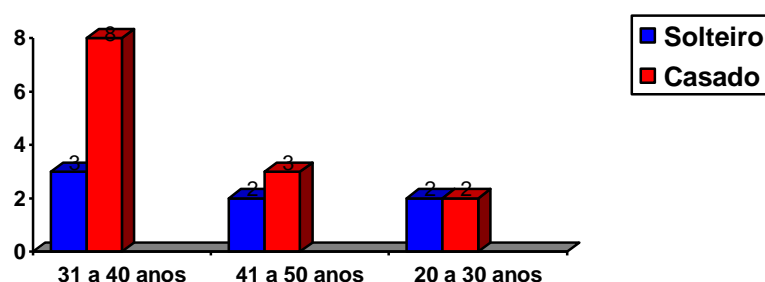


resultados evidenciaram que, dos 5 (25%), 4 (20%) eram do sexo feminino e 1 (5%), do sexo masculino. E em relação à faixa etária de 41 a 50 anos, evidencia-se que os 4 (20%), pertencentes a essa categoria, eram do sexo feminino. A variável sexo apresentou uma significativa predominância do sexo feminino 19 (95%), em relação ao sexo masculino 1 (5%).

Os resultados revelaram uma particularidade da profissão de enfermagem. Em se tratando dos dados relativos ao sexo, a maioria dos sujeitos da amostra é do sexo feminino. Neste contexto “[...] a enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir sua própria existência” (Almeida e Rocha, 1997, p.18).

Reforçando este quadro, dados censitários da Fundação IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1996) referente à população brasileira, por sexo no Brasil, em 1996 mostrou a prevalência de mulheres 79.627.298, para um total de 17.442.865 homens, para uma população de 157.070.163 habitantes. Na Paraíba, este dado reflete ainda mais a realidade do país, cuja população no estado totaliza 3.305.615 habitantes, e a população feminina é de 1706.230, enquanto que a masculina foi de apenas 1.599.386, fator este que pode estar contribuindo com o grande contingente de mulheres inseridas no mercado de trabalho, no campo da enfermagem.

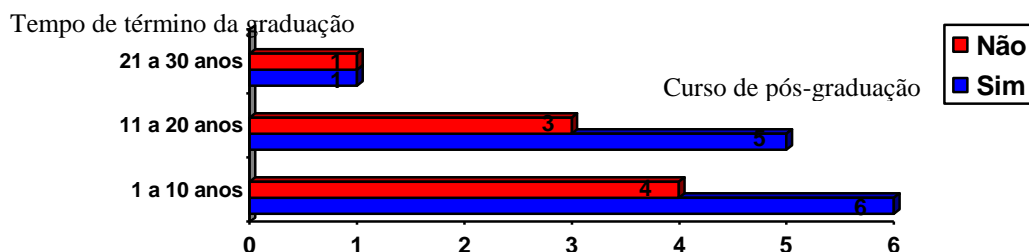
**Gráfico 2** — Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o estado civil.



O gráfico 2 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária e o estado civil. Os dados revelam que dos 11 (55%), enfermeiros pertencentes à faixa etária de 31 a 40 anos, 03 (15%) são solteiros e 08 (40%) são casados. Com relação à faixa etária de 41 a 50 anos, dos 05 (25%) enfermeiros, 02 (10%) são solteiros e 03 (15%) são casados. O estado civil de maior predominância no estudo foi o casado, cuja representatividade percentual perfaz 13 (65%), enquanto o solteiro abrange 07 (35%) do total da população

estudada. Este fato se justifica devido à predominância no estudo ser constituída por enfermeiros de 31 a 40 anos.

