



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA EM
HOSPITAIS DE FEIRA DE SANTANA-BA

Maria Lúcia Servo Leite

SALVADOR-BAHIA
1995

PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA EM HOSPITAIS DE FEIRA DE SANTANA-BA

Dissertação apresentada ao Colegiado dos Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em satisfação parcial para obtenção do grau de MESTRE em Enfermagem. Área de Concentração em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Maria Lúcia Servo Leite

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Hyêda Maria da Gama Rigaud - Orientadora

Profa. Dra. Lindete Amorim dos Santos

Profa. MSD. Creuza Maria Brito Queiroz

Homologado em: 11/08/1995

SALVADOR-BAHIA

1995

L. 555 Leite, Maria Lucia Servo

Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais de Feira de Santana-Ba./Maria Lúcia Servo Leite. - Salvador. 1995.

144p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

1. Enfermagem - supervisão. I. Título.

C.D.U: 65.012.048:616-083

**"Busquei o Senhor, e ele ouviu-me, e
livrou-me de todas as tribulações"**

(Salmos 33)

*"Todo conhecimento humano
é incerto, inexato e parcial"*

Bertrand Russell

Orientadora:

Professora Dra. Hyêda Maria da Gama Rigaud

A DEUS

Na sua magnitude, a benção de
concretizarmos um ideal.

A MEUS PAIS

José Domingos Servo (in memoriam) e
Maria Neuza da Silva Servo
Pelo que sou,
pela demonstração de fé,
coragem e vitória.

AS MINHAS FILHAS

Lavinia, Vivian e Viviane
razões propulsoras dos espaços que
tenho buscado e conquistado.
Meu testemunho de luta e perseverança.
Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os que me ajudaram durante o processo de elaboração deste trabalho, seja em forma de apoio, seja em forma de contribuição em discussões, críticas e sugestões, aos quais faço um agradecimento geral.

Durante a vida profissional, salientamos o significado da experiência de campo em nossa formação. Desse modo, agradecemos especialmente aos diferentes sujeitos de trabalho da enfermagem - clientes, famílias, grupos, equipe de enfermagem - que em dado momento estiveram sob nossos cuidados, orientação, gerência e liderança; fontes contínua de estímulo.

Entretanto, não poderia deixar de agradecer particularmente a um grupo de pessoas e instituições, aos quais foram especialmente importantes para que este trabalho se concretizasse:

- Universidade Estadual de Feira de Santana, que propiciou as condições necessárias para o desenvolvimento deste trabalho.

- Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Regional de Feira de Santana, triênio 1989-1992, em especial Iraci Leite da Silva, vice-presidente que deu continuidade ao trabalho em virtude da nossa impossibilidade por estar realizando o curso de Mestrado.

- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através da Administração Superior, Coordenação do Curso de Mestrado, professores e funcionários.

- Professora Dra. Hyêda Maria da Gama Rigaud, pela orientação intelectual, e solidariedade nesse árduo e gratificante caminho da pesquisa, do ensino e da enfermagem.

- Professora Dra. Maria da Luz Silva, sempre presente, solidária e amiga, estimuladora de novas indagações, cuja disponibilidade para a troca de idéias necessárias ao desenvolvimento deste estudo, foram fundamentais para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

- Conselheiros do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho se realizasse, em especial Lúcia Monteiro, Marisa Correia Melo, Creuza Queiroz, Marluce Assis, Regina Medeiros, Elma Liberal, Robélia Dórea, Margarida Santana e Regina Almeida.

- Professora Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida e professora Therezinha Auxiliadora Gonzaga Ramos - membros da Comissão de Apoio à Pesquisa dos Cursos de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, as quais com seus questionamentos e sugestões muito nos ajudou no clareamento do estudo construído.

- Colegas do Curso de Mestrado pelo companheirismo, convivência, carinho e amizade - Maria Luiza Dias; Maria Teresa Mariotti; Rita de Cassia Burgos

Leite; Telma Almeida; Celeste Maria Ramos; Gersomelia Brito Maia; Valda Lúcia Novaes, Fernanda Cardeal Mendes; Maristela Pina dos Santos; Noélia Oliveira dos Santos e Enilda Rosendo do Nascimento.

- Diretores dos Hospitais de Feira de Santana, pelo acesso que nos foi dado para a realização desta pesquisa.

- Colegas enfermeiras dos Hospitais de Feira de Santana, pela disponibilidade e colaboração, viabilizando este estudo.

- Liege Maria da Silva Servo, irmã e amiga, pelo apoio ilimitado e incentivo de novas realizações.

- Cristina Maria de Azevedo Silva, cujo apoio e amizade de longa data, foi fundamental neste momento tão significativo da minha vida pessoal e profissional.

- Solange Luna, Sônia Souza e Judith Silva Sena, pelo apoio, atenção, incentivo e encorajamento em momentos tão difíceis na busca da integralidade da minha pessoa. A minha gratidão, vocês fizeram parte deste processo.

- Graça Maria Tavares Melo Ferreira, Marilda Silva Muritiba, Silvio Santos Marques, Carlito Guimarães de Oliveira e Maria do Socorro Trapiá, cuja acolhida amiga, num momento difícil do processo, propiciaram-me a tranquilidade necessária para o desenvolvimento do mesmo.

- Eliab Barbosa, Bernadete Nascimento, Rosana de Gássia Falcão e Margarida Macedo, cujo apoio foi muito importante.

- Marlene Silva Nazaré pela colaboração constante e pela digitação do relatório.

- Bibliotecárias Adilza Bonfim Cerqueira (EE/UFBA) pela solidariedade na busca do material bibliográfico e Graça Maria Dutra Simões (UEFS) pela orientação técnica e revisão das referências bibliográficas.

- Ednália Aquino pela colaboração na revisão do português.

- Carla Bahia pela colaboração e versão ao inglês do resumo da pesquisa.

- Carlos Antonio de Souza Teles Santos pela orientação estatística.

RECONHECIMENTO

À CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior, cuja bolsa outorgada foi fundamental para a realização do presente trabalho.

Ao CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, cujo auxílio foi fonte de estímulo e motivação para a construção deste estudo.

À Câmara Municipal de Feira de Santana - Casa da Cidadania - pelo apoio logístico à realização desta pesquisa.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais	72
TABELA 02	Padrão de supervisão segundo sexo dos sujeitos	73
TABELA 03	Padrão de supervisão segundo o grau de formação das enfermeiras	74
TABELA 04	Padrão de supervisão segundo o cargo que as enfermeiras ocupam	75
TABELA 05	Padrão de supervisão segundo nível salarial das enfermeiras	76
TABELA 06	Padrão de supervisão segundo a relação das políticas do setor saúde com o trabalho da enfermeira	77
TABELA 07	Padrão de supervisão da enfermeira segundo o tipo de hospital	78
TABELA 08	Padrão de supervisão da enfermeira segundo a entidade mantenedora	79
TABELA 09	Padrão de supervisão da enfermeira segundo a capacidade do hospital	80

TABELA 10	Padrão de supervisão da enfermeira segundo a clientela atendida nas instituições hospitalares	81
TABELA 11	Padrão de supervisão segundo o número de enfermeiras/instituição	82
TABELA 12	Padrão de supervisão da enfermeira segundo posição do serviço de enfermagem na estrutura administrativa das instituições	83
TABELA 13	Padrão de supervisão da enfermeira segundo participação da coordenação de enfermagem nas decisões políticas administrativas	84
TABELA 14	Padrão de supervisão da enfermeira segundo existência de instrumentos administrativos	85

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Objetivos

CAPÍTULO I -

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 <u>Considerações gerais sobre supervisão</u>	21
1.2 <u>Supervisão em saúde</u>	24
1.3 <u>Processo de supervisão em enfermagem</u>	33
1.3.1 Origem e evolução da supervisão em enfermagem	33
1.3.2 Concepções sobre supervisão	36
1.3.3 A metodologia do processo de supervisão em enfermagem	43
1.3.4 A comunicação no processo de supervisão em enfermagem	49
1.3.5 Tomada de decisão da enfermeira no processo de supervisão	51
1.4 <u>A supervisão em enfermagem como um dos instrumentos da administração da qualidade total (A.Q.T.)</u>	54

CAPÍTULO II

VARIÁVEIS

59

CAPÍTULO III

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 <u>Modelo de estudo</u>	61
3.2 <u>Universo e população</u>	61
3.3 <u>Escolha da técnica para coleta de dados</u>	62
3.4 <u>O instrumento</u>	63
3.5 <u>Aplicação e procedimentos utilizados na coleta de dados</u>	64
3.6 <u>Processamento, tratamento estatístico e análise dos resultados</u>	65

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 <u>Apresentação e análise dos dados</u>	71
4.2 <u>Discussão dos resultados</u>	86
4.2.1 A enfermeira e a aplicação do padrão de supervisão	86
4.2.2 A enfermeira e as instituições hospitalares	110

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	126
----------------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia Referenciada	131
Bibliografia Consultada	141

ANEXOS

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo sobre Padrão de Supervisão da Enfermeira (P.S.E.), realizado em Feira de Santana-Bahia-Brasil, 1994, tendo como objetivos descrever o padrão de supervisão e identificar os fatores que interferem na mesma. A população constituiu-se de enfermeiras que atuam na área hospitalar. O instrumento adotado foi o questionário. Utilizou-se estatística descritiva para tratamento dos dados. Após interpretação e análise dos resultados chegou-se as seguintes conclusões: o padrão de supervisão realizada pela enfermeira não é sistematizada, sendo empírica (o planejamento não é sistemático; as técnicas e instrumentos são utilizadas de forma fragmentada e desarticulada, resumindo-se à execução de tarefas rotineiras e a avaliação não é sistematizada), sinalizando um despreparo da enfermeira para o exercício da função e falha no planejamento do serviço de enfermagem em todos os níveis, evidenciando a falta de percepção da supervisão enquanto processo. Estatisticamente comprovou-se que tipo de hospital é um fator que interfere no P.S.E. Respalda na literatura, no exame percentual dos resultados e na experiência profissional da autora, afirma-se que sexo, formação acadêmica, remuneração, política de saúde, planejamento e estrutura técnico administrativa são fatores condicionantes do P.S.E., assim como a falta de autonomia profissional, as interferências políticas partidárias, deficiência de recursos humanos, baixa remuneração, deficiência de recursos materiais, ambiente físico inadequado e relações interpessoais insatisfatórias mencionados pelos sujeitos.

SUMMARY

This an exploratory descriptive study about Nurse Supervision Pattern (N.S.P.), achieved in Feira de Santana-Bahia-Brazil, in 1994, which objectives were to describe supervision pattern and to identify its factors of interference. The population was nurses working in hospital area. The tool was a questionnaire. Descriptive statistic was utilized to treatment of data. After interpretation and analysis of results, it concluded: supervision pattern utilized by nurse is not systematized, being empirical (planning isn't systematic; the techniques and tools are utilized in a fragmented and disjointed way, being concise to the execuuiou of routine tasks and evaluation isn't systematized), showing an unpreparedness of nurse to exercise the fuction and failure in the playnning of nursing service at all levels, proving lack of perception of supervision while process. Statistically proved that kind of hospital is a factor that interferes at N.S.P. Based on literature, percentual exam of results and author's professional experience, it asserts that sex, academic formation, remuneration, health political, planning and teachnic administrative structure are conditional factors of N.S.P., as well as lack of professional autonomy, interference of partisan political, deficiency of material and human recourses, low remuneration, unsuitable environment and un satisfactory interpersonal relations, mentioned by subjects.

INTRODUÇÃO

O Setor Saúde no Brasil passa por um momento histórico caracterizado pelo novo modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal (1988) no artigo 198 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90, Lei 8.142/90 e Decreto 99.438/90. Este último criou o Conselho de Saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo (nacional, estadual e municipal). Na implantação do novo modelo assistencial preconizado pelo SUS, os recursos humanos são o eixo fundamental para a eficácia deste Sistema.

Deste modo, a intervenção da enfermeira¹ contribui para a integralidade da atenção à saúde do indivíduo que é um direito do cidadão e, portanto, a sua prática deve ser analisada e contextualizada, de maneira que seja capaz de acompanhar e inserir-se no processo de mudanças econômico-sócio-culturais e políticas; sendo assim, a enfermeira atuando neste processo, necessita ser um profissional que tenha compromisso, consciência crítica e competência técnica e científica. Neste sentido, FREIRE (1984) assinala que *não há capacitação científica nem técnica que não seja política, não há preferência científica ou técnica, que não involucre uma certa opção política.*

¹ - Utilizar-se-á o gênero feminino quando nos referirmos às enfermeiras e as supervisoras, buscando destacar a alta frequência de mulheres nesta categoria profissional (94,1% no Brasil em 1983 COFEN/ABEn, 1985 p. 57 vol. I)

Manter-se-á o masculino quando os textos referenciados assim o faz.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (1985) em pesquisa realizada a nível nacional, intitulada "O Exercício de Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil 1982/1983 - Força de Trabalho em Enfermagem", são focalizadas cinco funções mais desempenhadas pelas enfermeiras que trabalham em hospitais das quais destaca-se: supervisão de pessoal de enfermagem (95%); e administração e supervisão de serviços de enfermagem (89,1%) (p. 158).

O Ministério da Saúde, através do Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde (1983), assinala que o principal objetivo da supervisão é *eleva a qualidade dos serviços prestados e contribuir para o aperfeiçoamento do pessoal e para a avaliação de seu desempenho, visando à promoção da saúde, melhor recuperação do cliente e ao bom funcionamento do estabelecimento.* (p.7).

O presente estudo foi gerado das reflexões que surgiram em decorrência da nossa experiência tanto na área assistencial como na coordenação do Serviço de Enfermagem, em um Hospital Geral do Estado no município de Feira de Santana-Bahia durante o período de 1983-1988 e também da experiência acumulada ao longo de 7 anos como docente da disciplina Administração Aplicada à Enfermagem², quando questionava-se como a supervisão havia sido feita; Como deveria ser; Qual o seu real significado; Qual a percepção das enfermeiras sobre a supervisão; Em que base a supervisão está inserida no processo de trabalho da enfermeira; A supervisão enquanto função inerente da enfermeira é realizada de forma sistematizada ou não sistematizada; e qual o padrão de supervisão existente?

² Esta disciplina faz parte do ciclo de disciplinas profissionalizantes do Curso de Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, oferecida no 8º semestre

Neste estudo o padrão de supervisão constitui-se em supervisão sistematizada e não sistematizada. O padrão de supervisão sistematizada deve ser compreendido como um processo que envolve planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, através da utilização de técnicas e instrumentos de supervisão que visam aferir eficiência, eficácia e efetividade, proporcionando o desenvolvimento da capacidade individual, grupal e de relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem e qualidade da intervenção prestada aos usuários do sistema de saúde. É importante destacar que dentro da concepção de padrão de supervisão sistematizada proposta neste estudo, a eficiência refere-se à forma de realizar a tarefa em conformidade com o que foi planejado mediante padrões pré estabelecidos, estando associada à quantidade, produtividade e custos; a eficácia traduz o resultado da tarefa, isto é, à adequação do produto para os fins a que se propõe, estando associada aos objetivos, à qualidade e à satisfação dos usuários; e a efetividade é a interação da conformidade (eficiência) com a adequação (eficácia), ou seja, é fazer a coisa certa da forma certa - é otimizar a supervisão em forma de processo.

A supervisão realizada pela enfermeira é entendida como função inerente à sua prática, independente do cargo/função³ que esteja exercendo, pois legalmente e no exercício profissional, esta é uma supervisora em potencial.

³ Para MEZOMO, Função é um conjunto de tarefas executadas de maneira sistemática por uma ou várias pessoas e Cargo é o posicionamento hierárquico na estrutura orgânica da empresa. (MEZOMO, João C. - Administração de Recursos Humanos. São Paulo: CEDAS, 1984, p. 66)

Fundamentando esta colocação, FELDMANN (1974) assinala que *verificando a escala hierárquica do Serviço de Enfermagem notamos que a supervisão deve ser exercida pela enfermeira, pela própria supervisora, enfermeira-chefe e também pela diretora do Serviço de Enfermagem (p.85)* e CUNHA (1991) coloca que

Na enfermagem, são poucos os enfermeiros que não desenvolvem a função supervisão, pois, desde os que prestam cuidados diretos aos pacientes até os que chefiam divisões ou serviços de enfermagem, todos, em maior ou menor complexidade, desenvolvem atividades que visam aprimoramento do pessoal de enfermagem e à manutenção de condições necessárias para a prestação de uma assistência eficiente e eficaz. (p. 119)

Com este estudo acredita-se contribuir na construção do conhecimento sobre a supervisão no exercício da prática da enfermeira, possibilitando em conjunto com outros trabalhos que a ele venham se somar, de forma a atender cada vez mais e melhor as necessidades histórica e socialmente colocadas, da saúde da população e que seus resultados provoquem uma reflexão aprofundada em relação à importância da supervisão como base para uma intervenção de enfermagem de qualidade, a nível técnico, educativo e político, junto aos órgãos formadores, mercado de trabalho e entidades de classe, propiciando subsídios para que a enfermeira possa melhorar a sua prática gerencial, assistencial e educativa, dentro de uma concepção crítica e política do sistema que faz parte.

O Decreto Lei nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício de enfermagem no Brasil, em seu artigo 8º, diz que ao enfermeiro incumbe privativamente na alínea c, "o planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem" e nas atividades como integrante da equipe de saúde, ressalta-se a

"participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem" (alínea f); "participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral" (alínea m); e "participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada" (alínea n). (p. 25-26).

Com base nestas reflexões, formulou-se o seguinte questionamento:

- Qual o padrão de supervisão realizada pela enfermeira em hospitais de Feira de Santana-Ba, no período de março a junho de 1994?

Objetivos

1 - Descrever o padrão de supervisão executada pela enfermeira da área hospitalar.

2 - Identificar os fatores que interferem no padrão de supervisão realizada pela enfermeira da área hospitalar.

Hipóteses

H₁ - O padrão de supervisão executada pela enfermeira que atua na área hospitalar não é sistematizada.

H₂ - O padrão de supervisão executada pela enfermeira sofre interferência de fatores associados ao perfil da enfermeira e as características das instituições hospitalares.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Considerações gerais sobre supervisão

O termo supervisão se origina das palavras latinas "super" que significa "sobre" e "video" que equivale a "eu vejo" conforme assinalam FONSECA, GUEDES e SILVA (1976).

Para CANTUARIAS (1978) a supervisão é o mais importante instrumento de controle cuja transcendência é dada pela enorme amplitude que converte-se em eficaz ferramenta de apoio concomitante com sua responsabilidade controladora e fiscalizadora "de execução".

O documento do Ministério da Saúde (1980), intitulado "Contribuição ao desenvolvimento do processo de supervisão" ressalta que

supervisão integra o sistema de controle, sendo ainda função de apoio à boa execução das atividades. Neste sentido, confronta o que está sendo executado com um modelo programático (suas normas e métodos) ministrando, assessorando, ensinando e participando na solução de problemas. (p.1)

A supervisão, assim colocada, caracteriza-se pelo exercício de uma comunicação direta entre supervisor e supervisionado a nível de execução, diferenciando-se dos outros instrumentos de controle, que geralmente atuam à

distância, a exemplo da estatística, auditoria, aferição de rendimento, inspeção, custos e contabilidade, conforme citação deste documento.

RODRIGUES(1979) insere a supervisão e o agente de supervisão,

como mecanismos auxiliares de coordenação e de controle do nível de execução, considerando que as unidades distribuídas em áreas geográficas diversas requerem pessoal específico para exercer a supervisão devidamente designado pelo responsável pela coordenação.

Observa-se que estes autores citados defendem a supervisão como um dos instrumentos de controle a nível de execução. Este último RODRIGUES (1979) aponta o imbricamento entre supervisão, coordenação e o controle, mostrando-se ambíguo quando afirma que os julgamentos devem se dar com realce para as falhas, faltas, carências e que não deve assumir um aspecto policial, mas, ao contrário, verificar o que de útil e positivo vem sendo executado.

CANTUARIAS (1978), refere-se às interações múltiplas da função supervisão, defendendo a concepção de supervisão como um subsistema com relação com outros subsistemas. Assinala ainda que a função supervisão interage com a direção, porque atua em sua representação e por meio da delegação conferida; com os órgãos administrativos, quanto ao apoio logístico do processo (reservas, transportes, documentos, etc) e quanto a normas e procedimentos em questões de programação, informação e avaliação; com os órgãos técnicos-normativos quanto ao conhecimento das normas e colaboração na vigilância de sua aplicação, sendo que, em um processo altamente desenvolvido, é atribuída ao supervisor a colaboração no ajustamento ou reformulação das normas; com relação aos programas e normas, uma vez que é necessário conhecê-las amplamente, como base fundamental da ação

supervisora; com o operador, responsável pela execução das atividades em nível operacional, nas relações pessoa a pessoa para o exercício da supervisão; destacando que é nessa interação que é desenvolvido o papel tridimensional da supervisão - apoio, capacitação em serviço e vigilância.

NOGUEIRA(1982) assinala que

a supervisão não é uma prerrogativa dos serviços de saúde, pois é encontrável em quase todo o processo de trabalho de âmbito da produção material e em outros serviços (...). E assim o plano da realidade (o que tem sido a supervisão) se confunde com o da idealidade (o que queremos que ela seja) (p 1) e isso ocorre em qualquer processo social carregado de matrizes ideológicas.

Este autor refere que a supervisão surge no momento que se dá a "coletividade" do trabalho em saúde, com associação entre profissionais, de distintos níveis de qualificação, levando inclusive, à separação entre funções de execução e funções de gerência, em que estas últimas encarnam os objetivos gerais das instituições. A supervisão passa a ser o traço de união e a forma de ajustamento recíproco entre funções executivas e as de direção, quando são realizadas por diferentes indivíduos, adquirindo estas uma ascendência técnica e administrativa sobre aquelas. Nesta dimensão "racionalizadora", a supervisão se manifesta como uma simples extensão da atividade gerencial na procura de adequação das ações.

‡

Diante do exposto observa-se que NOGUEIRA (1982) refere-se à supervisão como um traço de união entre funções de execução e gerência, enquanto MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980) aponta que esta é um dos instrumentos de controle utilizados pela execução e CANTUARIAS (1978) refere que a mesma interage não só com a direção, mas com os órgãos administrativos e normativos, programas,

normas e operadores alcançando o papel tridimensional da supervisão-apoio, capacitação em serviço e vigilância.

A literatura tem demonstrado que o conceito e definição de supervisão, tem variado ao longo do tempo, em decorrência das mudanças no contexto social e político da sociedade onde as organizações estão inseridas e conseqüentemente essas influências interferem no desempenho do pessoal dessas organizações.

1.2 Supervisão em saúde

A supervisão costuma ser referida como um dos instrumentos de ajustamento entre a dinâmica das ações de saúde e das metas propostas. Encontra-se respaldada pelo Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976 que aprovou o Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde e que dispõe no seu artigo 19 sobre a Competência do Serviço de Supervisão e Avaliação da Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde, conforme Portaria n. 425 de 30 de janeiro de 1977, publicada no Diário Oficial da União em 26 de dezembro de 1977.

A preocupação com supervisão em saúde, verifica-se nos países da América Latina, a partir da década de 1970, quando a administração de recursos humanos⁴ ganha relevância.

⁴ Para Nogueira, existem duas formas de tratar o pessoal de saúde, enquanto força de trabalho e enquanto recursos humanos. Força de trabalho é termo de economia política, que acentua a natureza do trabalho e as relações entre pessoas. Recursos humanos advêm da administração e se subordina a óptica de quem exerce função gerencial ou de planejamento, com o propósito de aprimorar a capacidade de trabalho dos indivíduos. (NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, p. 61-70, 1983)

Para PERES (1986) a partir da IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em setembro de 1977 e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, em Alma-Ata, URSS, é que a supervisão evidencia-se concretamente, o que não significa que não tenha sido considerada anteriormente como necessidade nos serviços de saúde, a exemplo de eventos que antecederam esta década, tais como: "Pan American Sanitary Bureau" - Summary of four-year reports on health conditions in the Americas" , W.H.O (1958) que chama a atenção para a necessidade de incrementar o número de médicos para prover os serviços de saúde: Reunião de Punta del Este (1961)⁵ que assinala o acordo entre os países membros em *"determinar o número de técnicos de diversas categorias, necessário para cada função ou Profissão"*, e a Reunião de Ministro de Saúde (1963)⁶ que salientou a necessidade de rever os programas de ensino da medicina.

O relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (C.I.C.P.S.) (1979) concluiu que *A meta social de todos os governos é que todo cidadão alcance até o ano 2000, um nível de saúde que lhe permita levar uma vida social e economicamente produtiva, sendo a atenção primária a chave para que essa meta seja alcançada.* A Conferência acordou a melhoria dos processos e capacidades administrativas em todos os níveis de planejamento, execução, elaboração orçamentária, monitoria, supervisão e avaliação. Verifica-se que a partir desta Conferência, os programas e as políticas de

⁵ - ANDRADE, J. Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina. In OPS. Conferência Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. Canadá, 1973 (Publicación Científica nº 279) 1974 p. 47. Apud PERES, J. Administração em Saúde: Supervisão - Ensaio de interpretação. São Paulo, 1986. 344p. p. 6. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo.