**Gráfico 3** — Distribuição dos enfermeiros segundo tempo do término da graduação e curso de pós-graduação.

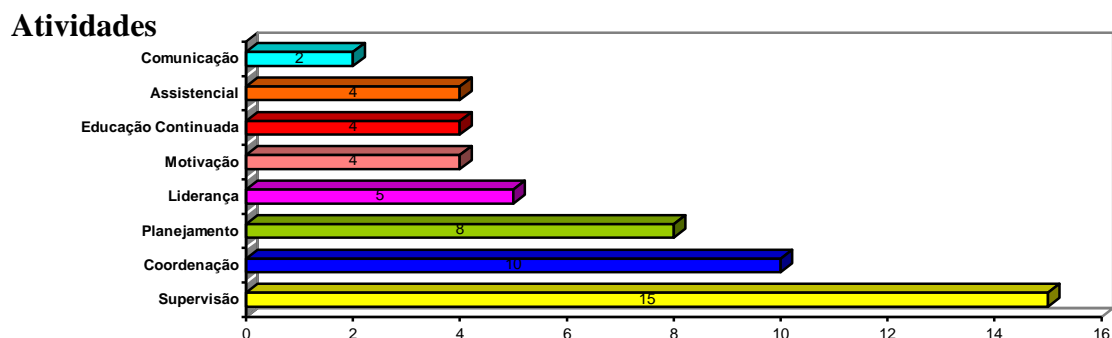


O gráfico 3 evidencia a distribuição dos enfermeiros segundo o tempo do término de graduação e curso de pós-graduação. Verifica-se que o maior percentual de enfermeiros concluiu o curso de graduação de 1 a 10 anos, com 10 (50%), dos quais 04 (20%) fizeram apenas a graduação e 06 (30%) fizeram curso de pós-graduação. Com o término da graduação de 11 a 20 anos, 03 (15%) não fizeram curso de pós-graduação e 05 (25%) fizeram esse curso. No que tange ao tempo de 21 a 30 anos evidencia-se que 01 (5%) fez e 01 (5%) não fez curso de pós-graduação. Observa-se, portanto, que dos 20 enfermeiros questionados, 08 (40%) fizeram apenas graduação e 12 (60%) fizeram curso de pós-graduação.

Considerando os dados apresentados, observa-se que existe uma predominância dos enfermeiros que fizeram curso de pós-graduação em relação àqueles que têm apenas o curso de graduação, o que nos leva a inferir que as instituições de saúde, objeto do estudo, gradativamente, estão oferecendo uma política de incentivo ao aperfeiçoamento de seus funcionários e de acordo com Marshall e Luffingham (1999, p. 30), o resultado desta especialização dos enfermeiros será a inevitável redução do conflito e uma melhoria na assistência prestada.

Na concepção de Leite e Pereira (1991, p. 147) as instituições de saúde necessitam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos.

**Gráfico 4** — Distribuição das atividades que os enfermeiros desempenham na instituição de saúde.



O gráfico 4 apresenta a distribuição das atividades que os enfermeiros desempenham nas instituições de saúde. Verificou-se que a supervisão foi a atividade mais apontada pelos enfermeiros questionados com 15 (28,8%), seguidos pela coordenação, com 10 (19,3%); o planejamento totalizou 08 (15,4%) das respostas e a liderança 05 (9,6%). Já a motivação, a educação continuada e as atividades assistenciais foram apontadas com 04 (7,7%) respectivamente, e a comunicação com 02 (3,8%).

Segundo Lopes Neto (1997, p. 19), na enfermagem, a função gerencial do enfermeiro traduz-se sinteticamente nas habilidades cognitivas, relações interpessoais e habilidade organizacional.

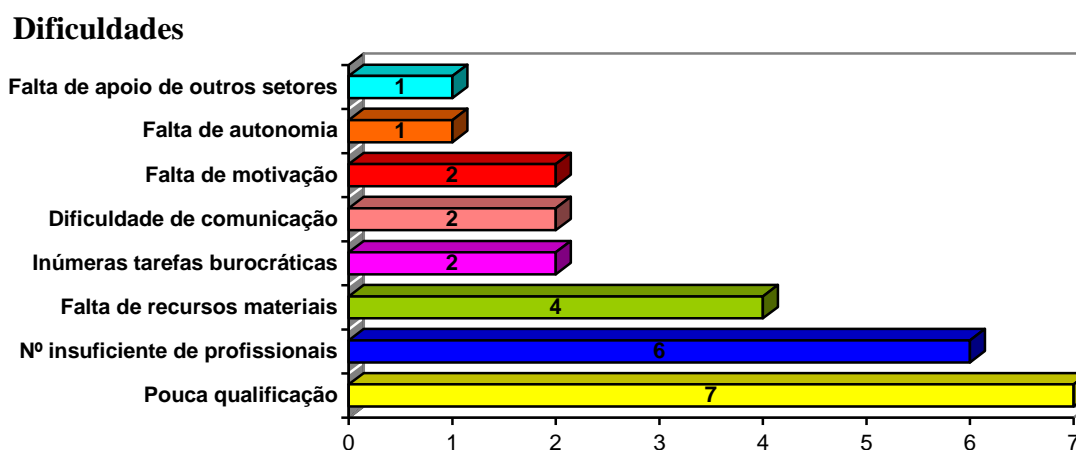
Os dados revelaram que uma maioria substancial de enfermeiros mencionou a supervisão, a coordenação e o planejamento, como sendo atividades desempenhadas nas instituições de saúde onde trabalham. Dentro deste contexto, Cianciarullo (1997, p. 31) visualiza a supervisão como um instrumento facilitador do caminho para se alcançar qualidade assistencial. Por este prisma Bittel (1982, p. 3) enfatiza que os supervisores são elementos vitais para o gerenciamento, contribuindo para a solidez da instituição, atuando como articulador entre os diversos níveis funcionais envolvidos na execução efetiva do trabalho. E é com base neste princípio que Martin e Valentin (2000, p. 17) mencionam que o enfermeiro é o profissional capacitado com conhecimentos e habilidades interacionais para realizar a supervisão na equipe de enfermagem.

A função de coordenação citada pelos enfermeiros questionados pode ser considerada uma das atividades gerenciais, e, como afirma Rocha (1996, p. 167), coordenar significa organizar, ou seja, dispor determinada ordem de forma metódica. Ainda sobre as atividades gerenciais dos enfermeiros, o planejamento foi mencionado, servindo de suporte para as mudanças que se deseja implantar, sendo importante para a

conservação de uma assistência de qualidade, bem como uma forma de se obter melhores condições de trabalho na enfermagem. Vale salientar que o planejamento é uma técnica de tomada de decisões antecipadas de ocorrências posteriores e elaboração de um plano de ação. Este plano de ação necessita da participação de todos os níveis de organização, procurando-se desta forma aproximar da realidade visando facilitar a sua implementação (ALMEIDA et al., 1993, p. 13).

O planejamento deve fazer parte das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas instituições de saúde, pois é primordial para alcançar a qualidade do serviço. Essa atividade deve ser desenvolvida num processo de revisão, com o intuito de elaborar estratégias de melhoramento para alcançar o índice zero em erros e falhas (OAKLAND, 1994, p. 75).

**Gráfico 5** — Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as dificuldades enfrentadas no desempenho de suas funções gerenciais.



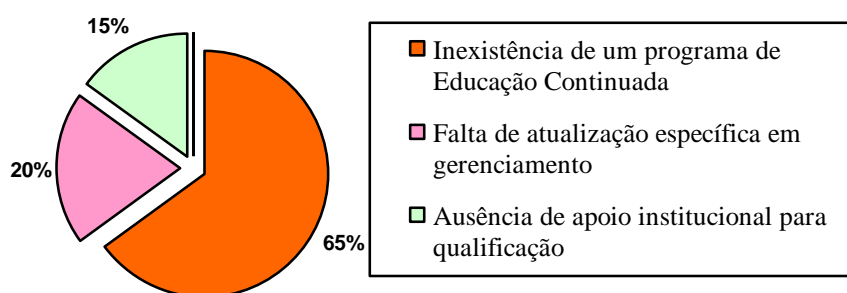
O gráfico 5 demonstra a distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as dificuldades enfrentadas no desempenho de suas funções gerenciais. Verifica-se que os 20 enfermeiros emitiram 26 (100%) respostas, das quais 07 (26,9%) foi a pouca qualificação; 06 (23%) foi o número insuficiente de profissionais; 04 (15,4%) foi a pouca qualificação; 06 (23%) foi o número insuficiente de profissionais; 04 (15,4%) foram as inúmeras tarefas burocráticas; 02 foi a falta de motivação e de comunicação, respectivamente. Já 01 (3,9%) referiu a falta de autonomia e a falta de apoio quando se precisa de outros setores. Observa-se que a maioria das respostas, além de revelar uma preocupação com a falta de qualificação, culpa a instituição pelas dificuldades existentes.