⁶ - idem, ibidem, p. 6

extensão de cobertura e atenção primária procuram outras soluções educacionais que não dependam do aparelho formador e dos desvios identificados na tradição acadêmica. Desta forma, supervisão, educação continuada e sistemas de informação, passam a ser instrumentos privilegiados para contornar as deficiências da educação universitária e reciclar os profissionais, conforme assinala NOGUEIRA (1985).

Segundo PERES (1986), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) realizou o Seminário Internacional de Supervisão em Lima, Peru (1980), tendo como recomendação uma proposta de Supervisão que deveria ser discutida e operacionalizada a partir de Seminários Nacionais de Capacitação em Supervisão em cada país participante, com assessoria da OPAS e do Centro Latinoamericano de Tecnologia Educativa de Saúde (CLATES). Este evento constituiu-se de grande relevância para a abordagem da Supervisão em Saúde, porque além de apoiar-se em discussões teóricas, considerou as realidades institucionais e a política de extensão de cobertura.

Em janeiro de 1980 é celebrado o Convênio único entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, que prevê a elaboração do plano operativo global por parte do executor das ações. Dessa forma, não justifica mais os programas isolados e, sim, ações gerais de saúde pública. Este convênio representa, o instrumento precursor do Programa Nacional de Serviços Básicos (PREV-SAÚDE), sendo considerado como uma proposta de integração e convergência de esforços de órgãos federais, estaduais e municipais, conforme documento do Ministério da Saúde "Diretrizes e Linhas de Ação da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (1980)."

A VII Conferência Nacional de Saúde, acontece em março de 1980, sendo discutida a "Extensão das Ações de Saúde, através dos Serviços Básicos", tendo como um dos sub-temas: "A Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde". Esta Conferência serve como "piloto" para a formulação do grande e ambicioso projeto (PREV-SAÚDE), patrocinado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, conforme afirma SILVA (1983)⁷. Este projeto gerou uma série de oposições, por ser estatizante, portanto esvaziaria a iniciativa privada e os organismos federais de assistência médica e sanitária, sendo engavetado.

Em 1982, acontece nos diferentes países da América Latina, Seminários Nacionais⁸ promovidos pelos respectivos Ministérios da Saúde e apoiados pela OPAS, em atendimento às recomendações do Seminário Internacional de Supervisão.

Neste mesmo ano no Brasil, foi criado o Grupo de Trabalho de Supervisão e Educação Continuada (G.T./SEC), pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde, com o objetivo de *Estimular uma abordagem global dos problemas de supervisão e educação continuada que conduza à implantação e/ou aperfeiçoamento de esquemas operacionais e de apoio a essas atividades, em consonância com a política de ampliação, fortalecimento e integração dos serviços de saúde*

⁷ - SILVA apud PERES, F. op. cit.

⁸ - Este processo deu-se no bojo da política de ampliação e fortalecimento dos serviços básicos de saúde, na proposta de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde visando Saúde para Todos no Ano 2000.

(1982), resultando a publicação do Guia "Supervisão em Serviços Básicos de Saúde", em 1982, assinalando que a atividade de supervisão é inerente a qualquer processo de trabalho e que realiza-se em bases coletivas, constituindo-se de três atos interligados: conferir, retificar e informar.

A organização do processo de supervisão em saúde no Brasil, conforme o documento "Supervisão em Serviços Básicos de Saúde (1982)" prevê os seguintes aspectos: Supervisão como estratégia; Integração com as funções de planejamento/programação e desenvolvimento de recursos humanos; Supervisão polivalente e/ou especialistas (monovalente) e Organização por níveis.

Supervisão como Estratégia

Num sistema regionalizado de saúde, a supervisão tem múltiplas atribuições: planejamento/programação, organização interna das unidades, treinamento, educação continuada, avaliação e apoio ao trabalho comunitário. Trata-se de funções que podem ser catalisadas ou instrumentadas através do trabalho dos supervisores, contudo, nenhuma dessas ações é específica ou exclusiva de uma equipe de supervisão, pois podem e devem também ser exercidas por outros grupos e setores institucionais.

Assim, os métodos e objetos da supervisão, além de diversificados, variam de acordo com a ênfase a ser dada a uma ou outra dessas funções supracitadas, o que depende da instância administrativa a que se subordina o processo (central, regional ou local) e do estágio de desenvolvimento da rede, bem como de outras exigências conjunturais.

Integração com as funções de planejamento/programação de saúde e desenvolvimento de recursos humanos

O processo de supervisão deve ocorrer dentro de um contexto em que seja promovida sua ligação permanente com as funções de planejamento e programação de saúde. Os supervisores podem atuar como promotores da participação das equipes na definição das linhas de ação institucionais e da programação local. A supervisão torna-se pertinente e útil na medida em que auxilia as pessoas da linha de execução a alcançar certas metas ou padrões de atendimento os quais elas mesmas conceberam, tomando como parâmetro a política institucional e adaptando-os às realidades locais.

Cabe à supervisão um papel proeminente no planejamento de recursos humanos, começando pela identificação de necessidades em termos de categorias funcionais, treinamento, reciclagem e lotação, além de atuar como instrutor.

No processo de desenvolvimento de recursos humanos, a supervisão revela-se num componente estratégico de adequação das formas de capacitação aos requerimentos dos serviços. Entretanto, não pode ser uma função subordinada formalmente aos órgãos de desenvolvimento de recursos humanos, por mais que estes contribuam no estabelecimento de suas diretrizes. A ênfase nos elementos educativos da supervisão tem feito perder de vista que ela é, antes de mais nada, uma atribuição das instâncias diretivas.

Supervisão polivalente e/ou especialista (monovalente)

A supervisão de rotina deve ser integral, dirigindo-se às ações de saúde em seu conjunto, bem como aos processos administrativos dos serviços de saúde.

A supervisão integral é apenas o resultado da soma das competências de múltiplos supervisores polivalentes que agem de maneira intercomplementar, embora estes possuam referências comuns em termos de conhecimentos e habilidade.

O Ministério da Saúde (1982) através do documento "Supervisão em Serviços Básicos de Saúde" assinala

o que deve haver de comum entre os supervisores polivalentes a nível central, regional, sub regional e local é a capacidade de:

a) Identificar globalmente as necessidades técnico-administrativas dos serviços básicos;

b) Equacionar ou orientar a solução de problemas de ordem administrativa, resolúveis no nível concernente;

c) Contribuir para a solução de determinados problemas técnicos e de capacitação de recursos humanos, em conformidade com suas competências e experiências profissionais, atuando como generalista em sua área de graduação; e

d) Acionar os mecanismos de apoio especializado para solução de problemas de maior complexidade técnico ou administrativo. (p 14). •

Organização por níveis

Quando a rede atingir um ponto de operação plena, o fluxo de supervisão admitirá, pelo menos, os três pontos de origem antes mencionados, correspondendo aos níveis administrativos central, regional e local. Cabe ressaltar que a supervisão deve ser exercida em todos os níveis, porém com características diferentes. Em cada nível deve haver um processo interno de supervisão; sua responsabilidade é inerente a todos os órgãos da estrutura organizacional, seja ela atribuída a pessoas ocupantes das funções de chefia e direção ou da responsabilidade de grupos especializados.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizou-se em 1986 com a participação da Sociedade Civil organizada, onde foi aprovado "Saúde como

Direito do Cidadão e Dever do Estado", dando ênfase às condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

A Constituição Federal (1988) legitimou as deliberações da VIII CNS, e na Seção II Da Saúde em seu artigo 196, assinala que *A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (p. 113); no artigo 198, reporta que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e*
- III - participação da comunidade. (p. 114).*

Em 1992 acontece a IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS), evidenciando a grande distância existente entre os princípios, diretrizes e normas conquistadas pela sociedade expressos na Constituição Brasileira e Lei Orgânica de Saúde, em contraposição à forma como está sendo implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, a dura realidade vivida pelas pessoas e assinala um momento de reflexão sobre a tarefa de implantação da Reforma Sanitária no país. As deliberações do IX C.N.S. avançam na direção de explicitar tarefas e responsabilidades dos diversos atores sociais aos quais incumbe a implementação do SUS.

Segundo as "Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental" publicado pelo Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1990:

A supervisão é processo amplo, permanente, complexo, mútuo e ativo, que inclui exame, conhecimento, avaliação, assessoria, ensino e informação, abrangendo profissionais, equipes e instituições. É atividade auxiliar fundamental para o acompanhamento regular das ações de saúde mental, que procura manter elevada a qualidade dos serviços ofertados à população, bem como acompanhar seu rendimento, procurando identificar e corrigir deficiências ou distorções. Utiliza dados e indicadores de saúde (estatística de saúde) para poder quantificar os resultados das ações executadas, contextualizando a questão da produtividade (importante, mas não determinante), utiliza informações psicossocioculturais para o esclarecimento das questões inter-relacionadas e emprega o saber sobre os instrumentos técnicos visando a otimização da competência. (p. 10).

De acordo com esta definição percebe-se que a avaliação é integrante do planejamento ou sistema de supervisão, visando continuamente aferir a eficiência, efetividade, eficácia, adequação, níveis de terminalidade, resolutividade, desempenho, qualidade dos serviços prestados, verificando ainda a pertinência dos programas. O controle é também integrante do processo, destacando a produtividade e os custos e privilegia os instrumentos disciplinares em detrimento dos político-pedagógicos.

Neste sentido PERES(1986) refere que

dentro da abordagem sistêmica que caracteriza toda a organização sanitária, a Supervisão é o acompanhamento do processo com vistas aos resultados esperados, assim como o "feedback" para o planejamento e outros órgãos.(...) Tais como direção, órgãos administrativos, planejamento, recursos humanos e execução. (p.244-5).

Esta autora reconhece a supervisão nos vários modelos de organizações e teorias administrativas e fala das características desta na Organização Sanitária Brasileira e assim reporta:

... a supervisão em saúde constitui-se em mais um dos elementos irradiadores dos objetivos e interesses da classe hegemônica na sociedade capitalista, com vistas a manutenção e aperfeiçoamento do sistema vigente. Entretanto, ainda que para muitos a resposta se apresente como satisfatória, passível de comprovação histórica, essa hipótese, mesmo que comprovada, responde apenas parcialmente à indagação. Resta ainda, aprofundar o estudo a fim de precisar mais o objeto de análise, ou seja: qual é a especificidade do setor saúde no contexto da sociedade capitalista brasileira?

Somente a resposta a esta questão poderá fornecer elementos para uma análise concreta da organização Sanitária, enquanto objeto específico, que indicara um determinado tipo de administração, e, dentro disso, a necessidade ou não da supervisão e, no caso afirmativo, a finalidade última da mesma. (p.338-9).

1.3 Processo de supervisão em enfermagem

1.3.1 Origem e evolução da supervisão em enfermagem

As enfermeiras fazem parte de uma sociedade concreta que elabora, realiza, justifica ou modifica historicamente suas estratégias, no sentido de se ajustarem à evolução e as crises cíclicas das sociedades a que pertencem.

Historicamente, a enfermagem como profissão, nasceu na Inglaterra da segunda metade do século XIX. Entre os antecedentes imediatos mais importantes da profissionalização da enfermagem inclui-se a Guerra da Criméia (1854-1856) e o trabalho realizado por Florence Nightingale em Londres, transformando-se em

modelo para instituições similares fundadas posteriormente dentro e fora da Inglaterra, conforme assinalam MELO (1986), ALMEIDA & ROCHA (1986), PIRES (1989) e SILVA (1989)

A profissionalização da enfermagem se processou basicamente através de duas categorias sociais distintas: a das ladies-nurses e a das nurses. As ladies-nurses, oriundas da burguesia, da pequena burguesia ou da aristocracia inglesa, eram destinadas a "nobres" tarefas do ensino, da supervisão de serviços e das nurses e da administração hospitalar, portanto apenas indiretamente ligadas ao cuidado dos pacientes. Já as nurses, oriundas do proletariado, eram destinadas ao serviço "grosso" das enfermeiras: trocas de roupa de cama, banhos de leito, ministração de medicamentos ligando-se portanto ao cuidado direto dos pacientes, como verifica-se em MELO (1986), ALMEIDA & ROCHA (1986), NAKAMAE (1987), PIRES (1989) e SILVA (1989).

Baseada na história da enfermagem como profissão, vislumbra-se que desde aquela época, já havia uma preocupação com o padrão de supervisão visto que a divisão das atividades de enfermagem era ligada à classe social que incluía a supervisão de serviços, das nurses e da administração hospitalar entre as tarefas destinadas às ladies-nurses.

A enfermagem chegou ao Brasil por iniciativa governamental e ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, com a finalidade de conceber um novo profissional de saúde, visando a erradicação das grandes endemias e epidemias, principalmente a tuberculose. Vieram enfermeiras norte-americanas, a pedido de Carlos Chagas, então diretor do Departamento de Saúde Pública, através do

patrocínio da Fundação Rockefeller e da Internacional Health Board, com a intenção de dirigir, ideologicamente, a formação profissional das enfermeiras brasileiras, articulando-as ao sistema capitalista e aos seus interesses e, assim, reproduzir no Brasil, a enfermagem que deu certo nos Estados Unidos da América, segundo o modelo de Florence Nightingale. A Enfermagem Profissional Moderna Brasileira, nasceu com a Fundação da Escola de Enfermagem D. Anna Nery no Rio de Janeiro através do Decreto n. 15.799/22 de 10 de novembro de 1922; a regulamentação do exercício profissional aconteceu através do Decreto nº 20.109 de 15 de junho de 1931 e passou a ser profissão de nível universitário a partir de 1962 conforme Parecer n. 271/62 do Conselho Federal de Educação. Originou-se de um projeto sanitário para suprir as dificuldades existentes devido a falta de atendimento primário à saúde, em especial no Porto do Rio de Janeiro e Santos. Entretanto, evoluiu em sua conformação, a tendência para se destinar a assistência de doentes no âmbito hospitalar, conforme assinala NASCIMENTO (1991).

A supervisão em enfermagem surgiu desde a institucionalização da enfermagem como profissão na Inglaterra, o que no Brasil não foi diferente. Encontra-se inserida no processo de trabalho da enfermagem e ajusta-se às mudanças do contexto social e política da sociedade em que está inserida.

1.3.2 Concepções sobre supervisão

Na definição de Supervisão em Enfermagem PERRODIN (1965), afirma que esta é um processo vivo, dinâmico, que procura desenvolver a capacidade individual em função de um desempenho mais efetivo por parte do corpo de

enfermagem. A autora considera que a supervisão em enfermagem é um serviço idealizado para melhorar o cuidado dos pacientes a partir da organização, estímulo e aumento da produção e bem-estar do pessoal, ocupando-se dos recursos físicos e materiais *somente* quando estes afetam a qualidade e facilidade do trabalho do pessoal.

Ressalta-se que o pessoal é fator essencial na supervisão, mas não se pode desconsiderar os recursos materiais, físicos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem. Sabe-se que a enfermeira responde diariamente pela infra estrutura, material e física de sua unidade/setor/seção/divisão de trabalho, sendo responsabilizada pelo suprimento, adequação, distribuição, acondicionamento, manuseio, conservação e consumo do material a ser utilizado. Além disso o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) assinala que é dever dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 24 *Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência (p.5)* e isso envolve recursos humanos, físicos e materiais sob controle e devidamente adequados às necessidades da clientela.

Ainda PERRODIN (1965) menciona que todas as pessoas que estimulam, desenvolvem e aumentam a produção e bem-estar do pessoal têm algo a ver com a supervisão mesmo que não ocupem o cargo de supervisoras. Referenda-se esta colocação, principalmente porque toda enfermeira é líder da sua equipe sendo uma supervisora em potencial.

CIAMPONE (1985) afirma que *existem contraposições freqüentes no conceito de supervisão quando o elemento supervisor é analisado como um elemento-chave na administração do*

peçoal, como um elemento situado no meio ou como um elemento pertencente ao grupo (p.112). Esta autora destaca que a posição da Supervisora como **elemento chave** na administração de pessoal corresponde ao enfoque tradicional, centralizadora do poder no grupo. Ressalta que esta situação é inaplicável atualmente, em função da crescente complexidade das organizações e da tendência de maior participação do pessoal no estabelecimento nas regras institucionais; assinala que a supervisora vista como **elemento situada no meio**, sua motivação é nula, pois situa-se entre duas forças sociais contrárias, a gência e os trabalhadores, além da supervisão ser interpretada como função geradora de grande insatisfação para quem a executa; e finalmente aponta como posição ideal à supervisora a do **elemento que pertence ao grupo**, o que lhe possibilita plena percepção da problemática do grupo, estimula e aprimora o desenvolvimento individual e grupal. A posição da supervisora como elemento pertencente ao grupo proporciona uma relação facilitadora, centrada na pessoa e que se traduz na prática, pela eficácia comprovada, promoção da liberdade psicológica e percepção do pleno funcionamento da pessoa, na situação específica, conforme afirma ROGERS (1977)⁹

Apesar de reconhecer que esta posição é a mais adequada para a enfermeira, espera-se que esta tenha uma visão geral do serviço e da saúde, pois sua atuação transcende as questões grupais interferindo na dinâmica do trabalho e da supervisão. Considera-se importante a articulação política da enfermeira na

⁹ ROGERS apud CIAMPONE, M.H.T. (1985) Supervisão e enfermagem. *Rev. Paul. Enf* São Paulo, v. 5, n.3, p. 111-113, 1985

intermediação dos interesses do grupo com os da gerência e dos usuários dos serviços.

KRON (1978) e KRON e GRAY (1989), reportam que *a supervisão então pode ser descrita como aprendizado orientado. (p. 87 e p. 156 respectivamente)*. Observa-se que estas autoras enfatizam o aspecto da educação e da orientação na atividade de supervisão e não referem ao aspecto controle. Na enfermagem o controle dos recursos materiais e humanos e das ações desenvolvidas é uma evidência na prática do exercício profissional da enfermeira; negar o caráter de controle do trabalho/ou trabalhador que a supervisão traz, é não reconhecer um de seus pólos fundamentais e contraditórios. É necessário ressaltar, que chama-se a atenção do controle no sentido de avaliar o desempenho do pessoal através das ações desenvolvidas pois o treinamento em si do pessoal de enfermagem não garante a qualidade da sua intervenção.

ARNDT e HUCKABAY (1983) assinalam que a supervisora de enfermagem deve estimular e direcionar os interesses e valores de forma a sincronizar os objetivos institucionais e individuais. Percebe-se que estas autoras dão grande ênfase na "pessoa" da supervisora, o que pode ser constatado na seguinte afirmativa *... a maneira pela qual a supervisora exerce sua autoridade e influência, utiliza seu sistema de controle e permite aos membros da organização alcançarem satisfação pessoal no trabalho influencia a eficácia global organizacional. (p. 79)*.

Ao contrário de KRON (1978) e KRON e GRAY (1989), ARNDT e HUCKABAY (1983) ressaltam a utilização do sistema de controle pela supervisora.

SANTOS (1987a), expressa que o serviço de enfermagem hospitalar encontra-se inserido num contexto organizacional, valoriza o cumprimento de

normas e procedimentos, visando a garantia de um resultado favorável, relativo à continuidade da assistência em termos qualitativos e quantitativos e que *para alcançar este objetivo, toda uma estrutura é montada e, inclusive, é estabelecida uma hierarquia de autoridade. A instituição da supervisão de enfermagem representa, portanto, um processo de viabilização da garantia acima referida* (p. 3). Reforça ainda, que o exercício da supervisão exige o uso das habilidades administrativas e técnicas e, conseqüentemente não havendo domínio por parte da supervisora em uma ou ambas habilidades, os objetivos da supervisão não são alcançados.

Tomando como referência estas afirmações percebe-se que a autora segue a mesma linha de ARNDT e HUCKABAY (1983), reforçando a supervalorização da atividade supervisão, quando afirma ser a supervisão de enfermagem um processo de viabilização da garantia de um resultado da assistência em termos quanti-qualitativos; acredita-se ser necessário explicitar as interferências/determinações econômicas e políticas que se fazem presentes; considerar o conjunto dos problemas do trabalho/ou trabalhador, que não dependem exclusivamente da competência técnica/especialista das enfermeiras e ainda a satisfação com o trabalho que realiza.

CUNHA(1991), reporta que

na enfermagem, o elemento supervisor desenvolve, junto aos funcionários, atividades diversificadas como: a) Discussão das convicções, valores e objetivos de serviço de enfermagem; b) Caracterização da clientela atendida; c) Identificação das necessidades de assistência de enfermagem; d) Planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem segundo os critérios e as prioridades definidas; e) Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada; f) Previsão e Provimento de recursos humanos, materiais, físicos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem; g) Identificação das necessidades de orientação e treinamento dos funcionários; h) Orientação e avaliação dos funcionários durante a execução das atividades; i) Planejamento, execução e avaliação de

programas de desenvolvimento de pessoal; j) Elaboração, implantação e avaliação de normas, procedimentos, rotinas e manual do serviço de enfermagem; l) Manutenção de um sistema de informação eficiente; m) Prevenção de situações problemáticas; n) Promoção de integração do pessoal de enfermagem e manutenção de estratégias para sua motivação; o) Estabelecimento, utilização e avaliação de métodos de trabalho e p) Outras atividades específicas as diferentes realidades das instituições e serviços de enfermagem. (p. 119).

Diante do exposto, é preciso reconhecer que a supervisão como função inerente da enfermeira no exercício da sua prática e que constitui o objeto deste estudo, gera conflitos nas relações, que são permeados por questões técnicas, de relacionamento interpessoal, condições de trabalho, e também por embates relativos ao exercício da hierarquia e do poder, conforme a organização tecnológica e social do trabalho, contrariando definitivamente as afirmações de SANTOS (1987a) e ARNDT e HUCKABAY (1983) que dão ênfase na pessoa da supervisora como o elemento capaz de proporcionar a qualidade da assistência de enfermagem.

MANZANARES e MARTÍNEZ (1988) defendem que a supervisão de enfermagem dentro do processo administrativo, não é só a soma de funções e de suas técnicas correspondentes, mas que é um processo educativo no qual há participação e interação dos elementos essenciais na atenção contínua ao paciente.

Estas autoras abordam tal como PERRODIN (1965), KRON (1978), KRON e GRAY (1980), o aspecto educativo da supervisão. Observa-se a ausência do aspecto controle que é uma das características da supervisão. Será que a "qualidade da assistência é possível sem o controle?" Acredita-se ser importante deixar claro de que não há interesse em valorizar um ou outro aspecto da supervisão, e o que se busca é a clareza de como esta se processa no exercício da prática da enfermeira.

SILVA(1991) considera a supervisão como

... uma atividade que juntamente com outras ações administrativas busca a organização e o controle do trabalho, com vista a objetivos e finalidades, estas não são abstratamente "a melhoria da qualidade e quantidade da assistência" mas sim metas concretas tomadas a nível de instituição como um todo, como por exemplo: reduzir o consumo de materiais, diminuir o tempo de hospitalização, diminuir o índice de infecção hospitalar, acompanhar o uso e administração de medicamentos, ou ainda vacinar no mínimo 80% das crianças até um ano de idade com BCG e assim por diante. O estudo da supervisão desarticulado do quadro institucional e social mais geral acarreta uma limitação importante para uma compreensão mais global da problemática do controle da qualidade e quantidade da assistência. (p. 57).

A referida autora reconhece a supervisão como uma atividade necessária e importante quando se trata do ensino de trabalho essencialmente vivenciais; trata-se do controle que se direciona ora para o trabalhador ora para o processo de trabalho e quando assume seu caráter político de intermediar os níveis centrais com os níveis básicos.

PERES(1986) argumenta que

... a supervisão quanto à sua posição na organização, seja nas estruturas mais rígidas ou mais flexíveis, insere-se sempre no âmbito do controle da produção, quer qualitativo, quer quantitativo, quer acompanhando o processo, quer a partir do resultado obtido. Atuando como mecanismo auxiliar de coordenação de esforços da alta administração no sentido de assegurar que o processo de trabalho ocorra de forma planejada, segundo regras e normas técnicas. (p. 167).

Neste sentido, percebe-se que a supervisão assume características particulares em relação à forma de exercê-la nos diferentes tipos de estrutura organizacional, contudo o agente responsável por ela apresenta-se constante em relação à sua posição na organização, bem como seus componentes básicos.

A mesma autora refere que

... fica evidente a presença de dois elementos básicos, e portanto definidores, da supervisão: de um lado, o controle, que a caracteriza como instrumentação da gerência no sentido de imprimir dada direção do processo de trabalho e, de outro, a educação, que a distingue como um dos instrumentos para conferir, à prestação de serviços, os padrões estabelecidos, sejam eles quantitativos e/ou qualitativos, manifestando assim, o componente pedagógico. (p. 292).