É mister, pois, ressaltar que a superação das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no exercício de suas atividades gerenciais requer, dos profissionais, primeiramente, a busca constante da qualificação, e, posteriormente, do apoio da instituição onde desempenham suas funções.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é uma das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros questionados. Para Santos (1995, p. 173-174), deve-se levar em consideração alguns fatores para definir um quantitativo de pessoal, como: a caracterização da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela. Goidzinski (1991, p. 96), ao analisar o dimensionamento do pessoal de enfermagem, refere, que o mesmo, compreende não só o acondicionamento da situação, cálculo e distribuição do pessoal, como também a avaliação. O autor também salienta que esse provimento de pessoal é dinâmico e deve ser modificado segundo a experiência prática e relacionado às necessidades da clientela.

Em se tratando dos recursos materiais Castilho e Leite (1991, p. 73) enfatizam a sua importância para o funcionamento de instituições e constitui fator que possibilita o alcance dos objetivos almejados pela organização.

**Gráfico 6** — Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre a qualificação do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde.



O gráfico 6 apresenta a distribuição dos enfermeiros segundo opiniões sobre a qualificação do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. Evidencia-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 20 (100%) respostas, das quais 13 (65%) mencionaram a inexistência de um programa de Educação Continuada; 04 (20%) referiram a falta de atualização específica em gerenciamento e 03 (5%) referiram ausência de apoio institucional para qualificação.

A educação continuada constitui uma preocupação constante do pessoal de enfermagem das instituições estudadas. Para Motta (1998, p. 27 e 28), a educação

representa um processo de aquisição de novos valores, de reconstrução das experiências e da elevação do grau de compreensão, intrínseca e extrínseca da realidade vivenciada. A Educação Continuada é importante para a qualificação do pessoal de enfermagem, e, para o referido autor, o aprendizado gerencial representa uma forma de se adquirir novos conhecimentos, atitudes e valores, ratificando sua capacidade de analisar problemas e adquirir habilidades para ações eficazes e eficientes em determinado contexto organizacional.

**Tabela 1** — Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre as vantagens do gerenciamento na instituição.

<b>Vantagens do gerenciamento</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alcançar a qualidade na enfermagem	07	34,0
Direcionar as atividades da enfermagem	03	15,0
Facilitar o relacionamento	02	10,0
Investir no desenvolvimento técnico-científico da enfermagem	02	10,0
Proporcionar maior autonomia profissional	02	10,0
Melhorar a organização	02	10,0
Motivação	01	5,5
Definir o campo de atuação da enfermagem	01	5,5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

A tabela 1 apresenta a distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre as vantagens do gerenciamento na instituição de saúde. Verifica-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 20 (100%) respostas, das quais 07 (35%) apontaram que o gerenciamento é importante para se alcançar a qualidade na enfermagem; 03 (15%) afirmaram que o gerenciamento oferece uma direção às atividades da enfermagem. As respostas: “facilitar o relacionamento”, “investir no desenvolvimento técnico-científico”, “proporcionar maior autonomia” e “melhorar a organização” foram apontados com índices 0,2 (10%). Já as respostas “motivação” e “definir o campo de atuação da enfermagem” apontaram índice 01 (5,5%).

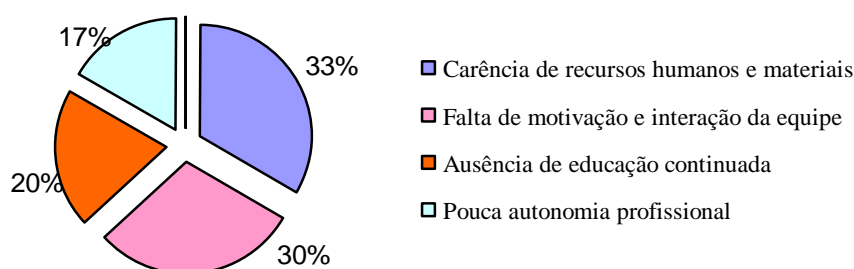
Os resultados deixam transparecer, de modo enfático, que todos os enfermeiros questionados admitem que o gerenciamento em enfermagem traz vantagens para o serviço de enfermagem. (vide tabela 1)

Todavia, acredita-se que o gerenciamento traz inúmeras vantagens para a enfermagem que não foram mencionadas pelos enfermeiros participantes da amostra. O

gerenciamento é a arte de pensar, de determinar e de atuar, possibilitando o fazer acontecer e a detenção de resultados, que precisam ser atingidos através das pessoas e através de uma constante interação humana (MOTTA, 1998, p. 26). Assim, o gerenciamento contribui de forma substancial para se alcançar a qualidade na enfermagem. Dentro deste contexto, Santos (1995, p. 225) pontua que, qualidade, significa não só satisfazer a clientela, mas também suprimir defeitos.