Alerta PERES (1986) que a supervisão não é somente um problema de enfermagem, mas é também uma questão da área da saúde, diante da impossibilidade de responder as suas indagações dentro do referencial da administração:

1. O que leva a supervisão a ser instrumento de controle dentro da organização?
2. Da mesma forma, por que a supervisão envolve sempre o componente pedagógico?
3. O que leva a ambos a caminharem juntos?(p. 293).

A mesma autora afirma que a supervisão

foi criada para o controle do trabalhador, utilizando para esse exercício a ação pedagógica que encerra a dúplici natureza desse trabalho - a natureza política, que envolve o aspecto técnico em relação ao conteúdo do trabalho e a natureza ideológica a partir da veiculação de valores, atitudes e padrões de comportamento socialmente elaborados segundo os interesses do capital. (p. 337).

É importante ressaltar a contribuição inusitada que a referida autora traz ao estudo da supervisão sanitária e de enfermagem. Observa-se que o seu trabalho é realizado dentro de uma perspectiva evolucionista, como os demais autores citados neste estudo. O que a diferencia, juntamente com SILVA (1991) dos demais, é a perspectiva da utilização da teoria do processo de trabalho, contextualizando-a na sociedade capitalista onde encontra-se inserida, empregada como fundamentação para a "re-interpretação" da supervisão.

1.3.3 A metodologia do processo de supervisão em enfermagem

Para MANZANARES & MARTÍNEZ (1988), os principais métodos de supervisão em enfermagem são: **método científico** que tem o propósito de estimular a reflexão, observar a criatividade da enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem. Consiste em observar o pessoal no desempenho de suas funções e com base nas dificuldades evidenciadas, programa-se as atividades individualizadas, com o objetivo de sanar tais dificuldades, tendo como variável determinante a atenção que receberá o paciente; **método indireto** consiste na aplicação de uma supervisão não diretiva, oferecendo estímulo e amplas oportunidades para cada um dos participantes do processo de ensino-aprendizagem, para que tomem consciência de seu desempenho e busquem seus próprios caminhos para melhorar sua atuação; **método de múltiplas faces ou misto**, consiste na aplicação das várias técnicas de supervisão, que podem variar conforme a situação problema; e o **método de investigação ativa**, que compreende o estudo em grupo e individualmente, de um ou vários problemas de complexidade variada a pedido do pessoal de enfermagem e/ou enfermeira, sem interromper o desenvolvimento das atividades diárias. Este método permite chegar às conclusões objetivas e possibilita a participação do pessoal nas soluções dos problemas.

Segundo os documentos do MINISTÉRIO DA SAÚDE "Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Supervisão" (1980) e "Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde" (1983) e ainda CUNHA (1991), a metodologia da

supervisão constitui um processo cíclico que envolve as seguintes etapas: Planejamento, Execução e Avaliação.

O planejamento compreende desde a percepção de uma necessidade de ação até a decisão quanto o que será feito, por quem e quando. Para CUNHA (1991), o planejamento passa a ser uma etapa essencial para o desenvolvimento da função supervisão, pois determina o que deve ser feito, quem o fará e quando.

Para MARTINEZ citada por NERY e FERNANDES (1978), a observação analítica é a base sobre a qual se constrói um programa de supervisão. As autoras NERY e FERNANDES (1978) assinalam que

os princípios fundamentais na elaboração de um plano, são: o princípio da inerência, que estabelece uma coerência na sua forma e nos seus objetivos; o princípio da unidade que faz a integração de várias partes num conjunto e sem a qual o planejamento se desarticula e se anula; o princípio de previsão, segundo FAYOL, o conceito planejamento encerra a idéia de previsão; e o princípio de universalidade - o plano deve abranger todas as etapas de trabalho.

O Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde (1983) assinala que é preciso estabelecer um diagnóstico do serviço, realizando-se, prioritariamente, um levantamento da situação e análise dos dados, observando-se os seguintes aspectos: normas, rotinas e procedimentos; estrutura organizacional do estabelecimento; finalidade e objetivos do serviço; necessidades, prioridades e problemas mais comuns, nome, cargo, horário e atribuições do pessoal; programa de trabalho e atividades desenvolvidas; recursos físicos e financeiros; meios de comunicação entre os serviços e relatórios e outros registros. De posse do diagnóstico, deverá ser estabelecido um plano de trabalho.

O Programa de Capacitação de Qualidade Total da Prefeitura Municipal de SALVADOR (1993) refere que o planejamento constitui-se num processo dinâmico e sistemático de visualização do futuro de uma organização, balizado na análise das tendências de transformação do ambiente tanto externo como interno de modo que essa visão oriente as ações, medidas e propósitos da organização. Desta forma, o planejamento envolve a definição de qualidade do ponto de vista do cliente, o desenvolvimento de medidas da qualidade, o desenho de produtos ou serviços conforme as necessidades dos clientes, o desenho de processo e a operacionalização desses processos.

A enfermeira deve elaborar um plano de atividades com a participação do pessoal que compõe a sua equipe a ser desenvolvido durante determinado período (diário, semanal, mensal, anual). O plano deve ser flexível, podendo ser alterado quando necessário, além de procurar atender as necessidades da clientela.

Na execução do planejamento de supervisão FONSECA, GUEDES e SILVA (1976) consideram que são imprescindíveis os seguintes fatores: ambiente favorável, área física ideal, bom relacionamento entre a supervisora e os supervisionados; observação direta das tarefas realizadas; contato do pessoal de cada categoria, mediante entrevista; estudo de registros existentes, estatísticos e descritivos; observação do reconhecimento da comunidade quanto ao trabalho executado; e análise dos dados colhidos durante a observação.

A função supervisão assume importância destacada nesta etapa, pois visa a criar e manter as melhores relações pessoais possíveis, no sentido de promover a aceitação das diretrizes e recomendações apresentadas pela enfermeira. A execução

das atividades será tanto melhor quanto mais cuidadoso for o seu planejamento. O desenvolvimento das atividades seguirá as normas estabelecidas no plano, bem como as prioridades e o cronograma.

São importantes os seguintes procedimentos para o êxito da supervisão, conforme o documento do MINISTÉRIO DA SAÚDE "Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde" (1983):

Visitar, de acordo com as necessidades e a periodicidade estabelecida, as unidades ou setores do serviço, cumprimentar e conversar informalmente com o pessoal, dando atenção a cada um e demonstrando interesse pelo trabalho executado; observar o desempenho de cada funcionário, orientando e demonstrando as tarefas, sempre que necessário, dando ênfase às prioridades e necessidades detectadas; interpretar para o pessoal as normas e rotinas do serviço para que sejam bem entendidas e desempenhadas; obter informações sobre o desenvolvimento das atividades, detectar problemas e pontos de estrangulamento no serviço, tentando soluções junto com o pessoal; examinar prontuários de pacientes, fichas ou livros do serviço, onde são feitas anotações; elogiar sempre que estiverem corretos ou, caso contrário, orientar o funcionário, ensinando-lhe a maneira correta; conversar com os funcionários, em caráter particular, quando forem encontradas falhas. Orientá-los ou ajudá-los a resolver algum problema pessoal que esteja interferindo no seu desempenho; realizar reuniões periódicas com todo o pessoal ou com grupos menores, a fim de discutir assuntos inerentes ao serviço; fixar a data da próxima reunião com os supervisionados; detectar a necessidade e realizar o treinamento e/ou reciclagem do pessoal, sempre que necessário; e elaborar o relatório das atividades desenvolvidas, cuja periodicidade será estabelecida pelo serviço (p. 12).

CUNHA (1991) assinala que

O enfermeiro precisa ter - como requisito para o desenvolvimento da função supervisão - competência profissional, habilidade para relacionar-se com as pessoas, motivação para o desenvolvimento do pessoal, crença no potencial do ser humano e na importância do envolvimento de todos os funcionários nas decisões relativas às rotinas de trabalho, visando a manutenção de uma assistência de enfermagem eficaz. (p. 124).

A enfermeira deve manter um bom relacionamento com o pessoal, a fim de executar efetivamente seu plano, atingindo os objetivos propostos em atendimento às reais necessidades da clientela.

A *avaliação* do processo de supervisão realizado pela enfermeira consiste basicamente na comparação do plano de atividades com sua execução e resultados obtidos.

SANTOS (1988) citando WANDELT e PHANEUF, concorda quando estes asseguram que *a avaliação serve de base para o planejamento, mudanças nos programas já em desenvolvimento, elaboração de novos, além de identificar áreas de estrangulamento em qualquer parte de um projeto de enfermagem (p.17)*, e do fornecimento de dados para estudos de custos e eficácia. Esta autora, coloca que como processo sistemático *a avaliação contribui para aperfeiçoar as ações que estão sendo executadas e fornece bases para um efetivo planejamento das atividades. (p. 23)*. BERGMAN em SANTOS (1988), afirma que *à medida que uma profissão amadurece ela não somente cria novos conceitos e maneiras de fazer as coisas, como também se torna mais segura para deter-se e fazer uma auto-crítica do que realizou até o momento, para onde vai e como vai dali para frente... (p.24)*. SANTOS (1988) acrescenta que *um sistema de avaliação firma-se num complexo de informações... , no sentido de analisar elementos de um sistema maior ... e que limitar-se apenas a medir a performance, o rendimento ou comparar os resultados com padrões previamente selecionados seria cercear este procedimento. (p. 28)*.

Para FREIRE (1978), *a (...) avaliação é o ato pelo qual "A" avalia "B". É o ato por meio do qual A e B avaliam juntos uma prática, seu desenvolvimento, os obstáculos encontrados ou os erros e equívocos porventura cometidos. Dai o seu caráter dialógicoNeste sentido, em lugar de ser um instrumento de fiscalização, a avaliação é a problemática da própria ação. (p.26)*.

Assim a avaliação do processo de supervisão deve caracterizar-se pelo envolvimento da enfermeira/membros da equipe de enfermagem/saúde e clientela, no sentido de superar as dificuldades encontradas no exercício desta prática, em função da assistência de enfermagem prestada aos clientes, livre de riscos, em atendimento à Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Código de Defesa do Consumidor e sobretudo à Lei maior da sociedade brasileira - Constituição Federativa do Brasil - entre outros instrumentos de ordem jurídico institucional, citados neste estudo.

Por outro lado, a avaliação da supervisão na prática hospitalar não pode limitar-se somente aos aspectos técnicos e administrativos, uma vez que existem outros domínios importantes, a exemplo das atividades, infra estrutura oferecida pelos serviços, o contexto e relações humanas. Para tanto, o sistema de avaliação deve ser proposto e não imposto, com a participação conjunta de equipe de saúde/enfermagem e usuários do serviço.

Como se vê, esta etapa da metodologia do processo de supervisão em enfermagem não existe por si mesma. Ela aparece no exercício da prática assistencial a partir do momento em que a enfermeira começa a relacionar-se com o seu objeto de trabalho (usuário do Sistema de Saúde) dentro e fora deste sistema. Com isso, ressalta-se que a avaliação está presente durante todo o processo de trabalho da enfermeira, portanto também deve ser encarada como um processo no exercício da sua prática, buscando o seu caráter processual e integrador - conhecimento e realidade social.

1.3.4 A comunicação no processo de supervisão em enfermagem

O Processo de supervisão se caracteriza pelo exercício de uma comunicação direta (relação interpessoal) e indireta entre enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional.

Para ARNDT e HUCKABAY (1983) as características de uma efetiva comunicação de supervisão, constituem-se em:

- 1. O relacionamento entre o supervisor e o subordinado é caracterizado por confiança mútua e expectativas compartilhadas*
- 2. As supervisoras são capazes de estabelecer apoio e interdependência entre seus grupos de funcionários. As informações são ouvidas e melhor usadas quando dadas coletivamente do que a membros individuais, isoladamente*
- 3. As supervisoras devem codificar as informações de uma forma que seja útil ao seu pessoal. Buscando um "feedback" direto da sua equipe, elas podem começar a avaliar e elevar o nível de seu estilo de comunicação.*
- 4. As supervisoras recebem diversos tipos de informações que podem direcionar aos seus subordinados e sua eficácia como líderes será refletida na riqueza e variedade de informações que tornam disponíveis. (p. 73-4)*

TAKAHASHI (1991) assinala, que os tipos de comunicação variam de acordo com os instrumentos utilizados e o seu fluxo. Podem ser: **Ascendente** que seguindo a estrutura administrativa é a que se processa dos subordinados em direção aos níveis hierarquicamente superiores (relatórios e anotações de enfermagem no prontuário do paciente); **Descendente** é a que se processa dos superiores para os subordinados, seguindo o organograma (comunicações específicas, manuais, circulares, ordens de serviço, quadro de avisos e boletins); **Horizontal ou Lateral** é a que se processa entre as pessoas do mesmo nível hierárquico, quer executem ou não trabalho semelhante (prontuário do paciente e reuniões da equipe multiprofissional) e

Diagonal é a que cruza a cadeia de comando de uma organização, ocorrendo no relacionamento dos departamentos de linha e grupos e assessoria, sob a forma de reuniões, relatórios e comunicação interunidades.

KATZ e KAHN citados por ARNDT e HUCKABAY (1983) identificaram cinco tipos de informações que se movimentam em sentido descendente na organização: instrumentos de trabalho; análise racional de trabalho; processos e regulamentos; feedback; e ensino de objetivos.

RODRIGUES, em 1976, em artigo intitulado. "A Comunicação no Processo de Supervisão em Enfermagem", destaca, *a inexistência de programas de saúde, agravada pela falta absoluta de um sistema de informação*, salientando problemas, direta ou indiretamente ligados à comunicação. Valoriza que o processo de comunicação deve ser racionalmente planejado e previsto em normas e regulamentos.

É preocupação da enfermeira, dar as informações necessárias para que as pessoas desempenhem suas tarefas corretamente, e que sempre estejam familiarizados com o que devem fazer, decidir, baseando-se nos procedimentos e regulamentos para a tomada de decisões apropriados, é o que afirma MANZANARES e MARTÍNEZ (1988).

Diante destas colocações, percebe-se a importância do planejamento bem elaborado de uma rede de comunicação efetiva, concreta e de fácil acesso para todos os envolvidos no processo. A comunicação significa compartilhar, intercambiar pensamentos e opiniões. Deve ser recíproca, clara, correta, completa e concisa para todo o pessoal. Dessa forma, trabalha-se bem, coopera-se mais e atinge-se os objetivos propostos. O processo de comunicação deve obedecer aos quesitos de

agilidade, seletividade e integridade, e deve propiciar uma total transparência da organização frente aos seus funcionários, clientes, fornecedores e sociedade.

1.3.5 Tomada de decisão da enfermeira no processo de supervisão

O estudo do processo decisório torna-se fundamental, quando a necessidade de fazer escolhas no contexto das organizações se fazem presentes, daí a importância dessas decisões serem tomadas de forma sistematizada e analisada em cada situação específica. Para a enfermeira, em vista das várias situações de trabalho, ela estará sempre tomando decisões, visto que este aspecto juntamente com a liderança, inserem-se no processo administrativo nas fases de planejamento, organização, direção, coordenação, supervisão e controle, além da tomada de decisões que envolve a orientação do cuidado aos clientes. Neste sentido, há necessidade de conhecimento específico, auto confiança e apoio de superiores hierárquicos e uma preparação das enfermeiras para o exercício da tomada de decisões sobretudo no exercício da supervisão.

MANTHEY citada por MENEZES (1983) chama atenção para os elementos da tomada de decisão descentralizada, que devem ser examinados, separadamente, já que afetam cada nível de autoridade na hierarquia de um departamento de enfermagem. Esses elementos são destacados como: Consistência na localização e aceitação clara da responsabilidade pela tomada de decisão em todos os níveis; delegação de autoridade medida em cada área de responsabilidade individual; e estabelecimento de mecanismos para prestação de contas. Ao apreciar a

responsabilidade implícita no sistema e explícita nas funções da enfermeira, chama atenção para a autoridade significativa, que deve incluir o poder de ação numa coerência entre responsabilidade e autoridade. Adverte que a falta de congruência entre estes elementos resulta na falta de entendimento claro das linhas de tomada de decisão, gerando problemas administrativos.

MEGGINSON, MOSLEY e PIETRI (1986) referem que a tomada de decisão pode ser definida como a seleção consciente de um curso de ação dentre as alternativas disponíveis para obter um resultado desejado e que se constitui das seguintes etapas: entender e definir o problema (identificar e diagnosticar o problema); desenvolver alternativas; avaliar as alternativas; tomar a decisão e implementá-la; e avaliar os resultados das decisões.

NEWMAN (1986), reporta que o processo de tomada de decisão envolve as fases básicas: diagnosticar propriamente o problema; conceber uma ou mais soluções boas; Projetar e Comparar as conseqüências de tais alternativas; Pesar esses diferentes conjuntos de conseqüências e Selecionar um curso de ações.

Para ALMEIDA (1984), decidir é um processo científico, o qual estabelece uma relação lógica entre meios e fins e que a garantia da decisão processual é o marco de referência que visa a resultados finais, determina comportamentos de porte universal e oferece modelos para decisões posteriores. Esta autora cita as seguintes etapas para a tomada de decisões: Delimitação do problema; Descoberta de soluções alternativas; Análise e avaliação das alternativas, segundo suas conseqüências; Eleição das alternativas mais adaptáveis à realidade; e execução e avaliação.

Observa-se que há um certo consenso dos autores citados quanto as fases do processo decisório: apesar de parecer simples, na prática os princípios básicos do processo são violados.

A função gerencial é extremamente ambígua e repleta de dualidades, cujo exercício se faz de forma fragmentada e intermitente, é o que afirma MOTTA (1991). Segundo este autor, a visão ordenada e tradicional de gerência fazia crer que o dirigente era ou deveria ser - um decisor racional, um planejador sistemático e um coordenador e supervisor eficiente das atividades organizacionais. Assinala ainda que pesquisas sobre a função gerencial, tem revelado que o lugar comum da gerência é exatamente o contrário. Os gerentes rendem-se à inevitabilidade da fragmentação e do imediatismo da função gerencial, exercendo uma função tensa e estafante, vivem pressionados para adotar ações de curto prazo na busca de recursos e solução de problemas, porém os resultados de seu trabalho só podem ser avaliados a longo prazo.

O conhecimento do processo decisório pela enfermeira no exercício da supervisão, pode ajudá-la a adquirir maiores habilidades e atitudes mais seguras. Muitas vezes a enfermeira defronta-se com situações diversas, que exigem ações precisas e que envolvem pessoas ou grupos, levando-a a vivenciar situações de permanentes conflitos e insatisfações. Surpreende-se com a natureza do processo decisório organizacional, ou seja, como fatores não-controláveis conduzem o seu comportamento administrativo a formas diversas do desejado.

CIAMPONE (1991b) assinala que o processo de tomada de decisão envolve fenômenos individuais e sociais, baseado em premissas de fatos e de valores,

que inclui a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas, com a intenção de aproximar-se de algum objetivo desejado. Afirma ainda, que se pode entendê-lo como uma série de processos lógicos, psicológicos e de ações que incluem o momento de decisão (p.192) e conclui que o processo começa bem antes deste momento e acaba muito depois dele, envolvendo uma série de fases a serem percorridas.

Neste sentido, o comportamento é determinado por fatores internos e externos à organização. Valores, atitudes individuais, bem como experiência administrativa são variáveis que determinam o comportamento de um indivíduo, independente de decisões em questão. Assim, o processo decisório organizacional é um dos condicionantes fundamentais do comportamento gerencial, e, portanto, antecedente e determinante da própria decisão.

A Administração de Qualidade Total defende que as decisões devem ser tomadas nos níveis hierárquicos mais baixos. Sua ênfase nos mecanismos de coordenação horizontal a associam mais à estrutura "orgânica" do que à "mecanicista", é o que assegura MEZOMO (1993a). Para este autor, as responsabilidades expandidas naturalmente exige que a autoridade para a tomada de decisão operacional seja descentralizada nos funcionários.

1.4 A Supervisão em Enfermagem como um dos instrumentos da

Administração de Qualidade Total (A.Q.T.)

Dada a importância que a Supervisão em Enfermagem assume reportar-se a esta como uma das funções da enfermeira e que constitui-se como um dos instrumentos da Administração de Qualidade Total (A.Q.T.).

A Administração de Qualidade Total é um processo que envolve vários processos e subprocessos. A supervisão em enfermagem é um processo que faz parte da A.Q.T. e que procura desenvolver o potencial de cada trabalhador, visando intervenção de enfermagem de qualidade. Para a consecução deste objetivo a enfermeira utiliza sempre o Processo de Tomada de Decisão, que é outro processo inserido na A.Q.T.

O princípio básico da A.Q.T. é que o trabalho realiza-se através de processos, cada pessoa na organização é parte de um ou mais processos, assim cada trabalhador é sucessivamente "cliente, processador e supridor". Daí a importância da supervisão em enfermagem orientada para a Administração de Qualidade Total, no sentido de aprimorar, aperfeiçoar o trabalhador. Pois, se cada funcionário entender a sua função, ele estará melhorando a qualidade do seu trabalho e facilitando o dos demais, possibilitando à organização a obtenção da qualidade desejada.

O Programa de Capacitação para Qualidade Total da Prefeitura Municipal de SALVADOR (1993) assinala que

a qualidade total em serviços é o conjunto de ações que possibilitam administrar a organização com o enfoque na qualidade total (Q.T.). Este enfoque considera a organização como um grande processo, que por sua vez se decompõe em subprocessos e assim por diante até o nível de tarefa individual. Cada processo tem fornecedores que dão insumos, que sofrerão transformações e gerarão produtos/serviços que, por sua vez, serão consumidos/comprados/utilizados pelos clientes/usuários. Assim, cada funcionário é, ao mesmo tempo, cliente de uns e fornecedor de outros na organização. (p.3)

Desta forma, entende-se a qualidade total como qualidade em cada processo da organização, que por sua vez é a qualidade em cada funcionário da organização; é buscar a satisfação dos clientes, dos funcionários, dos controladores e

da sociedade; é garantir cada processo da organização buscando melhorá-lo continuamente; é tratar o próximo processo após o seu como um cliente; é ser tratado como cliente pelo processo anterior ao seu e finalmente é "garantir a qualidade" em todos os processos que envolvam a saúde e a segurança da população e do meio ambiente.

O referido Programa reporta sobre os **princípios** da qualidade total que são: Total Satisfação dos Clientes; Gerência Participativa; Desenvolvimento dos Recursos Humanos; Constância de Propósitos; Aperfeiçoamento Contínuo; Gerência de Processo; Delegação; Disseminação de Informações; Garantia da Qualidade e Não Aceitação de Erros.

Observa-se que estes princípios se relacionam com os princípios da supervisão em enfermagem: ambos estão centrados no cliente, isso significa a melhoria contínua da capacidade de cada processo e a possibilidade destes atenderem às suas reais necessidades no desenvolvimento de suas potencialidades. Desta forma, a maior fonte de problemas(defeitos) de qualidade esta no(s) processo(s), assim a maioria dos problemas tem sua origem na má estrutura e desenho dos processos e que o importante é melhorar os processos através da análise e avaliação. O objetivo é "fazer a coisa certa já na primeira vez, e melhor na seguinte." A qualidade supõe o pensamento científico e estatístico, exige o envolvimento total do pessoal, planejamento, controle e melhoria.

MEZOMO (1993b) afirma que a "qualidade" supõe, os seguintes fatores

Elevados conhecimentos e técnicas; Excelente relacionamento pessoal; Instrumental adequado; Oportunidade do serviço (atendimento); Custo compatível; Inovação e criatividade na melhoria do serviço; Concentração

nas ações prioritárias; Eliminação dos desperdícios(conhecimentos, técnicas, recursos, tempo e dinheiro); Cultura organizacional centrada na busca da melhoria continuada da assistência com o conseqüente redesenho dos processos; Monitoria permanente dos resultados, fundamentada em dados capazes de realimentar a filosofia da busca da "Qualidade Total"; Enfoque absoluto no cliente(interno e externo) visando sua satisfação (e benefício). (p.195)

Este autor assegura que a qualidade se realiza na prática e que pode e deve ser medida e quantificada e cita alguns indicadores de qualidade: número de ocorrência adversa; taxa de infecção hospitalar; média de permanência; grau ou nível de preenchimento do prontuário; taxa de mortalidade; resultado da revisão de óbitos; tempo de espera para o atendimento; qualificação do quadro profissional; nível de comprometimento de todos com a qualidade; e existência de dados confiáveis para a avaliação e monitoria do processo.