O relacionamento interpessoal pode ser considerado uma condição importante para se gerenciar, de forma eficiente, uma instituição de saúde. Rocha (1996, p. 529) relata que, relacionamento, nada mais é do que o ato de relacionar-se. Cumpre assinalar a necessidade de um espírito alegre e flexível, que estabeleça um relacionamento positivo com as pessoas e que enfrente, de forma ponderada, as possíveis situações adversas, atuando de forma profissional, embasada no conhecimento técnico-científico e com controle emocional (MARX, 1998, p. 125).

**Gráfico 7** — Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre as barreiras para se alcançar a qualidade total no serviço de enfermagem.



O gráfico 7 apresenta a distribuição das respostas baseadas nas opiniões dos enfermeiros sobre as barreiras para se alcançar a qualidade total no serviço de enfermagem. Observa-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 30 (100%) respostas, das quais 10 (33%) mencionaram a carência de recursos humanos e materiais; 09 (30%), a falta de motivação e interação da equipe; 06 (20%), a ausência de Educação Continuada e 05 (17%), a pouca autonomia profissional.

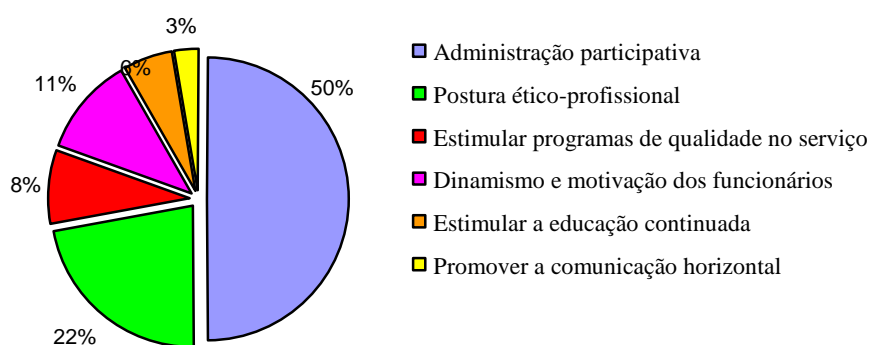
Observa-se que a ausência de motivação foi a opinião mais relatada pelos enfermeiros questionados, no que se refere às barreiras para se alcançar a qualidade total no serviço de enfermagem. A motivação pode ser entendida como sendo o estado em que o trabalhador sente-se à vontade para trabalhar produtivamente (ANTUNES E SANTA ANNA, 1996, p. 425-428). O autor menciona, ainda, que os principais fatores

motivacionais são: o sentimento de crescimento profissional, a necessidade de auto-realização, o exercício da responsabilidade e o caráter desafiante do trabalho.

Nesta mesma linha de pensamento, Chiavenato (1992, p. 165-179) relata que a motivação direciona o bom desempenho do empregado, funcionando como dinamizador e impulsionador do comportamento humano.

Dentro desse contexto, Motta (1998, p. 202) preconizava a autonomia profissional como um dos fatores motivacionais, e, sendo assim, a autonomia de pensar e agir aumenta a dimensão individual da motivação, estando intimamente ligada ao grau de liberdade do trabalhador.

**Gráfico 8**— Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as atitudes que os gerentes devem adotar no serviço.



O gráfico 8 apresenta a distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as atitudes que os gerentes devem adotar no serviço. Ressalta-se que os 20 enfermeiros questionados emitiram 36 (100%) respostas, das quais 18 (50%) referiram a administração participativa; 08 (22%), a postura ético-profissional; 03 (8%) estimular programas de qualidade no serviço; 04 (11%), o dinamismo e a motivação dos funcionários; 02 (6%) estimular a educação continuada, enquanto promover a comunicação horizontal totalizou 01 (3%).