Neste sentido, o Programa de Capacitação para Qualidade Total da Prefeitura Municipal de SALVADOR (1993) afirma que os Critérios de Medição envolve dois aspectos: Os **indicadores de qualidade** e o **Estabelecimento de padrões**. Este último são os objetivos e as metas das organizações/departamento/serviços. Os Indicadores de qualidade, envolvem os **Indicadores de Satisfação do Cliente** do processo(eficácia) e **Indicadores de Produtividade** (recursos disponíveis ao processo - (eficiência): humanos, materiais, financeiros, sistêmicos e temporais.) Assim, afirma que os **Indicadores de Satisfação do Cliente** são: **Aspectos tangíveis do serviço ou produto** (aparência do produto/serviço, instalações, equipamentos, pessoal, material de comunicação, volume de atendimento (forma local, data), custos e preços); **Confiabilidade; Presteza; Competência; Cortesia; Credibilidade; Segurança; Acessibilidade; e Comunicação**. Os

Indicadores de Produtividade envolve o resultado da divisão dos valores produzidos pelos recursos consumidos; **seletividade**; **simplicidade**; **cobertura**; **Estabilidade**; e **Rastreabilidade**.

Desta forma, vislumbra-se uma integração dos pressupostos da supervisão realizada pela enfermeira com os princípios da administração da qualidade total; pois, quando visualiza-se o aprimoramento dos funcionários em busca de efetividade da intervenção de enfermagem, aplica-se o princípio da total satisfação do cliente, cujo enfoque é absoluto nesta filosofia; buscando-se a participação dos funcionários, caminha-se para o exercício de uma gestão participativa; lutando-se pelo aperfeiçoamento contínuo, interioriza-se a predisposição para melhorias; andando na direção flexível, trabalha-se para um planejamento estratégico, para a descentralização e para a autonomia no exercício da hierarquia, poder e relacionamento interpessoal. Enfim, é a busca da qualidade nos aspectos políticos, éticos, legais, educacionais e técnicos no desenvolvimento da intervenção de enfermagem efetiva.

Após discorrer-se sobre o referencial teórico da supervisão, abordar-se-á no Capítulo II as variáveis estabelecidas para este estudo.

CAPÍTULO II

VARIÁVEIS

DEPENDENTE

Padrão de Supervisão - Categorizado segundo M.S./OPAS (1977, 1978), M.S. (1980, 1983) e CUNHA (1991).

. Planejamento: Plano de trabalho do serviço de enfermagem

Plano individual de trabalho

Planejamento das atividades diárias

Sistematização do planejamento da assistência aos clientes.

. Execução: Atividades de supervisão

Técnicas de supervisão: demonstração de técnicas de enfermagem

entrevistas

discussão de grupos de enfermeiras

orientação de estagiários

reunião com funcionários.

Instrumentos de supervisão: administrativos

roteiros

relatórios de serviço.

. Avaliação: Assistência aos clientes

Trabalho da enfermeira

Instituição

Satisfação com o trabalho na instituição.

INDEPENDENTE

Fatores que interferem no padrão de supervisão

- Perfil da enfermeira

- . sexo
- . idade
- . tempo de formada
- . formação acadêmica
- . cargo
- . nível salarial
- . outro vínculo empregatício
- . políticas do setor saúde

- Características da instituição

- . tipo do hospital
- . entidade mantenedora
- . capacidade operacional
- . clientela
- . número de enfermeiras
- . posição do serviço de enfermagem na estrutura organizacional
- . participação da coordenação do serviço de enfermagem nas decisões políticas e administrativas
- . instrumentos administrativos existentes.

O próximo Capítulo descreve os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste estudo.

CAPÍTULO III

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Modelo do estudo

Para alcançar os objetivos propostos, o modelo da investigação é classificado como um estudo transversal exploratório-descritivo (nível 1) segundo WILSON (1985), RICHARDSON (1989) e GIL (1989 e 1991).

WILSON (1985) afirma que *"Level 1. In a study that asks the questions what are..."* *"the purpose can be expressed in the statement: the purpose of this research is to explore and describe..."* (p. 232 in Box (-4)).

RICHARDSON (1989) e GIL (1989 e 1991) assinalam que um estudo é exploratório quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno e o pesquisador está preocupado em não deixar de fora alguns aspectos importantes que possam contribuir para a explicação do problema; é descritivo quando se deseja descrever as características de um fenômeno e o pesquisador procura descobrir o que é .

Classifica-se o presente estudo como exploratório, porque não se conhece o fenômeno em estudo no local em que foi desenvolvida a pesquisa; e descritivo porque será descrito o fenômeno em questão.

3.2. Universo e população

Identificou-se quatorze (14) hospitais em Feira de Santana-Ba., cadastrados com seus respectivos endereços, entre grande porte (superior a 152 leitos) médio porte (entre 50 e 151 leitos) e pequeno porte (inferior a 50 leitos), através da relação fornecida pela Associação dos Hospitais do Estado da Bahia. Destes, cinco (05) não dispunham de enfermeiras em seu quadro de pessoal.

Pela natureza do trabalho, estabeleceu-se que o estudo seria realizado em instituições hospitalares que dispusessem de enfermeiras em seu quadro de pessoal e que estivessem em pleno exercício profissional no local de pesquisa.

Desta forma, o universo deste estudo que foi realizado no período de março a junho de 1994, constituiu-se de nove (09) hospitais de Feira de Santana-Ba, sendo sete (07) hospitais gerais e dois (02) especializados; destes, três (03) são governamentais e seis (06) não governamentais. Três (03) são de grande porte, dois (02) de médio porte e quatro (04) de pequeno porte.

Considerando não haver solicitação prévia de autorização para a identificação das instituições pesquisadas, determinou-se que seriam utilizados as letras maiúsculas de A a I para este fim, conforme distribuição segundo tipo, entidade mantenedora e capacidade operacional:

Instituição A - Geral, não governamental, pequeno porte;

Instituição B - Geral, não governamental, médio porte;

Instituição C - Geral, não governamental, pequeno porte;

Instituição D - Geral, não governamental, pequeno porte;

Instituição E - Especializado, governamental, médio porte;

Instituição F - Geral, não governamental, grande porte;

Instituição G - Especializado, governamental, grande porte;

Instituição H - Geral, governamental, grande porte; e

Instituição I - Geral, não governamental, pequeno porte.

Nos nove (09) hospitais foram encontradas cento e duas (102) enfermeiras, sendo que quatro (04) encontravam-se de férias, cinco (05) de licença maternidade, seis (06) de licença saúde e quatro (04) à disposição de outro órgão, totalizando dezenove (19) enfermeiras que não seriam alcançadas para a aplicação do questionário. Ficando portanto, a população de estudo constituída de oitenta e três (83) enfermeiras, correspondendo a 81,37% da população de enfermeiras existentes nos hospitais estudados. Contudo, a homogeneidade do grupo estudado - enfermeiras da área hospitalar - nos garante a representatividade dos dados analisados.

3.3 Escolha da técnica para coleta de dados

A técnica escolhida para a realização do levantamento dos dados foi o questionário, respondido pelas enfermeiras.

3.4 O instrumento

O questionário (ANEXO III) foi elaborado e estruturado pela autora contendo questões abertas e fechadas, com alternativas dicotômicas, tricotômicas,

respostas múltiplas e abertas, de modo que fosse possível atingir os objetivos traçados para o estudo

O instrumento compõe-se de duas (02) partes assim constituídas:

1ª parte: A enfermeira e as instituições hospitalares:

A - Perfil da clientela estudada

B - Características da instituição.

2ª parte: A enfermeira e a aplicação do padrão de supervisão

C - Planejamento

D - Execução

E - Avaliação.

A 1ª parte do instrumento totaliza 16 questões, sendo 08 referente ao perfil da clientela estudada e 08 relacionadas às características da instituição. Esses dados permitiram a análise das variáveis independentes estabelecidas neste estudo.

A 2ª parte do instrumento totaliza 17 questões, sendo 04 referentes ao planejamento, 09 à execução e 04 à avaliação. Esses dados permitiram a análise da variável dependente estabelecida para este estudo - padrão de supervisão.



3.5 Aplicação e procedimentos utilizados na coleta de dados

Realizou-se um estudo piloto aplicando o instrumento à quinze (15) enfermeiras de hospitais da cidade de Salvador-Ba., com o objetivo de verificar sua adequação ao estudo, bem como ajustar as falhas e eliminar respostas pré-elaboradas.

De posse dos resultados deste teste, fez-se algumas alterações relacionadas à inteligibilidade das questões e o julgamento adequado.

Visitou-se as instituições hospitalares e contactou-se com os diretores, chefias de enfermagem e enfermeiras; foram dadas explicações a cerca dos objetivos desta pesquisa, sendo solicitada colaboração para a efetivação da mesma, mediante contato verbal e por escrito (ANEXOS I e II), para fins de agendamento do período de entrega do questionário pessoalmente a cada enfermeira e recebimento dos questionários em cada instituição.

Apesar de sessenta e sete (67) enfermeiras verbalizarem interesse para responder ao questionário, em apenas cinco (05) casos não retornou-se por duas ou mais vezes para entrega e recebimento dos mesmos. Depois de apurado o novo encontro algumas enfermeiras não compareceram, sendo necessário novos agendamentos os quais nem sempre foram cumpridos. Tal postura pode ser atribuída ao desconhecimento destas sobre a importância da investigação científica para o desenvolvimento da enfermagem, à falta de motivação por parte dos sujeitos e ao acúmulo de trabalho.

3.6 Processamento, tratamento estatístico e análise dos resultados

Inicialmente os questionários coletados foram examinados quando no seu preenchimento e informações, sendo numerados e então digitados a fim de facilitar a tabulação dos dados. Utilizou-se procedimentos de estatística descritiva. Quanto à decodificação e categorização das questões abertas, procurou-se utilizar o critério

semântico, observando as características de exaustividade, exclusividade, homogeneidade, objetividade e fidelidade

A variável dependente Padrão de supervisão foi analisada mediante valores e pesos atribuídos ao planejamento, execução e avaliação. Estabeleceu-se a seguinte classificação: Planejamento (08 pontos e peso 05) totalizando 40 pontos; Execução (22 pontos e peso 02) totalizando 44 pontos e Avaliação (18 pontos e peso 02) e ainda o item Satisfação (02 pontos e peso 01) totalizando 38 pontos. Esta variável somou 122 pontos.

A classificação ora apresentada foi utilizada visando o estabelecimento do padrão de qualidade deste estudo para designar **supervisão sistematizada e não sistematizada**.

O padrão de supervisão sistematizada foi obtida mediante as incidências de respostas "sim" extraídos do instrumento de coleta de dados, representando a aplicação plena da supervisão entendida como processo, indicando a operacionalidade da sistematização da supervisão. Estabeleceu-se a média igual ou acima de 60% para o padrão de supervisão sistematizada.

Quanto as incidências de respostas "as vezes" e "não", evidenciaram as aplicações eventuais da supervisão como processo ou ausência de otimização deste processo; ambas sintetizam as oscilações da supervisão em estudo. Neste nível, caracterizou-se o padrão de supervisão como não sistematizada, cuja média obtida permaneceu abaixo de 60%.

Desta forma, computou-se a soma dos pontos de cada questionário referente ao somatório das respostas da variável padrão de supervisão - planejamento, execução e avaliação e dividiu-se pelo total máximo de pontos que cada respondente deveria atingir, obtendo-se a média. Diante da média obtida e da estabelecida para o estudo enquadrou-se em padrão de supervisão sistematizada ou não sistematizada.

Os dados e escores que correspondem à variável dependente, levaram à categorização do padrão de qualidade estabelecido para este estudo - padrão de supervisão sistematizada e padrão de supervisão não sistematizada, foram apresentados através de tabelas e figuram como anexos neste estudo.

Assim, os resultados obtidos mediante aplicação do instrumento, foram computados e confrontados, segundo o padrão de supervisão sistematizada e padrão de supervisão não sistematizada, englobando diversos tipos de informações através da associação entre as variáveis independentes com a aplicação do teste de X^2 (Qui-quadrado) de Pearson e X^2 de Fischer e desvio padrão.

Consideradas as restrições impostas à técnica, recorreu-se em alguns casos, às modificações na categorização original das variáveis. E assim, com relação ao perfil da clientela estudada, a variável formação acadêmica, categorizou-se em graduado, especialista, mestre e doutor, quando do seu desenvolvimento não foram encontrados profissionais com grau de mestre ou doutor nas instituições pesquisadas. Desta forma, esta variável consta como graduada e especialista. Na categoria nível salarial, desaparece a opção "00 ou + salários mínimos" por não ser encontrado profissionais que recebiam mais de nove salários mínimos. A variável entidade

mantenedora referente a característica da instituição prevista neste estudo, categorizou-se em municipal, estadual, federal, beneficente, filantrópico e particular; não verificando-se freqüência em federal e beneficente, optou-se em simplificá-las classificando-as em governamental e não governamental. Na variável posição do serviço de enfermagem, só aparece serviço, seção e setor, tendo em vista não existir nas instituições pesquisadas serviços de enfermagem a nível de divisão, gerência e sub-gerência de unidade de atenção.

Os dados obtidos foram registrados em tabelas simples e compostas. Nas tabelas simples as conclusões são apresentadas em percentuais, enquanto que, nas tabelas compostas, além dos percentuais, fez-se a análise estatística através do teste de X^2 (qui-quadrado) a um nível de significância de 5% de probabilidade. Ressalta-se que as tabelas foram originadas da aplicação do instrumento utilizado para a coleta de dados.

As variáveis independentes que apresentaram discordância significativa na associação com o padrão de supervisão, são apresentadas em forma de tabelas e figuram no corpo do trabalho, exceto idade, tempo de formada, e outro vínculo empregatício.

A partir das informações constantes no questionário, procedeu-se a análise quantitativa com o aporte da abordagem qualitativa, obedecendo as unidades temáticas estabelecidas quando da delimitação das variáveis de estudo e utilizando como marco teórico o **Processo de Supervisão em Enfermagem** e complementada com a **Teoria da Tomada de Decisões**.

GURVITCH citado por MINAYO (1994) assinala que a realidade tem camadas que se superpõe e que não são estanques e a grande tarefa do pesquisador é de apreender além do visível, do morfológico, do ecológico e área concreta - que podem ser entendidas quantitativamente - os outros níveis que interagem e tornam o social tão completo ou seja, como verificou-se qual o padrão de supervisão executada pela enfermeira e os fatores que interferem na mesma, foram associados o significado de dados objetivos e subjetivos, relativos aos valores interiorizados pelos sujeitos deste estudo; para isso, buscou-se respaldo nas teorias das ciências sociais considerando que o objeto de estudo se reporta a atores sociais. GURVITCH em SILVA (1990), acrescenta que *Esse conjunto de dados considerados 'qualitativos' necessita de um referencial de coleta e de interpretação de outra natureza que não é tão somente tratamento estatístico (p. 32)*, adverte entretanto, que as camadas são interdependentes, interagem e não podem ser pensadas de forma dicotômica.

Neste sentido RICHARDSON (1989), referindo-se ao aporte do método qualitativo ao quantitativo, afirma que *na análise da informação, as técnicas qualitativas permitem verificar os resultados dos questionários e ampliar as relações descobertas (p.48)* ou seja, permitem apreender o conhecimento, e a intimidade com o objeto de estudo. Este autor, assinala ainda que *O método qualitativo difere, em princípio, do quantitativo à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema* e comenta que *Há autores que não fazem distinção clara entre métodos quantitativos e qualitativos, por entender que a pesquisa quantitativa é também de certo modo, qualitativa. (p. 38)*.

Neste estudo procedeu-se com a análise quantitativa utilizando como aporte a abordagem qualitativa para a realização do mesmo e assim reportou-se às citações dos atores sociais que participaram deste estudo, visando apreender e

valorizar os dados, objetivos e subjetivos interiorizados e manifestados. Tais citações são procedidas de um número que corresponde ao número do questionário.

No próximo Capítulo prossegue-se com a apresentação, análise e discussão dos resultados.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo apresenta-se, analisa-se e discute-se os resultados deste estudo, considerando o padrão de supervisão encontrado e que é desenvolvido pela enfermeira na sua prática. Apresenta-se e analisa-se, de início a sistemática utilizada na apuração, identificando-se o padrão de supervisão em que esta se deu integralmente sob forma de processo, eventualmente ou ainda, apresentou-se ausente. Procurou-se também identificar os fatores que interferem no desenvolvimento desta supervisão. Depois processa-se a discussão dos resultados frente a análise realizada.

Visando facilitar a análise e resumir, de modo compreensível, os resultados obtidos, far-se-á a leitura das tabelas, levando em consideração apenas os que forem mais relevantes para este estudo.

A tabela 01, mostra a distribuição do padrão de supervisão encontrado e que é desenvolvido pela enfermeira nas instituições hospitalares estudadas.

TABELA 01 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA EM HOSPITAIS, FEIRA DE SANTANA-BA, 1994.

PADRÃO DE SUPERVISÃO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Sistematizada	03	3,6
Não Sistematizada	80	96,4
TOTAL	83	100,0

Conforme nos mostra a tabela acima, o padrão de supervisão não sistematizada alcançou frequência superior correspondendo 96,4% do total da população, seguido do padrão de supervisão sistematizada com índice percentual de 3,6%.

Assim, o primeiro grau (sistematizada) englobou as atividades de supervisão realizadas sob forma de processo (planejamento, execução e avaliação) e o segundo grau (não sistematizada) é relativo às atividades que são realizadas em forma de processo eventualmente ou não.

As tabelas a seguir demonstram a relação entre o padrão de supervisão e perfil da clientela estudada.

A tabela 02, apresenta os resultados dos dados relativo ao padrão de supervisão associado ao sexo dos sujeitos.

TABELA 02 PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO SEXO DOS SUJEITOS.
FEIRA DE SANTANA-BA, 1994.

SEXO \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	03	3,6	78	94,0	81	97,6
Masculino	-	-	02	2,4	02	2,4
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 \text{ Pearson} = 0,08 \quad p = 0,78160990$$

Verificou-se nesta tabela significativa predominância do sexo feminino na população estudada (97,6%). Constatou-se que a maior frequência 94,0% incide sobre a supervisão não sistematizada realizada pela enfermeira.

O teste X^2 (qui-quadrado) aplicado nesta tabela, demonstrou que não existe associação significativa ao nível de 5% de probabilidade entre padrão de supervisão realizada e o sexo dos sujeitos.

A tabela 03, a seguir indica a relação entre padrão de supervisão e formação acadêmica das enfermeiras que compõem este estudo.

TABELA 03 PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO O GRAU DE FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

FORMAÇÃO ACADÊMICA \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Graduada	02	2,4	37	44,6	39	47,0
Especialista	01	1,2	43	51,8	44	53,0
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 0,48 \quad p = 0,48666804$$

A análise desta tabela mostra que a maior frequência 53,0% recaiu nas enfermeiras que possuem especialização, e 51,8% encontram-se nas que realizam supervisão não sistematizada e 1,2% sistematizam a supervisão. Concluiu-se que não há associação estatística significativa entre padrão de supervisão e formação acadêmica ($X^2 = 0,48$; $p > 0,05$).

A Tabela 04, revela o padrão de supervisão segundo o cargo que as enfermeiras ocupam em hospitais.

TABELA 04 PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO O CARGO QUE AS ENFERMEIRAS OCUPAM. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

CARGO \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefe de Unidade	02	2,4	39	46,9	41	49,3
Enfermeira Assistencial	01	1,2	16	19,3	17	20,5
Coordenação de Serviço de Enfermagem	-	-	05	6,0	05	6,0
Supervisora de Enfermagem	-	-	06	7,2	06	7,2
Enfermeira de Recursos Humanos e Educação Continuada	-	-	05	6,0	05	6,0
Outros	-	-	09	11,0	09	11,0
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 1,38 ; G1 = 5 ; p = 0,92687876$$

Verificou-se nesta tabela que é elevado o índice de enfermeiras que ocupam o cargo de Chefe de Unidade(49,3%), portanto 46,9% realizam supervisão não sistematizada e 2,4% sistematizam a supervisão. Em seguida, 20,5% atuam na assistência e 1,2% sistematizam a supervisão.

O teste X^2 (qui-quadrado) aplicado nesta tabela, demonstrou que não existe associação estatística significativa ao nível de 5% de probabilidade entre padrão de supervisão e cargo ocupado pela enfermeira.

Apresenta-se na tabela 05, o padrão de supervisão segundo o nível salarial das enfermeiras.

TABELA 05 PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO NÍVEL SALARIAL
DAS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO \ NÍVEL SALARIAL (SAL. MINIMOS)	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 3	-	-	10	12,0	10	12,0
3 - 6	03	3,6	51	61,4	54	65,0
+ de 6	-	-	19	23,0	19	23,0
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 1,67; \text{ Gl} = 2; p = 0,43354318.$$

Conforme os dados apresentados nesta tabela, 65,0% dos sujeitos que participaram deste estudo encontram-se numa faixa salarial de 3 a 6 salários mínimos, e, 61,4% realizam supervisão não sistematizada e 3,6% sistematizam a supervisão.

A relação entre padrão de supervisão e nível salarial não demonstrou significância estatística com a utilização do teste do correlação $X^2 = 1,67$ (qui-quadrado) $p = 0,43354318$.

A tabela 06, demonstra os dados do Padrão de Supervisão segundo a relação das políticas do setor saúde com o trabalho da enfermeira.

TABELA 06 PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO A RELAÇÃO DAS POLÍTICAS DO SETOR SAÚDE COM O TRABALHO DA ENFERMEIRA. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO POLÍTICAS DE SAÚDE	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	03	3,8	66	84,6	69	88,4
Não	-	-	09	11,6	09	11,6
TOTAL*	03	3,8	75	96,2	78	100,0

* percentual obtido excluindo-se cinco (05) elementos que não responderam a questão

$$X^2 = 0,41 ; \quad p = 0,52351831$$

Pode-se assinalar que 88,4% das enfermeiras reconhecem que as políticas do setor saúde tem relação com o seu trabalho, e, 84,6% realizam supervisão não sistematizada e 3,8% sistematizam a supervisão.

Verificou-se entretanto que estatisticamente não há significância na associação ao nível de 5% de probabilidade entre padrão de supervisão e relação das políticas do setor saúde com o trabalho da enfermeira.

Em continuação ao estudo das variáveis independentes em relação ao padrão de supervisão aparecem os resultados relativos às características da instituição em que os sujeitos deste estudo trabalham.

A seguir, apresenta-se a tabela 07 referente ao padrão de supervisão segundo o tipo de hospital.

TABELA 07 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRAS SEGUNDO O TIPO DE HOSPITAL. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

TIPO DE HOSPITAL	PADRÃO DE SUPERVISÃO		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	SISTEMATIZADA					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Geral	-	-	57	68,7	57	68,7
Especializado	03	3,6	23	27,7	26	31,3
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 6,82 ; p = 0,00899632 ; X^2_{\text{Fischer}} = \pm 0,0282975$$

Verificou-se que 68,7% das respondentes, trabalham em hospital geral e realizam supervisão não sistematizada. Constatou-se que 3,6% atuam em hospitais especializados e sistematizam a supervisão. Observou-se que estatisticamente existe associação entre padrão de supervisão e tipo de hospital (X^2 Fischer $\pm 0,0282975$) a nível de 5% de probabilidade.

A tabela 08, revela o padrão de supervisão segundo a entidade mantenedora.

TABELA 08 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA SEGUNDO A ENTIDADE MANTENEDORA. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

ENTIDADE MANTENEDORA \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Governamental	03	3,6	56	67,4	59	71,0
Não Governamental	-	-	24	29,0	24	29,0
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 1,19 \quad p = 0,27470011$$

Esta tabela demonstra que 71,0% das enfermeiras atuam em hospitais governamentais e 67,4% realizam supervisão não sistematizada e 3,6% sistematizam a supervisão.

Estatisticamente evidenciou-se que não há associação entre padrão de supervisão e entidade mantenedora a nível de 5% de probabilidade.

A seguir, apresenta-se os dados da análise do padrão de supervisão segundo a capacidade do hospital, conforme pode-se evidenciá-los na tabela 09.

TABELA 09 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA SEGUNDO A CAPACIDADE DO HOSPITAL. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

CAPACIDADE DO HOSPITAL \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grande Porte	02	2,4	62	74,7	64	77,1
Médio Porte	01	1,2	12	14,5	13	15,7
Pequeno Porte	-	-	06	7,2	06	7,2
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 0,89 \quad G1 = 2 : \quad p = 0,64097705$$

A análise desta tabela demonstrou que 77,1% das enfermeiras atuam em hospitais de grande porte, e 74,7% não sistematizam a supervisão e 2,4% realizam supervisão sistematizada.

A análise estatística $X^2 = 0,89$ revela $p = 0,64097705$, demonstrando não haver significância entre a distribuição do padrão de supervisão e capacidade do hospital a nível de 5% de probabilidade.

A tabela 10, mostra o padrão de supervisão segundo a clientela atendida nas instituições em que os sujeitos deste estudo estão inseridos.

TABELA 10 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA SEGUNDO
CLIENTELA ATENDIDA NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALA-
RES. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Particular	-	-	01	1,2	01	1,2
Conveniado	-	-	01	1,2	01	1,2
SUS	02	2,4	46	55,4	48	57,9
Particular e Conveniado	-	-	06	7,2	06	7,2
Particular, Conveniados e SUS	01	1,2	26	31,3	27	32,5
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 0,34; \text{ Gl} = 4; p = 0,98689854.$$

Constatou-se nesta tabela que 57,9% das enfermeiras atuam em instituições que atendem a clientela exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto 55,4% não sistematizam a supervisão e 2,4% realizam a supervisão sistematizada.

Em seguida 32,5% atuam em instituições que atendem a usuários particulares, conveniados e do SUS.

O teste de correlação demonstrou não haver significância entre o padrão de supervisão e clientela atendida nas instituições em que as enfermeiras deste estudo estão inseridas a nível de 5% de probabilidade.

A tabela 11, revela o padrão de supervisão segundo o número de enfermeiras nas instituições estudadas.

TABELA 11 PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO O NÚMERO DE ENFERMEIRAS/INSTITUIÇÃO. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO \ Nº DE ENFERMEIRAS/INSTITUIÇÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	-	-	01	1,2	1	1,2
B	-	-	02	2,4	2	2,4
C	-	-	01	1,2	1	1,2
D	-	-	04	4,9	4	4,9
E	01	1,2	09	10,8	10	12,0
F	-	-	15	18,1	15	18,1
G	02	2,4	19	22,9	21	25,3
H	-	-	28	33,7	28	33,7
I	-	-	01	1,2	01	1,2
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 5,54; \quad G1 = 8; \quad p = 0,69812579.$$

Observou-se nesta tabela que a instituição H absorve 33,7% da população estudada e que realizam supervisão não sistematizada. Em seguida, 25,3% das enfermeiras encontram-se na instituição G, e, 22,9% não sistematizam a supervisão e 2,4% fazem sistematização da supervisão.

A análise estatística X^2 (qui-quadrado) revela $p > 0,05$ demonstrando não haver significância entre padrão de supervisão e número de enfermeiras/instituição.

A seguir, a tabela 12 demonstra o padrão de supervisão segundo a posição do S.E. na estrutura administrativa.

TABELA 12 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA SEGUNDO POSIÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DAS INSTITUIÇÕES. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO \ POSIÇÃO DO S.E.	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Serviço	01	1,2	33	39,8	34	41,0
Seção	02	2,4	46	55,4	48	57,8
Setor	-	-	01	1,2	01	1,2
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 0,12; \text{ Gl} = 2; \text{ p} = 0,93999846$$

Verificou-se através da análise desta tabela que 57,8% dos sujeitos que participaram deste estudo, estão inseridos em estruturas administrativas cujo serviço de enfermagem está a nível de seção, e, 55,4% encontram-se no padrão de supervisão não sistematizado e 2,4% no padrão de supervisão sistematizada.

A relação entre padrão de supervisão e posição do serviço de enfermagem, estatisticamente não há significância a nível de 5% de probabilidade.

A tabela 13 destaca o padrão de supervisão segundo a participação da coordenação de enfermagem nas decisões políticas e administrativas.

TABELA 13 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA SEGUNDO PARTICIPAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM NAS DECISÕES POLÍTICAS E ADMINISTRATIVAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PARTICIPAÇÃO DA COORD. DE ENF. DECISÕES POL. E ADM	PADRÃO DE SUPERVISÃO SISTEMATIZADA		PADRÃO DE SUPERVISÃO NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	-	-	13	15,7	13	15,7
Não	-	-	20	24,1	20	24,1
Às vezes	03	3,6	47	56,6	50	60,2
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 2,05 ; G1 = 2 ; p = 0,35803483$$

Nesta tabela observou-se que 60,2% das enfermeiras referiram que a coordenação de enfermagem participam "às vezes" das decisões políticas e administrativas, e, 56,6% não sistematizam a supervisão, enquanto 3,6% a sistematizam.

O teste X^2 (qui-quadrado) demonstrou não haver significância estatística entre padrão de supervisão e participação da coordenação de enfermagem nas decisões políticas e administrativas, a nível de 5,0% de probabilidade.

A tabela 14, concentra os dados da associação do padrão de supervisão e existência de instrumentos administrativos nos hospitais em que a população deste estudo trabalha.

TABELA 14 PADRÃO DE SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA SEGUNDO
EXISTÊNCIA DE INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS.
FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	03	3,6	73	88,0	76	91,6
Não	-	-	07	8,4	07	8,4
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 0,29 ; p = 0,59235749$$

Nesta tabela, detectou-se que 91,6% dos sujeitos atuam em instituições hospitalares providos de instrumentos administrativos, e, 88,0% realizam supervisão não sistematizada e 3,6% sistematizam a supervisão.

Comprovou-se que estatisticamente não há diferença significativa entre padrão de supervisão e existência de instrumentos administrativos nas instituições hospitalares a nível de 5% de probabilidade.

4.2 Discussão dos Resultados

São hipóteses deste estudo que o padrão de supervisão exercida pela enfermeira que atua na área hospitalar não é sistematizada e que existem fatores associados ao perfil da enfermeira e às características das instituições hospitalares que interferem nesta supervisão.

Para melhor compreender o fenômeno em estudo, apresenta-se a discussão dos dados frente a análise estatística realizada obedecendo a classificação temática.

4.2.1 A enfermeira e a aplicação do padrão de supervisão

A Enfermagem é um segmento que faz parte da atenção à saúde da população e a supervisão em enfermagem é apontada por diversos autores como um instrumento que viabiliza a qualidade da intervenção de enfermagem, pois procura desenvolver as potencialidades dos membros da equipe no sentido de proporcionar uma assistência adequada e livre de riscos aos usuários do sistema de saúde. Observadas as especificidades, os documentos Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem à Comunidade (1977), Padrões Mínimos da Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde (1978), a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n. 7498/86), Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 160 - 1993) e o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078) vislumbram estes aspectos.

Para se ter uma supervisão eficiente, é necessário a adoção de uma metodologia de trabalho que a contemple como processo dinâmico que envolve o planejamento, a execução e a avaliação das atividades realizadas, visando detectar os pontos de estrangulamento e buscar os métodos e técnicas mais eficazes na continuidade da assistência aos clientes e na satisfação pessoal daqueles que trabalham nesta assistência. Portanto, é imprescindível, para se otimizar o trabalho, a utilização sistemática dos métodos, técnicas e instrumentos de supervisão pela enfermeira.

Neste estudo procurou-se descrever o padrão de supervisão executado pela enfermeira nas instituições hospitalares pesquisadas através da variável dependente - Padrão de supervisão. Visando atingir a este objetivo, dividiu-se esta variável em três sub variáveis - planejamento, execução e avaliação para facilitar o entendimento, pois estas fases não podem existir isoladas, quando se procura visualizar a sistematização do processo de supervisão.

Desta forma, o padrão de qualidade estabelecido para este estudo foi supervisão sistematizada e não sistematizada, conforme descrita no capítulo dos procedimentos metodológicos.

O caminho percorrido para se chegar ao padrão de supervisão nos permitiu a análise de cada fase a seguir:

O planejamento

A enfermeira deve visualizar a instituição como um todo, procurando conhecer os sistemas técnico e social existentes. Assim, o planejamento de

supervisão contemplará ambos os sistemas, e reconhecerá as influências advindas dos contextos social, econômico, político e cultural e a filosofia dominantes na instituição.

O Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde (1983), assinala que com base no diagnóstico realizado e nas necessidades do serviço, deve-se estabelecer um plano de trabalho contendo principalmente: objetivos, unidades ou setores a supervisionar; atividades e tarefas; prioridades, normas para o seu desenvolvimento e cronograma de trabalho.

CIAMPONE (1991a) afirma que o planejamento fornece suporte para a tomada de decisões ou implementação de propostas que desejamos viabilizar e NEWMAN (1986) ressalta que o planejamento propicia meios de compreensão, antecipação, cooperação e exploração de mudanças.

Planejar em enfermagem é adotar um roteiro para coordenar as ações da equipe de enfermagem, visando uma assistência qualificada e obtenção de melhores condições de trabalho.

Neste estudo constatou-se que 62,7% das enfermeiras não realizam o planejamento de supervisão (ANEXO IV).

Para melhor compreensão verificou-se a operacionalização do planejamento (ANEXO V) e obteve-se os dados a seguir: 69,9% das enfermeiras referiram existir plano de trabalho no serviço de enfermagem, porém, 68,7% não sistematizam o planejamento da assistência aos clientes; 55,4% não planejam as atividades diárias e 54,2% não fazem plano individual de trabalho.

CASTILHO e GAIDZINSKI (1991) referem que o planejamento da assistência de enfermagem pode ser compreendido em três amplitudes: o estratégico, o tático e o operacional. O estratégico corresponde ao planejamento para a implantação de um método de assistência de enfermagem a nível institucional pelo serviço de enfermagem; o tático corresponde ao plano de adaptação do método de assistência para cada unidade do serviço de enfermagem; e o planejamento operacional corresponde ao planejamento da assistência utilizando um método individual ou para grupos específicos de clientes.

Diante do exposto, afirma-se que a existência de Plano de Trabalho no Serviço de Enfermagem nos hospitais estudados, segundo 69,9% dos sujeitos, é um indicativo de que as decisões tomadas terão menos margem de erro e de perdas, facilitando a sistematização e análise da situação. No entanto 68,7% não sistematizam o planejamento da assistência e 31,3% das enfermeiras fazem a sistematização do planejamento da assistência aos clientes, mostrando uma incoerência da prática na operacionalização do processo de planejamento.

Concorda-se com CASTILHO e GAIDZINSKI (1991) quando afirmam que *"o requisito fundamental para que seja mudada a forma de assistir a clientela é a conscientização do enfermeiro em relação à importância e a necessidade do uso de um método de sistematização da assistência (p.210)."* Portanto, constatou-se que 68,7% das enfermeiras não utilizam um método de trabalho para atender as necessidades da clientela, e assim não determinam as ações de enfermagem e conseqüentemente não utilizam a metodologia geral do planejamento. Concluiu-se que estes sujeitos atuam na amplitude operacional do planejamento, constituindo-se num percentual baixo da população.

Por outro lado, 54,2% dos sujeitos afirmaram não elaborar plano individual de trabalho. Este, deveria constituir-se em um instrumento diário do trabalho da enfermeira, para tornar possível a realização das atividades de enfermagem e servir de fundamentação para reivindicações de condições de trabalho.

Dada a importância do planejamento das atividades diárias inquiriu-se os sujeitos a respeito das prioridades observadas no planejamento de suas atividades de supervisão, conforme o ANEXO VI. Obteve-se 37,3% dos sujeitos que referiram número de pacientes e grau de dependência e em seguida 27,7% reportaram ao levantamento das necessidades, estabelecimento de prioridades e recursos disponíveis.

Diante dos dados apresentados, é importante registrar que na fase de planejamento o máximo de pontos que cada respondente deveria atingir seria 8, que multiplicado pelo peso 5, totaliza 40 pontos. No entanto, 2,4% dos sujeitos atingiram 6 (seis) pontos que multiplicado pelo peso 5 totaliza 30 pontos; o somatório foi 241 pontos, atingindo uma média de 2,90 e desvio padrão 1,27 (ANEXO VII)

A execução

A supervisão em enfermagem é de fato e de direito função exclusiva da enfermeira, conforme determina o artigo 13 do Decreto nº 94.406/87 que explicita que as atividades referidas nos artigos 10 e 11, relacionadas ao técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem respectivamente, *somente poderão ser desempenhadas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro*. Porém, concordamos com MELO e BARROS (1986) quando afirmam que a supervisão precisa ser melhor

estudada e implementada de modo menos empírico no sentido de respaldar decisões técnicas corretas e adequadas.

Procurou-se investigar as atividades de supervisão realizadas pelas enfermeiras (ANEXO VIII) e obteve-se os seguintes dados: a orientação e avaliação dos funcionários durante a execução das atividades para identificar necessidades de treinamento, foi referida por 67,5% dos sujeitos e em seguida a identificação das necessidades de assistência de enfermagem, através da visita diária aos clientes e participação na passagem de plantão mencionada por 49,4% das enfermeiras.

Considerando a importância da supervisão para uma ação de enfermagem visando a eficácia (qualidade) e eficiência (produtividade) procurou-se investigar as técnicas e instrumentos de supervisão utilizadas pelas enfermeiras na execução de atividades.

Os métodos de supervisão, são os procedimentos que possibilitam à enfermeira uma ação integradora, permitindo-lhe o uso de uma ou várias técnicas em cada situação vivenciada. Estas técnicas são os instrumentos operativos que a enfermeira utiliza em relação a especificidade das mesmas. Desta forma, qualquer que seja o método, a técnica a ser empregada depende dos objetivos propostos, da situação existente e da possibilidade de aplicação. HURST (1980) coloca que *o enfermeiro coordenando as atividades da equipe de enfermagem, assegura, mediante sua supervisão, que os padrões de eficiência do trabalho sejam mantidos e os métodos e técnicas sejam eficientes e capazes de atingir as metas que se propõe: melhor desempenho, melhor assistência. (p.9)*

Para o Ministério da Saúde, segundo os documentos "Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Supervisão (1980)" e "Guia de Supervisão em

Estabelecimento de Saúde (1983)" e ainda CUNHA (1991), as técnicas de supervisão são: observação direta, revisão de documentos, avaliação de dados, entrevista, informação, demonstração de procedimentos, orientação, discussão de grupo, reunião e estudos especiais.

CUNHA (1991) assinala que são inúmeras as técnicas que visam otimizar as ações dos grupos em seu ambiente de trabalho, constituindo-se em estratégias que desenvolvem os indivíduos, propiciam o alcance de maturidade profissional e facilitam a participação destes indivíduos no processo decisório, promovendo interação harmoniosa, produtiva e satisfatória.

Este estudo revelou que as enfermeiras utilizam várias **técnicas de supervisão**, sendo a reunião com os membros da equipe de enfermagem a mais utilizada (97,6%); seguido de demonstração de procedimentos de enfermagem (90,4%), orientação de estagiários de enfermagem (75,0%), entrevista com funcionários recém-admitidos (72,3%) e discussão de grupo de enfermeiras sobre a prática profissional (65,1%). (ANEXO IX),

DOYLE e STRAUS (1978), assinalam que as reuniões são um meio efetivo de envolver as pessoas na solução de problemas e na tomada de decisões. Envolver alguém no processo da solução de um problema é estar seguro de que ele ou ela aceitará as conseqüências, sejam quais forem. Tomando como referência esta colocação, ressalta-se que o trabalho em enfermagem é essencialmente em equipe e que a reunião é uma das formas de comunicação mais efetivas e interativas. VARELA, SANTIAGO e HOLANDA (1989) assinalam que *Quando o número e a freqüência das interações aumentam, quer sob a forma de reuniões de trabalho ou de complementação de*

experiências, conhecimentos e habilidades melhora a qualidade da prestação de serviço, a produtividade e o clima emocional de setor (p. 46). Procurou-se investigar a periodicidade e finalidade das reuniões em enfermagem. Das 97,6% que informaram realizar reunião com os membros da equipe de enfermagem 95,1% referiram que estas ocorrem mensalmente. Quanto à finalidade das reuniões, foram apontadas por 68,7% dos sujeitos a resolução das questões inerentes ao serviço. Outros aspectos foram contemplados, porém com percentuais baixos, conforme ANEXO X A e B.

A demonstração de procedimentos de enfermagem para os membros da equipe de enfermagem, visa o desenvolvimento técnico e a aquisição de conhecimentos e habilidades do pessoal sob a responsabilidade da enfermeira, valorizando cada indivíduo como ser participante do processo.

A orientação de estagiários de enfermagem é importante pois estes desconhecem as normas e rotinas hospitalares, daí a necessidade de orientações gerais (sobre a instituição e setor) e específicas (inerentes às atividades que irão desenvolver) e para as enfermeiras pois estimula o crescimento profissional. Considerando que o "fazer" na instituição constitui um aprendizado que ocorre no dia-a-dia, esta orientação deve ocorrer intencionalmente aproveitando uma seqüência de atividades.

Quanto a entrevista ROBBINS (1978), mostra que *quer seja estruturada formal ou informalmente, a entrevista fornece ao supervisor a oportunidade de transmitir diretrizes, atitudes ou filosofias, fornecendo ainda retroalimentação de problemas percebidos e atitudes individuais dos subordinados. (p. 413)*

A discussão de grupo de enfermeiras sobre a prática profissional é uma técnica necessária, pois o relacionamento da enfermagem com a sua prática e

sociedade, é marcada por contradições e incoerências. Corrobora-se com FIGUEREDO e SANTOS (1980) quando assinalam que *"A enfermagem moderna de Carlos Chagas caminha de mãos dadas com a enfermagem antiga de Alfredo Pinto (ambas muito atuais) numa época em que estamos em plena CRISE de identidade pessoal e profissional. O enfermeiro está sendo checado por sua equipe e o entendimento de seu trabalho é confuso (p. 110)*. Entende-se que é preciso enfrentar a crise que é uma realidade de vida em todos os seus aspectos: saúde, visão de mundo, relações humanas e equipe de enfermagem; isso significa não ter medo de errar e de se expor. É preciso ter a consciência de que o trabalho de grupo gera nova forma de poder - o de grupo.

Os instrumentos de supervisão variam de acordo com os tipos de comunicação segundo TAKAHASHI (1991). CUNHA (1991) e documentos do Ministério da Saúde (1980 e 1983), que assinalam que estes se constituem em: roteiros, dados estatísticos, relatórios de serviços, fichas e notas de pacientes, manuais de técnicas, normas, rotinas e procedimentos, mapas, comentários, fichas de avaliação e acompanhamento, inclusive objetivos e indicadores.

Este estudo revelou que as enfermeiras utilizam algum instrumento de supervisão. O relatório foi mencionado por 77,1% dos sujeitos e os roteiros em seguida (57,8%). É importante ressaltar que 68,7% da população estudada informou não utilizar os instrumentos administrativos como instrumento de supervisão. (ANEXO XI). Inquiridos sobre a periodicidade e finalidade dos relatórios, 50,8% dos sujeitos mencionaram elaborar relatórios semestrais e 33,7% informaram ser a avaliação do serviço a finalidade do relatório. (ANEXO XII A e B)

Sabe-se que na administração dos serviços de enfermagem os instrumentos administrativos são importantes pois oferecem condições de funcionamento e desempenho adequados da Enfermagem, constituindo-se como indicativo de organização e sistematização, reproduzindo a estrutura formal dos serviços de enfermagem.

FELLI DA SILVA (1991) chama a atenção acerca da utilização destes instrumentos como consulta para esclarecimentos e que estes sozinhos não são efetivos, sendo necessário a supervisão e orientação das atividades, pois podem surgir dúvidas. Destaca-se que é importante a reflexão e o bom senso na utilização destes instrumentos, para que não se tornem impedimento na tomada de decisões e bloqueie a iniciativa e criatividade. É preciso que estejam atualizados e retratem a realidade vivenciada pelos profissionais de enfermagem, constituindo-se assim em elementos que facilitam as intervenções de enfermagem. Esta autora defende que são necessários principalmente *quando os membros da equipe de enfermagem começam a perder a visão do conjunto, a desconhecer as atividades e finalidades do serviço de enfermagem e de outros setores, a ter dúvidas sobre procedimentos específicos, sobre a autoridade dos elementos e sobre a responsabilidade de cada um.* (p. 59).

É importante ressaltar que a supervisão é o padrão IX do documento "Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem à Comunidade" (1977) do Ministério da Saúde, que estabelece como condições necessárias para a sua operacionalização, entre outras, *"as normas e procedimentos de enfermagem sob forma de manual e/ou outros instrumentos (...) atualizados e disponíveis em todos os serviços"; "registros e informações referentes ao indivíduo, família e serviço."* (p.31).

Por outro lado a supervisão está inserida no documento Padrões Mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde (1978) do Ministério da Saúde em todos os padrões, exceto no IV, referente às necessidades de reabilitação e que a autora discorda, pois a enfermeira é supervisora em potencial de fato e de direito e atua em todos os níveis de prevenção e assim sendo no terciário também.

Voltando para o aspecto em questão - utilização dos instrumentos administrativos pela enfermeira no exercício da supervisão - observou-se na tabela 14, que 91,6% dos sujeitos desta pesquisa referiram existir instrumentos administrativos nas instituições em que estão inseridas; no anexo XI, constatou-se que 68,7% afirmaram não utilizar estes instrumentos na sua prática.

Sabe-se que os instrumentos administrativos fornecem orientação, parâmetros e segurança na tomada de decisões da enfermeira, além de direcionar e organizar a prática através do respaldo legal às atividades desempenhadas. Os relatórios podem ser considerados como comunicação descendente, horizontal e ascendente necessários ao desenvolvimento e avaliação das intervenções das enfermeiras.

Fica evidente a ambigüidade que permeia a prática da enfermeira e a falta de clareza desta prática. O nível de conscientização das enfermeiras a respeito desta contradição e seus fatores determinantes, é assunto a ser estudado com maior profundidade posteriormente.

Diante do exposto, é importante ressaltar que na execução do processo de supervisão o máximo de pontos que cada enfermeira deveria atingir seria 22 (vinte e dois) que multiplicado pelo peso 2 totaliza 44 pontos; no entanto, 13,3% dos sujeitos

atingiram 12 pontos que multiplicado pelo peso 2 totalizam 24 pontos. O somatório foi 749 pontos, atingindo uma média de 9,02 e desvio padrão 1,99. (ANEXO XIII)

A avaliação

A avaliação refere-se à eficácia potencial que o homem tem na consecução de certos resultados através da utilização de recursos humanos, materiais e físicos. A avaliação contínua carece de sistematização e objetividade.

Sabe-se que o processo de avaliação tem definidos os propósitos, conteúdos e métodos de abordagens, embora haja uma evidente distinção quanto às denominações de avaliação, controle de qualidade, auditoria, garantia de qualidade, usadas quase sempre como sinônimos. Este processo exerce uma ação diagnóstica ao identificar o perfil de atendimento e os desvios no sistema prestador de assistência e realiza uma ação monitora ao acompanhar os reajustes no sistema, visando à qualidade da assistência prestada, conforme assinalam COSTA, MENEZES e SILVA (1985). Para estas autoras, os propósitos da avaliação estão voltados para a melhoria da assistência e/ou controle da qualidade e direcionam os conteúdos, os quais representam os pontos que devem ser investigados - causas, magnitude e efeitos; estes por sua vez direcionam as abordagens metodológicas e constituem a própria aplicação do processo de avaliação.

A avaliação deve ocorrer como um processo permanente, contínuo e integrador de conhecimento e da realidade social. A avaliação programada visa medir os resultados em relação ao cumprimento dos objetivos anteriormente estabelecidos e

sistematicamente permite localizar de imediato qualquer falha, para que seja corrigida a tempo, é o que assinala CIAMPONE (1991a).

É necessário usar critérios para avaliar a eficiência, que podem ter caráter absoluto, ou relativo. A ação de enfermagem deve ser avaliada dentro do contexto geral (situação do país, políticas de saúde, instituição e prática de enfermagem).

Dada a importância da avaliação no processo de supervisão, visando a (re)-elaboração de um planejamento efetivo e a execução das atividades planejadas, inquiriu-se os sujeitos desta pesquisa sobre os seguintes itens: aspectos observados na avaliação da assistência do cliente; avaliação do trabalho da enfermeira; avaliação da instituição frente as dificuldades existentes que limitam o trabalho de supervisão da enfermeira e finalmente a satisfação da enfermeira com o trabalho que realiza na instituição.

PAIM (1986) assinala que a avaliação é a fase de julgamento da eficiência e eficácia quanti-qualitativa da assistência de enfermagem. É o controle da qualidade dessa atividade e do próprio sistema assistencial. KRON e GRAY (1989) mencionam que a avaliação da eficácia do atendimento de enfermagem não deve ser limitada aos responsáveis pelo atendimento, devem-se incluir o paciente e seus familiares.

Inquiridos sobre quais aspectos são observados na avaliação da assistência aos clientes, verificou-se que 51,8% dos sujeitos mencionaram a observação do prontuário, relatório e livro de ocorrência e 45,7% referiram à observação direta dos funcionários na assistência prestada aos clientes. (ANEXO XIV). Estes dados nos levaram ao seguinte questionamento: Como avaliar a assistência aos clientes se 68,7% das enfermeiras não fazem a sistematização do planejamento da assistência

aos clientes? (ANEXO V). Sabe-se que a avaliação é uma fase imprescindível para a elaboração do planejamento, seja qual for a sua natureza: Será que as enfermeiras realmente planejam e avaliam? Ou será que executam sem avaliar e planejar? Pode-se afirmar que as enfermeiras realizam a supervisão porém sem sistematizá-la, ou seja, não utilizam um método, simplesmente a executam, de uma forma superficial, sem consistência e sem fundamentação científica.

Investigou-se a cerca de como o trabalho da enfermeira é avaliado, 37,3% mencionaram que o seu trabalho é avaliado através de relatórios, registros de ocorrências e prontuários e 20,5% referiram à reunião.(ANEXO XV). Estes são dados importantes, pois se considerarmos que os relatórios são elaborados semestralmente(ANEXO XII A) e as reuniões realizadas mensalmente(ANEXO X A), conclui-se que a avaliação do trabalho das enfermeiras é realizada de forma indireta, esporádica e conseqüentemente não é contínua e nem sistemática, portanto, reflete um padrão de supervisão não sistematizada.