A administração participativa não significa subverter a autoridade e sim, representa uma maneira de se administrar, onde as pessoas possuam a oportunidade de participar, questionando, discutindo, sugerindo e até modificando um projeto (CHIAVENATO, 1992, p. 62-63).

A participação é, portanto, um dos temas candentes no gerenciamento e constitui um fator que corresponde à distribuição do poder, ao domínio de recursos e à construção de uma nova realidade (SILVIA, 2000, p. 12-13).



No que se refere à postura ético-profissional Ângelo (1994, p.11) enfatiza que “a dimensão ética deve impregnar toda a enfermagem”. Desta forma, Norinha (1998, p. 28) pontua que a reflexão ética contribui para o rompimento de ciclos viciosos, pois nos impulsiona a questionar a realidade e a procurar outro caminho, admitindo a necessidade premente, de também refletirmos sobre a nossa identidade e a nossa contribuição ou não, para o bem estar das pessoas. É inquestionável pensar de forma consciente, e agir segundo os pressupostos éticos.

A esse respeito, Lopes Neto (1997, p. 12) argumenta que “o fazer certo na enfermagem está no segmento da ética, na qual o homem demonstra uma verdadeira conduta humanística dentro dos padrões da bondade da vontade de fazer e da vocação profissional”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A enfermagem é uma profissão que envolve uma série de atribuições, dentre as quais, podemos destacar as atividades gerenciais. Atualmente, na enfermagem, observa-se uma crescente preocupação em se desenvolver as atividades gerenciais, voltando-se sempre para a qualidade total do serviço, sendo a administração responsável pela formulação das orientações, dos objetivos da filosofia, e pela tomada de decisões sobre as responsabilidades e atividades da equipe de enfermagem. Torna-se imprescindível que o enfermeiro gerente tenha compromisso ético profissional, visando à qualidade de serviço, sempre com o ideal de valorizar a profissão e preservar a vida, o que implica em responsabilidade no desempenho de sua prática diária.

A partir de tais pressupostos, entende-se que o exercício profissional do enfermeiro gerente necessita de subsídios teóricos e práticos, que possibilitem o planejamento de uma linha de ação, e que busque a eficiência, a eficácia, a produtividade, e, conseqüentemente, a qualidade de assistência. E isso deve acontecer a partir do gerenciamento com pessoas de forma participativa.

Os resultados deste estudo permitiram considerar, que os objetivos norteadores da pesquisa, foram atingidos. Convém ressaltar, que os enfermeiros entrevistados exercem diversas funções gerenciais, e que, em sua maioria, têm pouco conhecimento sobre o gerenciamento. Por outro lado, demonstraram um interesse

constante de aprimorar seus conhecimentos gerenciais, de ter uma política institucional de educação continuada, que forneçam subsídios para se alcançar a excelência na enfermagem, minimizando as barreiras que dificultam o processo de qualidade total.

A importância deste estudo está em fornecer subsídios aos enfermeiros, para que reflitam sobre o desenvolvimento da prática gerencial da enfermagem, numa perspectiva dialética, além de contribuir para o entendimento e a busca de novas alternativas que elevem cada vez mais a qualidade do serviço de enfermagem. Portanto, para se inovar, não é necessário apenas a construção de grandes projetos, mas é preciso acreditar e buscar sempre melhorar continuamente os conhecimentos, para que se possa enfrentar, sem desânimos, as dificuldades que naturalmente vão surgindo, ao longo deste caminho gerencial, voltado para a qualidade. E é com este espírito, de conquistar o futuro para a enfermagem, que os enfermeiros gerentes devem manter em suas mentes e no seu trabalho diário, a busca da qualidade total do serviço, procurando planejar mudanças, a partir do conhecimento da realidade.

No transcorrer deste processo, o gerente deve aprender a ouvir e também aceitar opiniões contrárias às suas (MOTTA, 1998, p. 247). Assim, do ponto de vista gerencial, todas as dimensões da teoria gerencial devem ser consideradas, bem como os aspectos da realidade prática. Dentro desse contexto, e como enfatiza Motta (1998, p. 19) “ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso”.

Fundamentando-se no gerenciamento de pessoas, proposto por Chiavenato (1997, p. 249-252) considera-se que alguns passos podem ser seguidos, adaptando-se à realidade de cada instituição, para se alcançar a qualidade do gerenciamento, como por exemplo: desmontar a estrutura organizacional tradicional; não ter medo de mudar a cultura organizacional, quando necessário; abrir portas e janelas às pessoas; mudar sempre, dentre outros. É a partir desta perspectiva que o gerente deve trabalhar com sua equipe, liderando-a, motivando-a, avaliando-a, recompensando-a e proporcionando significado ao seu trabalho, estando sempre preparado para mudar, com o intuito primordial de proporcionar a melhoria e o desenvolvimento contínuo, certos de que o processo é lento, mas gratificante.

Este estudo possibilitou a verificação das dificuldades apontadas pelos enfermeiros de instituições de saúde sobre o gerenciamento, destacando-se a necessidade

das instituições em incentivar a qualificação gerencial dos enfermeiros, por meio de reciclagens, cursos, palestras e através do aprimoramento contínuo dos conhecimentos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. Por que administrar estrategicamente recursos humanos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 13, mar./abr. 1993.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ANGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem USP.**, v. 28, n. 1, p. 11, abr. 1994.

ANTUNES, A. V.; ANNA, L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 3, p. 425-434, jul./set. 1996.

BERGAMINI, C. W. **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.

BITTEL, L. R. **Supervisão eficaz**. São Paulo: Mc Graw Hill, 1982.

BOOG, G. G. **O desafio da competência**. [s.l]: Best Seller, 1991.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – COFEn. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993. 16p.

BUENO, F. S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD., 1996.

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

CHIAVENATO, I. **Administração de empresas: uma abordagem contingencial**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1992.

\_\_\_\_\_. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. 3.ed. São Paulo: Makron Book, 1997.

CIANCIARVELHO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. [s.l]. Cone, 1997.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM ENFERMAGEM. CONEP. **Resolução 196**. Cadernos de Ética em Pesquisa, Brasília, D.F., v. 1, n. 1, p. 35, jul. 1998.

FERREIRA, A. B. M. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 1, n. 2, p. 96, jul. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Número da população brasileira. In:\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 1996**. Brasília, DF., 1996. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 3 set. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. C.; INOJOSA, R. M. Gerenciamento: a gerência na eficácia da prestação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, v. 7, n. 13, p. 52-56, 1987.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, M. M. J.; PEREIRA, L. L. Educação continuada em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LOPES NETO, D. **Administração pela qualidade**: um novo paradigma para a administração dos serviços de enfermagem de saúde pública. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MARSHALL; LUFFINGHAM, N. O enfermeiro especialista versus generalista. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 2, n. 4, p. 30, jul. 1999.

MARTIN, J.; VALENTINA, A. Supervisão de enfermagem x assistência ao paciente: compatibilização como pressuposto à identidade profissional e à qualidade da assistência. **Nursing Rev. Téc. Enf. Brasileira**, ano 3, n. 26, p. 7 jul. 2000.

MARX, L.C.; MORITA, L.C. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. São Paulo: Rufo, 1998.

MEZOMO, M. C. A gestão dos recursos humanos e qualidade total. **Revista Administração e Saúde**, v. 18, n. 5, p. 264, jun. 1994.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 22. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

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

NORINHA, H. Refletir para cuidar. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 10, n. 120, p. 28, mar. 1998.

OAKLAND, J. S. **Gerenciamento da qualidade total**. São Paulo: Nobel, 1994.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, R. **Minidicionário**. São Paulo: Scipione, 1996.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade total na perspectiva da satisfação do paciente. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1/3, p. 57, dez. 1997.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. João Pessoa: Universitária/UFP, 1995.

\_\_\_\_\_. Qualidade total no serviço de enfermagem. **Revista CCS**, v.8, n.2, p.5, abr./jun. 1994.

SILVA, A. G. J. S. Gerenciamento clínico em enfermagem e qualidade da assistência. **Nursing Revista Téc. Enf. Brasileira**, ano 3, n. 20, p. 12-13, jan. 2000.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília, DF., EDUnB, 1998.