LUZ e LUNARDI (1986) afirmam que *"geralmente os diretores do serviço de enfermagem e chefes de unidade de internação consideram desconfortáveis as avaliações formais, provindas do sub-sistema de recursos humanos hospitalar e preferem as avaliações informais e contínuas realizadas por seus companheiros de função."* (p.82). No caso específico, concorda-se com estas autoras em parte, pois esta avaliação não é contínua, é até formal, mas é fragmentada, pois a finalidade da reunião mais apontada foi a resolução de questões inerentes ao serviço. (ANEXO X B) e do relatório foi avaliação do serviço (ANEXO XII B).

Com relação a avaliação da instituição frente as dificuldades existentes que limitam o trabalho de supervisão da enfermeira, observou-se os seguintes dados

(ANEXO XVI): Falta de autonomia profissional(80,7%); Interferência política partidária e ingerência administrativa (71,1%) ; Deficiência de recursos humanos quanti-qualitativa (67,5%); Deficiência de recursos materiais e ambiente físico inadequado (63,9%); Baixa remuneração(55,4%) e Relações interpessoais insatisfatórias(54,2%).

A falta de autonomia profissional foi mencionada por 80,7% das enfermeiras. Para DI LASCIO (1980), as necessidades de ordem mais elevada, consideração, autonomia e auto-realização, particularmente autonomia, revelam ser as áreas mais críticas na satisfação das necessidades em todos os níveis da administração, mostra-se portanto como fator importante no exercício da prática profissional da enfermeira. Chamou-nos atenção os seguintes depoimentos:

"Não temos autonomia e não existe respeito ao nosso trabalho." (21)

"Falta um apoio efetivo da coordenação e por parte do grupo como um todo, visando conquistar uma maior autonomia dentro da instituição." (30)

"Sinto-me um peixe fora d'água, só temos deveres, não temos direitos. Trabalhamos com coordenação autoritária e desestruturada, gerando revolta no grupo, não servindo de apoio quando deveria ser." (34)

"Sofremos limitações, somos exploradas pela falta de autonomia da chefia de enfermagem, que nos ameaça com a retirada da produtividade do nosso salário." (71).

CAPELLA e GELBECKE (1988) salientam que o trabalho na saúde é desenvolvido de forma coletiva: vários profissionais cuidam de um mesmo corpo, dificultando mais ainda, no seu interior, a autonomia destas práticas que se esbarram e se superpõem numa busca de seu próprio espaço.

O documento da ABEn (1989) intitulado Normas e Critérios de Competência - Enfermeiras e Enfermeiros do Quebec, refere que a autonomia é esta capacidade que tem o homem "de ser" integralmente, de dar um sentido à sua vida e

de, em função disso, escolher o conjunto de suas ações por uma direção pessoal que se orienta para a mais completa realização de si mesma.

Referendando o exposto, CASTRO (1988) ressalta que a falta de autonomia é um dos fatores que geram stress no trabalho das enfermeiras e que

as decisões sobre o que fazer e como fazer são tomadas por quem tem o poder de manipular o dinheiro, determinar ou autorizar providências que implicam em gastos, modificar ou suspender tais atividades e responsabilizar-se até as últimas conseqüências pela direção dos acontecimentos. Alerta ainda "que essa condição de submissão gera ressentimento, agressividades reprimida e angústia, que levam à autopunição em parte pela via de somatização. (p. 187).

SILVA (1990) coloca que

é lícito supor que a questão da autonomia passa por questões mais amplas que envolvem a profissão: a desvalorização social, a sociedade de modo geral não reconhece o profissional enfermeiro (...) e ser exercida basicamente por mulheres o que já implica numa série de valores e atitudes próprias da condição feminina, quando vista por outros segmentos da sociedade. (p. 82).

LIMA (1993) assinala que a autonomia profissional deve ser *entendida como direito da categoria de defender seus interesses, e de controlar a vida profissional e suas circunstâncias (COFEn e COREns), sem perder de vista a pluralidade na coordenação desse exercício, compondo três categorias diferentes (p. 84-5)*, a saber: autonomia física (autoconhecimento e auto-realização); autonomia econômica (acesso a bens materiais e serviços) e autonomia socio-cultural (acesso ao saber, acesso ao lazer, e controle da divulgação das imagens das enfermeiras e equipe nos meios de comunicação). Acredita-se que a falta de autonomia da enfermeira atinge aos três níveis citados, visto que a auto-realização pode ser considerada utópica frente à realidade que vivenciam em seu ambiente de trabalho; o acesso aos bens materiais e serviços são aspectos vivenciado pela enfermeira à custas de muitos sacrifícios; o acesso ao lazer, torna-se difícil pois a

baixa remuneração que percebe não lhe faculta este direito que é uma necessidade primária do indivíduo.

Coloca-se ainda que a falta de autonomia profissional pode ser interpretada tanto sob o ponto de vista de fator extrínseco como fator intrínseco. É uma dualidade de visão que poderá ser explicada talvez através da análise política e histórica da profissão. Da mesma forma, identificou-se que dentro da teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, este aspecto encontra-se nas necessidades de ordem inferior - necessidades fisiológicas e de segurança, como também num nível mais elevado de exigência, correspondendo ao desejo de estímulo e auto realização.

As interferências políticas partidárias e ingerências administrativas foram mencionadas por 71,0% dos sujeitos. Este é um aspecto que merece destaque e análise, principalmente se considerar que das nove instituições estudadas, os dois hospitais que absorvem maior número de enfermeiras são públicos estaduais. Infelizmente, fontes de clientelismo e interferências políticas conforme citações de alguns sujeitos:

"A saúde, está direcionada para interesses político-partidários e não para interesses técnicos-assistenciais. Não interessa o tipo de atendimento que dispensamos à nossa clientela e em que condições atendemos e sim o número de pacientes que registramos como atendidos." (21).

"Por ser uma instituição estadual fica diretamente subordinada às políticas de saúde, bem como às "politicagens" existentes." (31.)

"A instituição é regida por decisões políticas-partidárias, muitas das vezes sem a análise das questões técnicas. Diante de uma política partidária, sofremos como ingerências, baixos salários, insatisfações, condições precárias de trabalho. (56).

Para MBZOMO(1992) *"já é chegada a hora de se estabelecer um código de conduta ou um guia para a prática de uma boa administração, pois o administrador hospitalar deve ter plena consciência da função que exerce e total responsabilidade pelo desempenho da sua instituição."* (p. 208).

Considera-se que há necessidade de uma tomada de posição da enfermagem, enquanto categoria profissional quanto à problemática que ocorre não só a nível local como também a nível estadual e federal, pois os fatores político-partidários inerentes à instituição interferem de modo significativo no trabalho da enfermeira.

A deficiência de recursos humanos quanti e qualitativa apontado por 67,5% dos sujeitos é um fator significativo e comprometedor para o desenvolvimento das ações de supervisão em enfermagem em prol de uma intervenção livre de risco para a clientela. Este é um aspecto que representa preocupação constante para a enfermagem visto que está diretamente ligada ao produto final de seu trabalho - a qualidade de assistência prestada e a segurança do cliente. Sabe-se que a qualidade é comprometimento fundamentado no conhecimento; é uma opção administrativa; a dimensão ética da profissão.

Verificou-se que 63,9% dos sujeitos referiram a deficiência de recursos materiais como dificuldade enfrentada para o desenvolvimento de seu trabalho nas instituições hospitalares. Este é um fator relevante, pois compromete o desenvolvimento das atividades da enfermeira, visto que o não suprimento destes para a intervenção de enfermagem, leva a interrupções prejudiciais à clientela. Neste sentido, CASTILHO e LEITE (1991) referem que as enfermeiras têm exercido atividades referentes à administração de materiais em suas unidades de trabalho e que

as instituições de saúde, como organização de prestação de serviços deve valorizar a administração de materiais, pois estes contribuem para a infra-estrutura indispensável ao desempenho de suas funções junto à clientela.

A baixa remuneração foi referida por 55,4% das enfermeiras, como fator limitante no desenvolvimento do seu trabalho. Sabe-se que a hierarquia das necessidades de Maslow, é composta das necessidades fisiológicas, de segurança, amor, estima e auto-realização. Maslow separou as necessidades em dois níveis: superior (estima e auto realização) e inferior (fisiológicas, segurança e amor). A diferença existente entre os dois níveis baseia-se na premissa de que as necessidades de ordem superior são satisfeitas no interior da pessoa, enquanto que as de ordem inferior tem satisfação predominantemente externa (salários, contratos sindicais, estabilidade). Segundo ROBBINS (1978) para que o salário haja como motivador, é necessário que exista uma relação entre desempenho e recompensa e assinala que

Baseando-se nas qualificações próprias, como esforço, educação e competência, as pessoas comparam resultados tais como níveis salariais, aumentos e outros fatores. Este conceito, designa-se como teoria da equidade, que prediz aparecimento de tensões quando as pessoas percebem um desequilíbrio na relação dos seus esforços e resultados relativamente aos de outros. (p. 340).

Para NAKAO et al (1986) a satisfação pessoal da equipe de enfermagem pelo que fazem fica relegada a segundo plano, imperando de maneira marcante a necessidade de melhoria das condições de vida. Neste sentido, vale ressaltar a colocação de um dos sujeitos que participaram deste estudo.

"Gostaria de ser menos explorada. O salário é muito baixo e a sobrecarga de trabalho é muito alta. Preciso sobreviver e ainda por cima tenho que trabalhar em outro lugar para adquirir o mínimo para se viver dignamente." (11).

Acredita-se que a justa remuneração tem relação direta com a satisfação profissional, apesar de ROCKENBACH (1985) afirmar o contrário, quando diz que a motivação da equipe de enfermagem não reside no conforto material e remuneração financeira.

Compreende-se que a remuneração justa é uma fonte geradora de motivação para a enfermeira, frente à sua competência, qualificação e alta responsabilidade. Desta forma, a baixa remuneração é um gerador de desequilíbrio, que desencadeia o aparecimento de tensões e conseqüentemente insatisfação no ambiente de trabalho que compromete a intervenção de enfermagem eficiente, livre de riscos aos usuários da saúde.

As relações interpessoais insatisfatórias foi outro fator indicado por 54,2% enfermeiras. É importante lembrar que *As relações interpessoais não se produzem entre desconhecidos que se encontram num deserto elas se desenvolvem dentro dos contextos sociológicos e tem por cátedra as instituições LAPASSADE em LAYOLA, citado por SILVA (1990)*. Neste sentido, a enfermeira no exercício da supervisão deve reconhecer a existência nas organizações de psicogrupos e sociogrupos e ter a capacidade de integrar pessoas para alcançar a sinergia no ambiente de trabalho.

DANIEL (1983) assinala que a *interação é orientada pelo comportamento proposital e planejado, visando alvos comuns, de quem administra e de que recebe, supostamente influenciando as reações das pessoas atendidas, sem forçar, exigir ou impor-se*. No caso em estudo, evidencia-se que a equipe multiprofissional deve agir com os mesmos objetivos, sendo respeitadas as características individuais de cada um, livre de terrorismo psicológico, conforme identifica-se na seguinte afirmativa:

- "Estado de tensão emocional, descontentamento devido as próprias carências institucionais e principalmente no sentido de vigiância, atrito, perseguições exercida pela supervisão." (83).

Verificou-se que os aspectos citados pelas enfermeiras da rede hospitalar na avaliação da instituição, correspondem aos fatores extrínsecos (interferência política, falta de autonomia profissional, baixa remuneração e relações interpessoais), da Teoria de Motivação - manutenção de Herzberg e que funcionam como fatores de manutenção.

CUNHA (1991) assinala que existem situações que dificultam a supervisão tais como: filosofia de enfermagem que não enfatiza a importância do desenvolvimento de pessoal e da manutenção de relações interpessoais; existência de uma política de trabalho centralizadora, autoritária e trefista; inadequação de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros; área física inadequada; o despreparo das enfermeiras para desenvolver a supervisão e falha no planejamento do serviço ou divisão de enfermagem.

Por outro lado, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1983), através do Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde, menciona que os problemas e dificuldades observadas no processo de supervisão referem-se à estrutura técnico-administrativa e de execução; transgressão dos procedimentos de trabalho; atitudes impróprias e infra estrutura.

Observou-se que os dados obtidos neste estudo, relacionados às dificuldades que as enfermeiras encontram para desenvolver o seu trabalho na instituição condiz com o que prescreve a literatura. No entanto, não encontrou-se

referências à interferência política partidária mencionados por 71,1% dos sujeitos deste estudo.

Considerando-se a importância da satisfação para o ajustamento pessoal e que esta tem sido motivo de estudo por parte de vários especialistas, procurou-se pesquisar a avaliação da satisfação profissional da enfermeira com o trabalho que realiza na instituição. (ANEXO XVII).

Neste estudo, constatou-se que 57,8% das enfermeiras estão insatisfeitas com o trabalho que realizam na instituição em que estão inseridas. É assustador o percentual de insatisfação, se considerarmos a relação existente entre satisfação e qualidade do serviço prestado.

BERGAMINI citado por CUNHA (1991) coloca que a motivação é considerada *algo que é tipicamente interno a cada um e tida como uma força propulsora cujas verdadeiras origens se acham escondidas no interior do indivíduo e cuja satisfação ou insatisfação fazem parte integrante dos sentimentos experimentados por ele mesmo. (p. 128).*

Para ROCKENBACH (1985) a motivação é fator decisivo em qualquer empreendimento individual e coletivo e cita o conceito de MANZOLII acerca da motivação *é um estado interno que dá energia, torna ativo ou move o organismo, dirigindo ou canalizando o comportamento em direção a objetivos. (p. 53)* Assinala ainda que a motivação da equipe de enfermagem não reside no conforto material e remuneração financeira por trabalhos prestados e que há os motivos idealistas como justiça, cumprimento do dever, ética e solidariedade. Por outro lado, CUNHA (1991) ressalta que a preocupação mais correta, por parte da enfermeira não deve ser a busca de o que fazer para motivar as pessoas, mas o que fazer para prevenir que determinadas situações não venham a

desmotivar as pessoas pois a manutenção de estratégias para a motivação do pessoal de enfermagem é uma atividade de supervisão realizada pela enfermeira.

NORONHA (1985) lembra que a motivação do profissional é um fator pré-existente e assinala que a teoria da motivação humana admite que as necessidades são ordenadas numa hierarquia de prepotência. Isto é, quando as necessidades mais básicas são satisfeitas, a necessidade seguinte na hierarquia emerge e chama por satisfação.

SAYLES referida por SILVA (1990) diz que *desde que as pessoas dispensem um terço das horas do dia no seu trabalho, não é surpresa que devam esperar que este satisfaça muitos tipos de necessidades (p. 81).*

ROBBINS (1978) citando a teoria de motivação - manutenção de HERZBERG diz que este concluiu que fatores intrínsecos como realização, reconhecimento e possibilidade de progresso pareciam ser relacionados com satisfação no emprego e quando as pessoas estão insatisfeitas surgem os fatores extrínsecos, como política da empresa e administração, supervisão, relações interpessoais, condições de trabalho e salário. O autor desta teoria afirmou ainda que os dados da sua pesquisa sugerem que a insatisfação é o oposto da não insatisfação ou seja, a remoção das características insatisfatórias de um trabalho não o torna necessariamente satisfatório e propôs a existência de um contínuo dual em que o oposto da satisfação é a não satisfação, e o oposto da insatisfação é não insatisfação. Desta forma, HERZBERG citado por ROBBINS (1978) faz a distinção dos fatores que trazem satisfação daqueles que conduzem à insatisfação e afirma que eliminando estes, é possível trazer paz, mas não motivação - é possível aplacar mais que motivar.

Sintetizando, fatores extrínsecos citados pelo autor da teoria de motivação-manutenção, são exatamente os fatores de manutenção. *Quando estes fatores forem satisfatoriamente mantidos, as pessoas não estarão insatisfeitas nem satisfeitas* é o que assinala HERZBERG em ROBBINS (1978, p. 343).

Desta forma, compreende-se que Maslow se preocupa com as necessidades de uma pessoa nas 24 horas/dia, Herzberg somente a vê no seu ambiente de trabalho.

As necessidades de ordem inferior da hierarquia de Maslow tendem a se aproximar estreitamente dos fatores de manutenção esquematizados por Herzberg. Salário, condições de trabalho, segurança de emprego, administração e política da empresa e supervisão de modo geral as necessidades fisiológicas e de segurança. Os fatores motivacionais intrínsecos de reconhecimento, progresso, responsabilidade, crescimento, realização e trabalho em si tendem a relacionar-se estreitamente com o desejo de estímulo e auto realização, é o que assinala ROBBINS (1978, p.345).

Reconhece-se que a enfermeira, a todo momento, enfrenta situações que carecem de motivação sua e da equipe, uma vez que não se pode esperar a curto prazo, incentivos e recompensas sociais, face a situação crítica que se encontram as instituições de saúde frente às políticas econômicas implantadas no país, além das crises internas da profissão geradas e agravadas por determinantes históricos do capitalismo.

Os depoimentos dos sujeitos transcritos a seguir parecem confirmar as referências citadas, que traduzem o estado de insatisfação destes atores sociais, com a instituição em que trabalham e conseqüentemente com a sua profissão.

"Como uma profissional desmotivada devido as condições de trabalho precárias e o sistema pelo qual estamos envolvidos."(17)

4 "Insatisfeita com a profissão." (39)

"Limitada nas minhas funções por falta de estruturação do Serviço." (57)

"Com dificuldade de exercer satisfatoriamente as minhas funções devido as interferências políticas partidárias às vezes incoseqüentes. A Instituição passa por um momento de desagregação." (79)

Os sujeitos indicaram vários aspectos intervenientes no seu processo de trabalho como causa de insatisfação.

É importante registrar que na avaliação do processo de supervisão o máximo de pontos que as enfermeiras deveriam atingir seria 38 pontos; entretanto, 1,2% atingiu 12 pontos que multiplicado pelo peso 2 totaliza 24 pontos. O somatório foi 607, a média 7,31 e o desvio padrão = 1,61 (ANEXO XVIII).

Mediante os resultados apresentados e aplicando o procedimento estatístico estabelecido para a caracterização do padrão de supervisão executado pelas enfermeiras da área hospitalar, identificou-se que 3,6% das enfermeiras atingiram a média maior ou igual a 0,60% ou seja 6,0 pontos (ANEXO XIX). Desta forma, evidenciou-se a comprovação da primeira hipótese deste trabalho de que o padrão de supervisão executada pela enfermeira que atua na área hospitalar não é sistematizada(96,4%) conforme tabela 01.

4.2.2 A Enfermeira e as instituições hospitalares

O perfil da clientela estudada

O grupo estudado é, predominantemente, do sexo feminino (97,6%), e, 94% não sistematizam a supervisão (Tabela 02).

Apesar da variável sexo, ser considerada estatisticamente como fator que não interfere no padrão de supervisão sistematizada ou não, o alto percentual encontrado na categoria feminina nos leva a inferir que é um fator significativo no processo de trabalho da enfermeira e conseqüentemente no exercício da supervisão.

O Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem (1985) em estudo realizado constatou que a profissão é exercida predominantemente por mulheres (94,1%). Considera-se um dado importante para a compreensão dos problemas de enfermagem referentes à posição e aceitação da mulher na sociedade. O Sistema de produzir serviços de saúde faz com que a enfermagem seja considerada como uma força de trabalho assalariada e hegemonicamente feminina, que executa parcelas simples do processo produtivo no mercado de trabalho conforme assinala SANTOS e VIEIRA, citados por WRIGHT e CARNEIRO (1985). Desta forma, por ser feminina, a enfermeira no exercício da supervisão sofre interferência do sistema capitalista em que esta inserida.

Neste estudo constatou-se que 49,4% das enfermeiras estão na faixa etária entre 30 a 40 anos, indicando uma força de trabalho em plena vitalidade de sua capacidade produtiva. Entretanto, não constituiu-se em fator modificador do padrão de supervisão, conforme ANEXO XX.

Com relação ao tempo de formada 45,8% das enfermeiras concluíram a graduação entre 5 e 10 anos, e, 43,4% não sistematizam a supervisão. Concluiu-se que a enfermeira da área hospitalar feirense é relativamente jovem na vivência profissional, apesar desta variável não demonstrar associação estatística significativa

como fator que interfere no padrão de supervisão, conforme verificou-se no ANEXO XXI.

Quanto à formação acadêmica, acredita-se que o fato de 53,0% serem especialistas poderia ser um fator positivo para o padrão de supervisão sistematizada, no entanto, 51,8% realizam supervisão não sistematizada. (Tabela 03). Este resultado contraria a literatura que refere a qualificação do indivíduo como fator condicionante para o exercício da supervisão. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980 e 1983). É interessante destacar que na realidade não se identificou qualquer interação entre o sistema formador e o sistema utilizador, uma vez que as enfermeiras ingressam no mercado de trabalho, para exercer funções que atendam às necessidades da empresa independente de ter especialização ou não.

Através da tabela 04 constatou-se que aquelas que exercem o cargo de supervisora desenvolvem o padrão de supervisão não sistematizada (7,2%). Acredita-se que o exercício do cargo de supervisora não deveria ser um fator modificador do padrão de supervisão, já que o exercício da supervisão é uma função inerente da enfermeira e ela deveria estar preparada para exercê-la.

Outro aspecto explorado referiu-se ao nível salarial das enfermeiras (tabela 05), analisando a tabela 04 e 05 e fazendo o cruzamento entre as duas variáveis (Anexo XXII), observou-se que 65,1% das enfermeiras deste estudo encontram-se numa faixa salarial de 3 a 6 salários mínimos e que dos 49,4% que ocupam o cargo de chefe de unidade, 36,1% estão também nesta faixa salarial. Estatisticamente não houve associação entre estas variáveis e o padrão de supervisão. Estes resultados contrariam o que prescreve a literatura, quando esta ressalta a

existência de uma política de trabalho eficiente, e disponibilidade de recursos humanos com remuneração adequada, como fatores condicionantes para o êxito da supervisão. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980 e 1983) Mostram ainda, que o salário, em função da responsabilidade da enfermeira, é baixo e precisa ser melhor adequado às habilidades e ao nível de conhecimento, a fim de se tornar eficaz mecanismo incentivador do estado de satisfação e consequentemente no desenvolvimento do padrão de supervisão sistematizada.

Neste sentido MARELLO (1988) estabelece os seguintes fatores para a fixação da remuneração de determinado cargo: *média dos salários pagos pelo mercado de trabalho; níveis de qualificação, especialização e esoblandade, exigidos para o exercício da função; capacidade pessoal para exercer o cargo, considerando-se liderança, dinamismo, critério e discernimento; supervisão dos outros funcionários, exercida pelo ocupante do cargo em questão.* (p. 54).

Diante do exposto, infere-se que cargo e faixa salarial são fatores que interferem no padrão de supervisão apesar de estatisticamente não haver associação. Por outro lado, podemos afirmar que praticamente não há influência no salário, o fato das enfermeiras serem especialistas ou não.

Observou-se que 53% dos sujeitos que participam deste estudo não possuem outro vínculo empregatício, e, 45,8% não sistematizam a supervisão. Não foi encontrada evidência estatística de associação entre esta variável e padrão de supervisão. Este resultado nos leva a afirmar que a sistematização da supervisão independe da existência de outro vínculo. (ANEXO XXIII).

Constatou-se que as enfermeiras reconhecem que as políticas do setor saúde interferem no seu trabalho, como podemos observar na tabela 06. Verificou-se,

entretanto, que estatisticamente não há significância na associação entre esta variável e padrão de supervisão. Acredita-se ser esta uma variável que interfere, modifica e até determina o padrão de supervisão, seja sistematizada ou não. Este resultado estatístico contradiz o que CUNHA (1991) afirma referindo-se que a *política social vigente permeia as organizações e afeta cada indivíduo enquanto pessoa e profissional (p. 127)* e ainda assinala que *este é um dos fatores que desestruturam os serviços e estimulam a manutenção de funcionários insatisfeitos e desmotivados (p.127)*, reportando-se às dificuldades no desenvolvimento da supervisão..

O entendimento da relação existente entre políticas do setor saúde e o trabalho da enfermeira é importante na função supervisão pois este é inerente a qualquer processo de trabalho e realiza-se em bases coletivas.

Considera-se a supervisão como um instrumento de ajustamento entre a dinâmica das ações de saúde e das metas propostas, pois busca a organização e o controle do trabalho. Constitui-se portanto em elemento irradiador dos objetivos e interesses da classe hegemônica na sociedade capitalista, visando a manutenção e aperfeiçoamento do sistema vigente. Assim, os métodos e objetos da supervisão variam de acordo a ênfase dada ao planejamento, organização e ao treinamento, o que depende da administração central, regional ou local e de outras exigências conjunturais.

Por outro lado, o sistema e as políticas do setor saúde não têm uma filosofia consistente e carecem de fundamentos e princípios adequados à realidade que o país atravessa. A crise hospitalar brasileira é o retrato da incompetência, resultante da irresponsabilidade, da falta de planejamento e principalmente, da

péssima distribuição de recursos, com uma lastimável priorização para outras áreas e obras em detrimento do Social. Isto parece estar evidenciado nas considerações feitas por enfermeiras deste estudo, para justificarem a relação das políticas do setor saúde com o seu trabalho, as quais estão reproduzidas aqui:

- "A demanda hospitalar sofre grande influência e ingerência política, tais como: interferência nos cargos de chefia, transferência de funcionários, internamentos, baixos salários, repasses e desvios de verbas." (13).

- "O descompromisso dos dirigentes com o Setor Saúde é inaceitável; a irresponsabilidade e o descaso é um desrespeito à cidadania" (47)

- "A saúde no país é vergonhosa e o reflexo repercute muito em nosso serviço, pela falta de condições de trabalho e pela própria miséria social." (79)

BORBA (1993) reforça que esta crise resulta no desgaste financeiro provocado pelos "lobies" e pela corrupção ativa e passiva, impedindo quaisquer planejamentos ou prioridades honestas e técnicas e ressalta que a crise moral deu origem à crise financeira do setor.

A enfermeira desempenha a função supervisão na sua prática diária e não pode exercê-la desarticulando-a do quadro institucional e social do país; e se assim agir, estará atuando de forma limitada para uma compreensão da problemática do controle da qualidade e quantidade de sua intervenção. É inegável o caráter político que a supervisão encerra e que a enfermeira deve assumir para intermediar os níveis centrais com os níveis regionais/locais, bem como relacionados a aspectos inter-institucionais.

É mister o entendimento de que no processo de trabalho da enfermeira e no exercício da supervisão existem as interferências/determinações econômicas e políticas que se fazem presentes, o conjunto dos problemas do trabalho/ou

trabalhador e a existência das crises internas da profissão, que não dependem da competência técnica/especialista das enfermeiras.

Destaca-se a fala de um dos sujeitos, que representa o discurso da maioria que participam deste estudo:

"a falta de mobilização e articulação dos profissionais de saúde frente aos desmandos dos dirigentes, caracteriza a crise do compromisso moral e ético para com os usuários do sistema de saúde e para com a sua profissão" (53).

Esta consideração nos remete à reflexão sobre a importância das entidades de classe para cada categoria profissional. Estas contribuem decisivamente para o desenvolvimento da profissão, através da formação da consciência crítica, da força e do poder de penetração e de reivindicação dos profissionais. No caso específico, o exercício da supervisão transcende a questões grupais.

A enfermeira necessita articular-se politicamente na intermediação dos interesses do grupo e dos usuários dos serviços com a gerência. Diariamente, esta se depara com embates relativos ao exercício da hierarquia e do poder, conforme a organização tecnológica e social do trabalho; e isso, é processo profissional, que apresenta perspectiva política.

É importante o reconhecimento da enfermeira sobre a importância da filosofia, abrangência e contribuição que as entidades de classe representam para o desenvolvimento da profissão, preservação de seus valores e aprimoramento da assistência de enfermagem oferecida à sociedade brasileira. Importa frisar que tão maior será a força do profissional, socialmente falando, quanto melhor e maior for a sua participação nas suas entidades de classe. Neste sentido, SANTOS (1987b) reforça que quando uma profissão é bem sucedida e reconhecida na sociedade a que

se destina, tal fato refletir-se-á em sua associação. GERMANO (1984) assevera que o marco referencial, a ideologia e poder da profissão podem ser veiculadas aos profissionais pela sua entidade de classe.

Acredita-se que a falta de mobilização e articulação dos profissionais de saúde é um reflexo da apatia em que o povo brasileiro se encontra, frente ao descrédito quanto as políticas públicas implementadas no país. Sabe-se que é através da organização da sociedade civil, que se conquista todos os espaços. No caso das enfermeiras, é mister a compreensão de que a participação e fortalecimento de suas entidades de classe é o caminho, portanto imprescindível, rumo a uma intervenção de enfermagem de qualidade, atendendo as reais necessidades da população, aspectos contemplados na supervisão.

A instituição em que trabalha

Do total de enfermeiras que constituem a população deste estudo, 68,7% atuam em hospitais gerais e realizam supervisão não sistematizada; e 31,3% atuam em hospitais especializados, e, 27,7% não sistematizam a supervisão enquanto que 3,6% fazem a sistematização. Estatisticamente existe associação significativa entre padrão de supervisão e tipo de hospital, conforme evidencia a tabela 07 .

As tabelas 08, 09, 10 e 11 comprovam não haver associação estatística significativa entre padrão de supervisão e as variáveis entidade mantenedora, capacidade operacional, clientela e número de enfermeiras. Estes resultados contrariam a literatura consultada que prescreve o planejamento como fator condicionante para o exercício de uma supervisão efetiva, e estas variáveis, são

aspectos que devem ser observados para a realização de um planejamento compatível com as necessidades dos usuários e dos serviços. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980 e 1983).

A tabela 08 demonstra que apesar de não haver associação estatística significativa entre padrão de supervisão e entidade mantenedora, acredita-se que instituições públicas ou privadas, sofrem interferência das políticas públicas e conseqüentemente, reflete no trabalho da enfermeira, sobretudo no exercício da função supervisão que comprovadamente através da literatura consultada e da prática vivenciada, sofre influências do contexto social e político da sociedade onde as instituições hospitalares estão inseridas, interferindo no desempenho dos funcionários destas instituições.

Verificou-se neste estudo que não existe associação significativa entre capacidade do hospital e padrão de supervisão. A capacidade operacional das instituições hospitalares interfere significativamente na implementação de um padrão de supervisão sistematizada, em termos do número de leitos, número de enfermeiros/leito, quantidade e qualidade dos funcionários entre outros aspectos que envolvem o planejamento, a execução e a avaliação da supervisão (Tabela 09).

Quanto à clientela atendida nas instituições em que os sujeitos deste estudo estão inseridas, observou-se na tabela 10 não haver associação estatística significativa entre padrão de supervisão e esta variável.

A tabela 11 demonstra a relação do número de enfermeiras por instituição e padrão de supervisão. Observou-se número reduzido de enfermeiras nas instituições

estudadas. A análise estatística revelou não haver significância entre padrão de supervisão e número de enfermeiras.

OLIVEIRA (1993), enfatiza que a maioria dos administradores das instituições hospitalares brasileiras ignoram que sem a enfermagem não há assistência médica hospitalar e para a instituição atingir o seu objetivo tem que investir quantiquantitativamente em seus profissionais, em particular a enfermagem a qual 24 horas se coloca ao lado do cliente.

Para MARX e SECAF (1985) a presença da enfermeira significa qualidade do atendimento prestado e segurança para o paciente e seus familiares. Sabe-se que o modelo hospitalar privado está em crise e o que interessa aos empresários é a redução dos custos; e a não contratação da enfermeira significa uma "falsa economia" é o que afirma KERTESZ (1984). Nesta mesma linha OGUISSO (1983) diz que a primeira preocupação de qualquer empresário é obter o máximo de renda ou receita com o mínimo de despesa e que é necessário mostrar e provar aos dirigentes das instituições de saúde, assim como aos administradores hospitalares que é possível, até mesmo reduzir custos mediante a contratação de profissionais de enfermagem melhor qualificado.

Diante do exposto, e apesar do resultado do teste estatístico, acredita-se que a variável número de enfermeiras por instituição, é um fator que interfere no padrão de supervisão, sistematizado ou não.

Nas tabelas 12 e 13, o teste estatístico revelou não haver associação estatística significativa entre padrão de supervisão, e posição que o serviço de enfermagem ocupa na estrutura administrativa e participação da coordenação do

serviço de enfermagem nas decisões políticas e administrativas. Estes resultados diferem dos fatores condicionantes para o exercício da supervisão, citados pela literatura, que prescreve a estrutura técnico-administrativa e política de trabalho, que compõem estes fatores. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980 e 1983).

Investigou-se a posição que o serviço de enfermagem ocupa na estrutura administrativa das instituições segundo o padrão de supervisão, conforme a tabela 12. Verificou-se que as enfermeiras conhecem e identificam a posição deste serviço. Estatisticamente comprovou-se que não há associação significativa entre padrão de supervisão e posição do serviço de enfermagem.

Os serviços de enfermagem que se encontram a nível de seção são de hospitais governamentais (G e H) (ANEXO XXIV) que concentram maior número da força de trabalho da enfermagem hospitalar feirense. Estas instituições refletem a estrutura governamental, através da política implementada no estado com ênfase na manutenção da hegemonia dos que detém o poder. Na falta de prestígio da enfermagem junto aos órgãos deliberativos, a enfermeira fica subordinada a outros membros da equipe de saúde, o que dificulta efetivamente o exercício da supervisão, interferindo na comunicação e na tomada de decisões precisas e efetivas além de ser uma forma da enfermeira não ocupar cargos.

Em estudo realizado pelo COFEn/ABEn (1986) verificou-se que a complexidade da estrutura organizacional não acompanha de modo paralelo a complexidade dos hospitais (p. 94). No presente estudo isso significa que os hospitais de grande porte deveriam contar com os níveis mais altos ou seja com serviços de enfermagem organizados em

Departamentos ou Divisões. Portanto, nenhum dos hospitais estudados estão hierarquizados nos níveis mais altos.

MASSAROLLO (1991) reforça que a posição ocupada na escala hierárquica geralmente evidencia a importância que é dada ao Serviço de Enfermagem. Neste sentido, a posição hierárquica determina o grau de autoridade e influência, o status e a remuneração do ocupante do cargo. Para CHIAVENATO (1983) quanto mais elevada a posição na hierarquia vertical, maiores são as considerações que a pessoa recebe e mais estratégicas são as suas decisões. Diante do exposto, acredita-se que a subordinação direta do S.E. ao nível decisorial da instituição facilita a comunicação e a tomada de decisões adequadas.

Por outro lado, ALVES (1987) assinala que as posições da enfermagem são quase sempre distantes do comando central das empresas, o que dificulta o acesso a participação mais efetiva e que

Parece estar em certa posição na estrutura organizacional do mercado de trabalho, passa muito por algo que, precisando existir para fazer funcionar, a enfermagem recebe um rótulo de setor, seção, serviço ou mesmo departamento, divisão ou coordenação, desacompanhada do prestígio de, pelo menos pertencer oficialmente ao organograma da empresa (p. 54).

Os dados obtidos na tabela 12, permitem afirmar que a estrutura organizacional dos hospitais feirenses não revela sinais de qualidade, confirmando estudo realizado pelo COFEn/ABEn (1986). Diante do exposto e apesar da análise do teste estatístico não confirmar a existência da associação de padrão de supervisão e posição do serviço de enfermagem e com base na literatura apresentada, acredita-se ser esta variável fator de modificação do padrão de supervisão seja sistematizado ou não.

Procurou-se inquirir aos sujeitos deste estudo sobre a participação da chefia de enfermagem nas decisões políticas e administrativas das instituições hospitalares, onde 60,2% das enfermeiras afirmaram às vezes, (tabela 13). É importante destacar os comentários transcritos aqui:

"a chefia de enfermagem nem sempre participa da tomada de decisão, nem sempre tem autonomia, às vezes as deliberações já chegam prontas e são impostas ao grupo." (9).

"A diretoria geral e administrativa centraliza todo o poder, toma suas próprias decisões sem ouvir a chefia de enfermagem." (29).

"No momento estamos sem chefia de enfermagem, as decisões são políticas e sofrem interferência da política partidária." (41).

Os dados e comentários conduzem aos seguintes questionamentos: Será que a chefia de enfermagem é chamada a participar das decisões quando é conveniente à instituição? Ou será que trata-se de uma real conquista da enfermagem? O que finalmente significa participar "às vezes" das decisões políticas e administrativas?

O COFEn/ABEn (1986) sintetizam que, para melhor situar a importância da Enfermagem nos órgãos deliberativos, alguns assuntos deveriam ser objeto de discussão e decisão, tais como:

orçamento para a Enfermagem; composição e controle de custos dos serviços prestados pelo hospital; organização e operação do sistema de administração de pessoal do hospital; reformulação da estrutura e organização do hospital e dos serviços de enfermagem; projetos de pesquisa; condições de trabalho; e composição da conduta médica e da internação (p. 95).

Apesar de não haver diferença significativa na associação estatística entre participação da coordenação de enfermagem nas decisões políticas e administrativas

da instituição e padrão de supervisão, considera-se ser esta variável fator modificador do padrão de supervisão sistematizada ou não, pois a todo momento a enfermeira vivência situações em que é necessário a tomada de decisões políticas e administrativas em seu ambiente de trabalho, visando detectar os entraves existentes em busca de uma assistência de qualidade, além da literatura referenciar a estrutura técnico administrativa e política de trabalho como fatores condicionantes para supervisão MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980-1983).

A tabela 14 demonstrou que 91,6% das enfermeiras atuam em instituições que dispõem de instrumentos administrativos e que estatisticamente não há diferença significativa entre padrão de supervisão e instrumentos administrativos. A existência destes instrumentos nas instituições em que os sujeitos desta pesquisa estão inseridos, é indicativo de organização, facilitando, assim o padrão de supervisão sistematizada. Estes são fatores condicionantes entre outros, para o êxito da supervisão. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1980 e 1983).

Dada a importância dos instrumentos administrativos para o exercício da supervisão, procurou-se investigar os que existem ou estão em fase de elaboração nas instituições (ANEXO XXV). Constatou-se que 79,0% das enfermeiras referiram a existência de normas; 77,6% a organograma, igual percentual mencionaram rotinas; 76,3% citaram o regimento interno; 40,8% indicaram o manual de procedimentos técnicos e 39,5% regulamento geral.

Considerando os dados obtidos, chamou-nos atenção de que apenas 39,5% dos sujeitos referiram a existência de Regulamento Geral e 76,3% a Regimento Interno. Sabe-se que o regimento interno é elaborado a partir da

existência do Regulamento Geral e que este contém as diretrizes básicas da organização de saúde. CAMPOS (1990) reforça esta afirmativa, quando relata que no regulamento geral procura-se encarar a dinâmica sob o ponto de vista genérico, deixando-se o detalhamento específico de cada Serviço definido no Organograma, para o texto do Regimento.

Tomando-se como referência a afirmativa de CAMPOS (1990), questiona-se: É possível elaborar o regimento interno sem o regulamento geral do hospital? Ou as enfermeiras desconhecem a existência do regulamento? Em caso afirmativo, como justificar os altos percentuais acerca da existência dos demais instrumentos? Pode-se afirmar que só estes 39,5% têm conhecimento do Regulamento Geral das Instituições.

Com relação aos fatores associados ao perfil da enfermeira e as características das instituições que interferem na supervisão realizada pela enfermeira foi evidenciada a comprovação parcial da segunda hipótese desse estudo. Isto se evidencia estatisticamente a nível de 5% de probabilidade que não demonstrou existir qualquer associação que comprove a categorização que constituiu o perfil da clientela estudada, como fatores que interferem no padrão de supervisão. Comprovou-se que existe concordância parcial quanto ao padrão de supervisão e características da instituição. Destas, houve concordância em relação a variável tipo de hospital (Tabela 07). Verificou-se, no entanto, discordância estatisticamente significativa para as demais categorias. A valorização destas se tornam relevantes, quando do exame percentual, da experiência profissional da autora e da literatura, verifica-se a importância que cada uma representa para o padrão de supervisão, como

acontece durante o decorrer desta discussão (Tabelas 02, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 13 e 14).

É assim, com exceção das variáveis idade, tempo de formada, e outro vínculo empregatício, considerou-se as demais como fatores que interferem no padrão de supervisão executada pela enfermeira, pois refletem a qualificação do indivíduo, política de trabalho, recursos humanos, remuneração, planejamento e estrutura técnico administrativa e que são referenciados pela literatura como fatores condicionantes para o êxito da supervisão, MINISTÉRIO DA SAÚDE (1977, 1978, 1980 e 1983).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Procurou-se neste estudo, através da análise e discussão dos dados, atingir os objetivos propostos. Para tal, estabeleceu-se unidades temáticas para melhor compreender-se o fenômeno em estudo, conforme metodologia definida.

Iniciou-se assumindo uma atitude crítica em relação à atuação da enfermeira frente ao padrão de supervisão, executado na área hospitalar, com o objetivo de alertá-la quanto à sua prática. Contudo, não se pretende acabado, constituindo-se em reflexões básicas para estimular outras reflexões. Não teve, portanto, a intenção de empenhar-se na discussão exaustiva do objeto de conhecimento, tampouco, qualquer intuito polêmico. Os comentários críticos foram feitos visando esclarecer e fundamentar as argumentações.

O método quantitativo com aporte da abordagem qualitativa mostrou-se adequado ao propósito do trabalho. A realização do questionário com questões abertas e fechadas foram absolutamente necessárias para a compreensão do objeto e para a identificação de problemas relevantes que só foram evidenciados no decorrer do estudo.

Na integração da parte teórica ao tema proposto, foi uma preocupação não perder de vista os pontos essenciais demarcados na teoria e na aplicação do

embasamento teórico à investigação, procurou-se manter fidelidade aos pressupostos que as fundamentam.

Assim é que, considerando os objetivos, as hipóteses e os resultados deste estudo, chegou-se às seguintes considerações:

A Enfermeira e a aplicação do padrão de supervisão

As enfermeiras estão aplicando de modo aleatório os conhecimentos científicos quando na utilização de forma fragmentada e desarticulada dos métodos, técnicas e instrumentos de supervisão, ou então, operacionalizando o serviço sem associar a teoria com a prática: sinalizando um despreparo para o exercício da função e falha no planejamento do serviço de enfermagem em todos os níveis, evidenciando a falta de percepção da supervisão enquanto processo.

Apesar de encontrar-se predominância do padrão de supervisão não sistematizado (96,4%), não se pode afirmar haver o exercício só desse padrão, estando as bases da supervisão e seu exercício na dependência de situações específicas da prática.

A falta de autonomia profissional (80,7%), interferência política partidária e ingerência administrativa (71,1%), deficiência de recursos humanos quanti-qualitativa (67,5%), deficiência de recursos materiais e ambiente físico inadequado (63,9%), baixa remuneração (55,4%), relações interpessoais insatisfatórias (54,2%) e insatisfação das enfermeiras com o trabalho que realizam (57,8%), são fatores limitantes do exercício da supervisão.

A enfermeira e as instituições hospitalares

Comprovou-se estatisticamente haver discordância significativa a nível de 5% de probabilidade entre as variáveis categorizadas no perfil da enfermeira e características da instituição com o padrão de supervisão, exceto a variável tipo de hospital. Entretanto, com exceção da variável idade, tempo de formada e outro vínculo empregatício, observa-se a relevância que as demais variáveis assumem quando do exame percentual e da vivência profissional da autora, verifica-se a importância que cada uma representa para o padrão de supervisão da enfermeira, pois refletem a qualificação do indivíduo, política de trabalho, recursos humanos, remuneração, planejamento e estrutura técnico-administrativa; aspectos referenciados como fatores condicionantes para o êxito da supervisão pela literatura.

Contudo, o resultado exige postura de investigação com base na metodologia científica. Considerando os resultados alcançados, ressalta-se que a realidade da prática representa a tendência do grupo a um estágio de sensibilização para atender ou não às necessidades da profissão.

Corroborar-se com o pensamento de MINAYO (1994):

O conhecimento é um processo infinito e não há condição de fechá-lo numa fase final, assim como não se pode fechar o final do processo histórico, embora o projetemos como politicamente democrático e socialmente igualitário para ser ecologicamente saudável. (p. 18)

Sugestões

Em vista a uma intervenção de enfermagem de qualidade e livre de riscos aos usuários do sistema de saúde e de sua necessária relação com a supervisão da

enfermeira, tem-se questionado quanto ao padrão de supervisão até então adotado, com indagações se ela comporta a tendência da enfermagem científica para o desenvolvimento da prática profissional nas instituições de saúde. O assunto vem merecendo estudos e reflexões.

Diante da realidade apreendida e da responsabilidade de despertar uma consciência política, em busca da competência científica e técnica, sugere-se que:

As Enfermeiras

- vejam com a mais absoluta clareza que a supervisão em enfermagem é uma função inerente à sua prática, que precisa ser melhor estudada, principalmente para respaldar decisões técnicas corretas e adequadas, facilitando a sistematização da sua intervenção, procurando discuti-la, através da realização de oficinas de trabalho, visando minimizar os fatores que interferem na mesma.

- adotem a Metodologia Geral do Planejamento, determinando suas ações de forma sistematizada, utilizando as três amplitudes: Estratégico, Tático e Operacional;

- participem do levantamento das áreas prioritárias para a pesquisa em enfermagem e que os resultados desta sejam divulgados e os pesquisadores informem aos sujeitos e Instituições os resultados obtidos nas investigações.

As Escolas de Enfermagem

- ao desenvolver projetos de extensão procurem fortalecer a integração docente assistencial e que esta integração venha subsidiar as propostas de mudança curricular;

- em integração com as instituições possam implementar programas de extensão e pesquisa visando o desenvolvimento do docente-assistencial, docente-discente, enfermeira-equipe de enfermagem, enfermeira-estagiário com vistas à melhoria da intervenção de enfermagem como prática social;

- realizem estudos sobre o nível de conscientização das enfermeiras a cerca das contradições que permeiam a sua prática e seus fatores determinantes;

As Instituições Hospitalares

- realizem estudos sobre a Estrutura Organizacional dos hospitais dentro de uma perspectiva de Administração de Qualidade Total;

- reconheçam a importância da participação da enfermeira nos órgãos deliberativos, com vista a implantação do programa de Qualidade Total, tendo como garantia de prioridade absoluta os clientes.

As Entidades de Classe

- mobilizem os profissionais de enfermagem para discussão ampla visando uma tomada de posição (a nível local, estadual e federal) para a construção de um código de conduta ou um guia para a administração, onde visualize a dimensão ética dos gerentes, profissionais de saúde e usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia Referenciada

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de., ROCHA, Juan Stuard Yazlle. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- ALMEIDA, Maria Hélia de. *Tomada de decisões do enfermeiro*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984, 124p.
- ALVES, Delvair de Brito. *Mercado e condições de trabalho da enfermagem*. Salvador: Gráfica Central, 1987. 108p.
- ◊ ARNDT, Clara, HUCKABAY, Loucine. M. Daderian. *Administração em enfermagem*. Tradução por Maria Stela Teixeira de Oliveira, Clenir Bastos Maria Pereira. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983. 267p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Normas e critérios de competência - enfermeiras e enfermeiros do Quebec*. Cadernos de Enfermagem 2. São Paulo: Cortez, 1989. 49.
- BORBA, Valdir Ribeiro. Marketing hospitalar e alternativas criativas para vencer a crise. *Revista Hospital Administração e Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-17, mar./abr. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 425 de 30 de janeiro de 1977. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 26 de dez. 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS/OMS. Padrões mínimos de assistência de enfermagem à comunidade. Informe Final. Brasília, 1977, 71p.
- _____. Ministério da Saúde/OPAS/OMS. Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde. Informe Final. Brasília, 1978. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Diretrizes e linhas de Ação da Secretaria Nacional de Programas Especiais de saúde. Brasília, 1980 (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Supervisão. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1980. 59p.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Guia de Supervisão em Estabelecimento de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 25p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Recursos Humanos. Supervisão em serviços básicos de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. 19p.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Recursos Humanos. Plano de Ação do grupo de trabalho de supervisão e educação continuada (GT/SEC) Brasília, 1982 (mimeo.)

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 9274p. 26 jun. 1986.

_____. Decreto no 94.406 (Regulamentação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem) de 08 de junho de 1987. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, v. 125, n. 106, p. 8853-8855, jun. 1987.

BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição*, República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/Centro gráfico, 1988. p. 48.

_____. Decreto nº 99.438 que dispõe sobre a Organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, nº 99.438 de 07 de agosto de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1990.

_____. Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1990.

- _____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1990.
- _____. Lei nº 8.078 Código de Defesa do Consumidor, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 12 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Saúde Mental. Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990. 36p.
- CANTUARIAS, Eugênio. *Supervision: alguns elementos para estabelecer uma teoria conceptualizacion y proceso*. (San José) Univ. de Costa Rica, Escuela de Medicina 1978. 13p. (mimeo.)
- CAMPOS, Juarez de Queiroz e col. *Fundamentos de saúde pública*. São Paulo: J. Q. Campos. 1990. 160p.
- CAPELLA, Beatriz Beduschi, GELBECKE, Francine Lima. Sua prática e organização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 41, n. 2, p. 132-139, abr./jun. 1988.
- CASTILHO, Valéria, LEITE, Maria Madalena Januário. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 73-88.
- CASTILHO, Valéria, GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord.) *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 207a 214.
- CASTRO, Ieda Barreira e. A evolução do setor saúde e a crise da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 41, n. 3/4, p. 183-189, jul./dez. 1988.
- CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração*. 3. ed. São Paulo: McMill do Brasil, 1983. p.

- CIAMPONE, Maria Helena Trench. Supervisão e enfermagem. *Revista Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 11-113, jul./set. 1985.
- _____. Metodologia do planejamento na enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU: 1991a, p. 41 a 58.
- _____. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU: 1991b, p 191 a 208.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alta Ata. URSS. 1978. Relatório Final. Brasília, OMS/UNICEF. 1979. 64P.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 7, Proposição de Diretrizes: Uma contribuição. Brasília: Ministério da Saúde. 1982. (versão preliminar).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8, 1986, Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução nº 160 de 12/05/93. Rio de Janeiro, 1993. 15p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil - 1982/1983. Rio de Janeiro. COFEn/ABEn, 1985. v. 1. 236p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Enfermagem no contexto institucional: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil - 1982/1983. Rio de Janeiro. COFEn/ABEn, 1986. v. 2, 163p.
- COSTA, Shirley Correia da, MENEZES, Hylnar Márcia de, SILVA, Marizete Pereira da. Aspectos da administração da assistência de enfermagem num hospital universitário da região sudeste. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE

- ENFERMAGEM, 37, 1985. Recife-Pernambuco. *Anais ... Associação Brasileira de Enfermagem - Secção Pe 1986*. p. 481-550.
- CUNHA, Kathia de Carvalho. Supervisão e enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord.) *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991 p. 117 a 132.
- DANIEL, Liliana Felcher. *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo: 1 EPU, 1983. 176p.
- DI LASCIO, Cecília Maria Sanioto. Satisfação no desempenho profissional da enfermeira: estudo sobre necessidades profissionais. *Revista Escola de Enfermagem*, USP. São Paulo, v. 14, n. 3. p. 321-331, 1980.
- DOYLE, Michael, STRAUS, David. *Reuniões podem funcionar. o novo método de interação*. Tradução por Maria Julieta de Alcântara Pentead. 3. ed. São Paulo: SUMMUS, 1978. 247p.
- FELDMANN, Maria Adjutrix. *Administração do serviço de enfermagem*. São Paulo: CESC, 1974. 147p.
- FELLI DA SILVA, Wanda Elisa. Manuais de enfermagem. IN: KURCGANT, Paulina (coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 59-72.
- FIGUEREDO, Nebia Maria Almeida de, SANTOS, Izabel Rosa dos. Situação da enfermagem na década de 80 - No chão, brotando para os anos 90 - Experiências vividas e resultados obtidos na direção de um hospital público - UFRJ "num mundo em crise". *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 42, n. 1,2,3,4. p. 110-116, jan./dez. 1989.
- FONSECA, Rosa Maria G. S. da, GUEDES, Eloisa Aparecida, SILVA, Mariana C. M. Supervisão em enfermagem de saúde pública. *Revista Enfermagem Novas Dimensões*. São Paulo v. 2, n. 5, p. 265-271, nov., 1976
- FREIRE, Paulo. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 149p.
- _____. Autoritarismo e currículo. In: SEMINÁRIO DE TENDÊNCIAS PROPRIE-

DADE DO CURRÍCULO NA REALIDADE BRASILEIRA. *Anais...* São Paulo, 1984.

GERMANO, Raimunda M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Cortez, 1984. 118p.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989. 159p.

_____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207p.

HURST, Ieda Helena. *Supervisão em enfermagem como uma função inerente ao enfermeiro chefe da unidade de internação*. Rio de Janeiro, 1980. 74p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Ana Neri Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^{4/11/1984}
KERTESZ, P. M. Gerenciamento do serviço de enfermagem. *Revista Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 8, n.32, p. 160-163, 1984.

KRON, Thora. *Manual de enfermagem*. Tradução por Giuseppe Taranto, Hégueno Oliveira Celino, Nelson Gomes de Oliveira. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978. 251p.

KRON, Thora, GRAY, Anne. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. Tradução por Eryl Bom Consendey, Fernando Diniz Mundim. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros. 1989, 302p.

LIMA, Maria José de. *O que é enfermagem*. São Paulo: Brasiliense, 1993. 96p.

LUZ, Hildete Bahia da, LUNARDI, Neiva. Avaliação do desempenho do profissional enfermeiro unidades de internação. *Revista Brasileira Enfermagem*. Brasília, v. 39, n. 2/3, p. 81-85, abr./set. 1986.

MANZANARES, Maria, MARTINEZ, Maria M. Martínez de. *Supervision in enfermeria: bases y tecnicas*, Buenos Aires - Argentina: Científica Interamericana, 1988. 103p.

- MARELLO, Sérgio⁴Murilo. *Administração de pessoal*. São Paulo, Ática, 1988. 112p.
- MARX, Lore Cecília, SECAF, Victoria. Enfermeira: segurança para o paciente, investimento do hospital. *Revista Paulista Enfermagem*. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 65-67, abr./jun. 1985.
- MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 23a 39.
- MEGGINSON, Leon C., MOSLEY, Donald C., PIETRI, Paul, H. Jr. *Administração: conceitos e aplicações*. Tradução por Auriphebo Benance Simões. São Paulo: Harpes e Row do Brasil. 1986. 543p.
- MELO, Cristina Maria Meira de., BARROS, Stella Maria Pereira Fernandes de. Formação de recursos humanos em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*. v. 2, n. 1, p. 89-106, jun. 1986.
- MELO, Cristina Maria Meira de. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986. 94p.
- MENEZES, Hylnar Marcia de. Administração descentralizada em enfermagem: análise de experiência de implantação. Rio de Janeiro, 1983. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MEZOMO, João Cararin. *Administração de recursos humanos*. São Paulo: CEDAS, 1984. 233p.
- _____. As vantagens dos hospitais com a A. Q.T. - administração da qualidade total. *Rev. Hospital Adm. e Saúde*. São Paulo, v. 16, n. 5, p. 206-208, set./out., 1992.
- _____. A garantia de sucesso na implementação de iniciativas de qualidade nos cuidados e saúde. *Rev. Hospital e Saúde*. São Paulo. v. 17, n. 2, p. 05-10, mar./abr., 1993a.
- _____. A qualidade da assistência à saúde e o ensino médico. *Revista Hospital Adm. e Saúde*. v. 16, n. 4, p. 194-197. jul./ago. 1993b.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991. 256p.
- NAKAMAE, Djair Daniel. *Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez, 1987. 120p.
- NAKAO, Janete Rodrigues da Silva, ÉVOLA, Yolanda Dora Martinez, FÁVERO, Neide, LAUS, Elizabeth. Análise dos fatores que contribuem para os funcionários do serviço de enfermagem trabalharem em duas instituições hospitalares. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 78-82, abr./mai./jun. 1986.
- NASCIMENTO, Edna Maria Ferreira do. A enfermagem profissional moderna brasileira está doente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 44 n. 2/3, p. 21-25 abr./set. 1991.
- NERY, Inez Sampaio e FERNANDES, Walter - Supervisão de Enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1 p. 18-24, nov./dez. 1978.
- NEWMAN, William, H. *Ação administrativa: as técnicas de organização e gerência*. Tradução por Avelino Corrêa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1986. 431p.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Supervisão: referencial teórico*. 1982. 50p. (mimeo)
- _____. A força de trabalho em saúde. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro v. 17 n. 3, 61-70. 1983.
- _____. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, E.D. (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1985, p. 391-408.
- NORONHA, Rachel. Motivação no ensino e na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 38, n. 1, p. 70-75, jan./mar. 1985.
- OGUISSO, Taka. O desafio da enfermagem. *Revista Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 71, maio/jun. 1983.

- OLIVEIRA, Maeji Gomes de - Educação Continuada em Enfermagem. Salvador, 1993 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
- PAIM, Rosalda Cruz Nogueira. *Metodologia científica em enfermagem*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986. p. 211.
- PERES, Fumika. Administração em saúde: supervisão ensaio de interpretação. São Paulo, 1986. 344p. Dissertação (Mestrado de Saúde Pública) Universidade de São Paulo.
- PERRODIN, Cecília Maria. *Supervision de los servicios de enfermería*. Tradução por Núria Pares. México: Interamericana, 1965. 407p.
- PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930*. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.
- RICHARDSON, Roberto Jarry (col.). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989, 287p.
- ROBBINS, Stephen. *O Processo administrativo: integrando teoria e prática*. São Paulo. Atlas. 1978. 516p.
- ROCKENBACH, Lúcia Herta. A enfermagem e a humanização do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 38, n. 1, p. 49-54, jan./mar. 1985.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida. *Fundamentos de administração sanitária*. 2. ed. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1979. 387p.
- RODRIGUES, Maria de Lourdes. A Comunicação no processo de supervisão em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 29, n. 2. p. 91-96, abr./jun. 1976.
- SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. Programa de capacitação para qualidade total. Salvador, 1993. 57p. (digitado).
- SANTOS, Iraci dos. *Supervisão em enfermagem*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1987a. 88p.

- _____. Perspectivas associativas e conhecimento do enfermeiro referentes a ABEn. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 40 n. 4, p. 233-240 out./dez., 1987b.
- SANTOS, Lindete Amorim. *Avaliação em enfermagem: uma nova perspectiva*. Aracaju: Se-grase, 1988, 223p.
- SILVA, Eliete Maria. Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80. Ribeirão Preto, 1991, 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
- SILVA, Graciette Borges da. *A Enfermagem profissional brasileira: análise crítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989. 143p.
- SILVA, Maria da Luz. O enfermeiro frente à clientela psiquiátrica: preconceitos e estereótipos que determinam sua práxis. Rio de Janeiro, 1990. 157p. Tese (Livre Docência em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem UNI-Rio.
- TAKAHASHI, Regina Toshie. Sistema de informação em enfermagem. in: KURGANT, P. (coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 181 a 189.
- VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos, SANTIAGO, Maria Sônia Magalhães, HOLLANDA, Clauny Nobre. Diagnóstico de necessidades organizacionais: uma proposta metodológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 42, n. 1/2/3/4, p. 42-52, jan./dez. 1989.
- WILSON, Holly Skodol. *Research in nursing*. Califórnia. Addison Wesley Publishing Company. Nursing Division 2725 Gand Hill Road, Menlo Park. 1985. 583p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pan American Sanitary Bureau. Summary of year-year reports on health conditions in the Americans. Washington, 1958, p. 77-83.
- WRIGHT, Maria da Glória Miotto, CARNEIRO, Anamaria - O espaço da mulher brasileira e o espaço da enfermeira brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 38, n. 1, p.55-62, jan./mar. 1985.

Bibliografia Consultada

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel, MELLO, Débora Falleiros de, NEVES, Lis parecida de Souza Neves. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 44 n.2/3 p. 64-75, abr./set. 1991.
- AMARANTE, P.D.C. Trabalho e doença dos trabalhadores. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 12, p. 43-49, 1991.
- AZEVEDO, Antonio Carlos de. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. *Revista Paulista de hospitais*. São Paulo, ano 10 v. 40 n. 5 a 12. p. 53 a 59 maio/dezembro. 1992.
- BARROS, Stella Maria Pereira Fernandes de e ARAÚJO, Maria Jenny Silva. Produtividade com qualidade um desafio para a Saúde. Informativo ABEn. Brasília n. 1, p. 4-5, maio/ junho. 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços da saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. Brasília, 1992. 31p.
- _____. Ministério da Saúde. Avançando para a municipalização plena de saúde: o que cabe ao município. Brasília: MS/SAS, 1994. 52p.
- BUCCHERI, Rabin Cameron. Nursing Supervision: a new look at on old role. *Nursing administration quarterly*, v. 11, n. 1, p. 11-25, 1986.
- CARVALHO, Alzirene Nunes de, OLIVEIRA, Francisca Valda Silva de. A produção do serviço de enfermagem na atual conjuntura de saúde - Contribuição ao debate. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 43, n. 1/ 2/3/4, p. 7-13, jan./dez. 1990.
- CORADINI, S.R., BARBIANI, R. A profissional enfermeira frente às influências da evolução histórica da mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Rio Grande do Sul, v. 46, n. 3, p. 246-254, jul./set. 1983.
- DRUMOND, Regina Coeli Chassim. C. C. Q. *Círculo de controle de qualidade - uma realidade brasileira*. Belo Horizonte: o lutador, 1986. 152p.

- FARIA, Albino Nogueira de. *Chefia e liderança*. 2 ed. Rio de Janeiro: EDC. 1991. 219p.
- GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O que é método científico*. São Paulo: Pioneira. 1989. 226p.
- HAYES, Pamela M. Accountability: The supervisions an the system. *Nursing Management*. New Jersey, v.18, n. 4, p. 81-82, apr. 1987.
- LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. 214p.
- MARX, Lore Cecília. A importância da enfermagem na era da qualidade nos hospitais. *Revista Âmbito Hospitalar*. São Paulo n. 5, p. 15 e 16, maio 1992.
- MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. Salvador, 1994. 206p. Dissertação (Mestrado em Administração) Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia.
- MINAYO, Cecília de Souza, et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, 80p.
- MOBILIZING NURSING LEADERSHIP FOR PRIMARY HEALTH CARE - A guide for nurses associations and others. *International Council of nurses 3*, Jean-Marteau, Ch-1201. Geneva (Switzerland) 1986. p. 43-59.
- NERY, Inez Sampaio, FERNANDES, Walter - Supervisão de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 18-24, 1978.
- PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A qualidade total como recurso para a assistência de enfermagem. *Revista Hospital Adm e Saúde*. São Paulo, v. 18, n. 5, p. 275-279, set./out 1994.
- PAREDES, Juan de Dios. *La supervision y supervisión y la identificación y soluciones de problema*. Ministério de Salud Pública y Asistencia Social. Choluteca, Honduras. 1983. p. 371-399.
- REZENDE, Ana Lúcia Macela de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. 2. ed. São Paulo: Cortez. 1989. 159p.

- SANTOS, Iraci. Estilos gerências dos enfermeiros na área de recuperação da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 44, n. 2/3 p. 76-88. abr./set. 1991.
- _____. *Problemas de enfermagem: plano de ação*. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1990. 96p.
- SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 7, 1994. Fortaleza-Ceará. *Anais ... Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Ceará*, 1994. 203p.
- SANTOS, Isabel dos, VIEIRA, C. A. de B. Análise Crítica da prática atual de enfermagem no país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais...* Brasília: ABEn. 1979. p: 86-91.
- SIEVEK, Juanita. Night Supervisions: Breaking Through the Clouds of Stress. *Nursing Management*. v. 18 n. 1, p. 14-15. 1987. jan.
- SILVA, Maria Júlia Paes da. PEREIRA, Lúciene Lúcio, BENKO, Maria Antonieta. *Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva., 1989. 139p.
- SOUZA, Renilson Rehem. Qualidade em serviços de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1993. Recife-Pernambuco. *Anais...* Associação Brasileira de Enfermagem Seção Pernambuco, 1993 p. 43-52.
- TREVIZAN, Maria Auxiliadora. *Enfermagem Hospitalar: administração, burocracia*. Brasília. Editora Universidade de Brasília. 1988. 142p.
- TREVIZAN, Maria Auxiliadora, COSTA, Isabel Amélia, HAYASHIDA, Miyeto, GALVÃO, Cristina Maria. Liderança do enfermeiro no contexto hospitalar: expectativas do pessoal auxiliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 44, n. 1, p. 55-59, jan./mar. 1991.
- VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, ALVES, Maria Dalva Santos, MELO, Francisca Nelie de Paula. Transitoriedade do poder nas lideranças de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 43-48, jan./mar. 1991.

VIEIRA, Sônia. *Como escrever uma tese*. São Paulo: Pioneira, 1991, 82p.

YAMARCHI, Nanci Itaomi, MUNHOZ, Cibele Helena Ferrero. Conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da qualidade total.

Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 47, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 1994.

A N E X O S

ANEXO I

Feira de Santana, de 1994

ILMO (a). SR.(a) DR.(a).

MM.D. DIRETOR(a) DO HOSPITAL

Comunicamos a V.Sa. que estamos realizando um estudo sobre "**Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais de Feira de Santana-Ba**", que se destina a elaboração de dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Solicitamos a V.Sa. valiosa colaboração, no sentido de autorizar a nossa permanência nesta instituição para a realização da coleta de dados junto aos enfermeiros desta unidade hospitalar.

Atenciosamente,

Maria Lúcia Servo Leite - COREn-Ba 22544

Mestranda da E.E./UFBA

Docente da UEFS

Autora da Pesquisa

ANEXO II

Feira de Santana, de de 1994.

ILMO (a) SR(a)

ENFERMEIRO(A):

Comunicamos a V.Sa. que estamos realizando um estudo sobre "**Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais de Feira de Santana-Ba**", que se destina a elaboração de dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Solicitamos a V.Sa. valiosa colaboração, no sentido de responder os itens contidos no questionário.

Certa de vossa compreensão, antecipadamente agradece,

Maria Lúcia Servo Leite - COREn-Ba 22544

Mestranda da EE/UFBA

Docente da UEFS

Autora da Pesquisa

NOME: _____ CIENTE EM: _____

ANEXO III
QUESTIONÁRIO

Nº _____

DATA: _____

1ª PARTE - A ENFERMEIRA E AS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

A - PERFIL DA CLIENTELA ESTUDADA

1. Sexo:

Feminino Masculino

2. IDADE: _____

3. TEMPO DE FORMADO(A): _____

4. FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduado Mestre

Especialista Doutor

5. CARGO¹ QUE OCUPA NESTA INSTITUIÇÃO?

¹ - Cargo - é o posicionamento hierárquico na estrutura orgânica da empresa (MEZOMO, 1994).

6. VOCÊ TEM OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO?

() Sim () Não

7. NÍVEL SALARIAL² DESTA INSTITUIÇÃO

- () 1-- 3 Salários mínimos
- () 3-- 6 Salários mínimos
- () 6-- 9 Salários mínimos
- () 9 ou + Salários mínimos

8. AS POLÍTICAS DO SETOR SAÚDE TEM RELAÇÃO COM O SEU TRABALHO?

() Sim () Não

Justifique a sua resposta: _____

B - CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

9. TIPO DO HOSPITAL

() Geral () Especializado

10. ENTIDADE MANTENEDORA

() Municipal () Beneficente () Filantrópico

() Estadual () Federal () Particular

² - Valor do salário mínimo no período da coleta de dados.

11. CAPACIDADE DO HOSPITAL

- Grande porte (superior a 151 leitos)
 Médio porte (entre 50 e 151 leitos)
 Pequeno porte (inferior a 50 leitos)

12. CLIENTELA QUE ATENDE

- Particular Conveniados SUS

13. NÚMERO DE ENFERMEIROS(AS)

Total: _____ Em atividade: _____

14. A POSIÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA INSTITUIÇÃO, É A NÍVEL DE:

- Divisão Serviço Gerência
 Seção Setor Sub Gerência de Unidade de Atenção

15. A COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM PARTICIPA DAS DECISÕES POLÍTICAS E ADMINISTRATIVAS DA INSTITUIÇÃO?

- Sim Não Às vezes

Justifique a sua resposta: _____

16. EXISTEM INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS NESTA INSTITUIÇÃO?

- Sim Não

Em caso afirmativo, assinalar os que existem ou que estão em fase de elaboração:

- Organograma Regulamento Geral Normas
 Regimento Interno Rotinas Manual de Procedimento Técnicos

2ª PARTE - A ENFERMEIRA E A APLICAÇÃO DO PADRÃO DE SUPERVISÃO

C - PLANEJAMENTO

17. EXISTE PLANO DE TRABALHO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?

() Sim () Não

18. VOCÊ ELABORA PLANO INDIVIDUAL DE TRABALHO?

() Sim () Não

19. VOCÊ PLANEJA SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, quais as prioridades observadas no planejamento de suas atividades de supervisão? _____

20. VOCÊ REALIZA DE FORMA SISTEMATIZADA O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AOS CLIENTES?

() Sim () Não

D - EXECUÇÃO

21. QUAIS AS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO QUE VOCÊ DESENVOLVE DIARIAMENTE NESTA INSTITUIÇÃO?

- Técnicas

22. VOCÊ FAZ DEMONSTRAÇÃO DE TÉCNICAS DE ENFERMAGEM PARA OS MEMBROS DA EQUIPE?

() Sim () Não

23. VOCÊ REALIZA ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIOS RECÉM-ADMITIDOS EM SUA ÁREA DE ATUAÇÃO?

() Sim () Não

24. VOCÊ PARTICIPA DAS DISCUSSÕES DE GRUPO DE ENFERMEIRAS SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL?

() Sim () Não

25. VOCÊ FAZ ORIENTAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM?

() Sim () Não

26. VOCÊ REALIZA REUNIÕES COM OS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM?

() Sim () Não

Em caso positivo, informar:

Periodicidade () Semanal () Mensal () Bimestral

() Semestral () Anual

Finalidade: _____

- Instrumentos

27. VOCÊ UTILIZA OS INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS NO EXERCÍCIO DA SUA PRÁTICA?

() Sim () Não

28. VOCÊ USA ROTEIROS PRÉ-ESTABELECIDOS NO DESENVOLVIMENTO DE SUAS ATIVIDADES?

() Sim () Não

29. VOCÊ ELABORA RELATÓRIOS DE SERVIÇO?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, informar:

Periodicidade () Diária () Trimestral () Anual
 () Mensal () Semestral

Finalidade:

E - AVALIAÇÃO

30. QUAIS OS ASPECTOS OBSERVADOS NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS CLIENTES SEGUNDO SUA SUPERVISÃO?

31. COMO O SEU TRABALHO É AVALIADO NESTA INSTITUIÇÃO?

32 . QUAIS AS DIFICULDADES EXISTENTES NA INSTITUIÇÃO QUE LIMITAM O SEU TRABALHO DE SUPERVISÃO?

Justifique: _____

33. COMO SE SENTE TRABALHANDO NESTA INSTITUIÇÃO?

() Satisfeita () Insatisfeita

Justifique a sua resposta: _____

ANEXO IV

ELABORAÇÃO DE PLANEJAMENTO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS.
FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PLANEJAMENTO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Sim	31	37,3
Não	52	62,7
TOTAL	83	100,0

ANEXO V

PLANEJAMENTO E SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO S.E.
E DA ENFERMEIRA. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PLANEJAMENTO E SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES	PLANO DE TRABALHO DOS S.E.		PLANO INDIVIDUAL DE TRABALHO		PLANO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS		SISTEMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	58	69,9	38	45,8	37	44,6	26	31,3
Não	25	30,1	45	54,2	46	55,4	57	68,7
TOTAL	83	100,0	83	100,0	83	100,0	83	100,0

Legenda: SE - Serviço de Enfermagem

ANEXO VI

PRIORIDADES PARA O PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE SUPERVISÃO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PRIORIDADES PARA SUPERVISÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número de pacientes e grau de dependência;	31	37,3	52	62,7	83	100,0
Distribuição dos funcionários na Unidade através da escala diária e equipe plantonista;	20	24,1	63	75,9	83	100,0
Levantamento das necessidades estabelecimento de prioridades e recursos disponíveis;	23	27,7	60	72,3	83	100,0
Fator tempo.	05	6,0	78	94,0	83	100,0

ANEXO VII

PONTOS DAS ENFERMARIAS NO ITEM PLANEJAMENTO DE SUPERVISÃO. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PLANEJAMENTO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
1	9	10,8
2	29	34,9
3	19	22,9
4	15	18,1
5	9	10,8
6	2	2,4
TOTAL	83	100,0

$\Sigma = 241$ Média = 2,90 Desvio padrão = 1,27

ANEXO VIII

ATIVIDADES DE SUPERVISÃO DESENVOLVIDAS DIARIAMENTE
SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

ATIVIDADES DE SUPERVISÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientação e avaliação dos funcionários durante a execução das atividades para identificar necessidades de treinamento	56	67,5	27	32,5	83	100,0
Identificação das necessidades de assistência de enfermagem, através da visita diária aos clientes e participação na passagem de plantão	41	49,4	42	50,6	83	100,0
Prescrição de enfermagem	06	7,2	77	92,8	83	100,0
Leitura de relatórios	09	10,8	74	89,2	83	100,0
Previsão e provimento de recursos materiais e medicamentos e distribuição diária dos funcionários	08	9,6	76	90,4	83	100,0

ANEXO IX

UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS DE SUPERVISÃO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

TÉCNICAS	(1) REUNIÃO		(2) DEMONSTRAÇÃO		(3) ORIENTAÇÃO		(4) ENTREVISTAS		(5) DISCUSSÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	81	97,6	75	90,4	62	75,0	60	72,3	54	65,1
Não	02	2,4	08	9,6	21	25,0	23	27,7	29	34,9
TOTAL	83	100,0	83	100,0	83	100,0	83	100,0	83	100,0

LEGENDA:

- (1) Reunião com os membros da equipe de enfermagem
- (2) Demonstração de procedimentos de enfermagem
- (3) Orientação de estagiários de enfermagem
- (4) Entrevista com funcionários recém-admitidos
- (5) Discussão de grupo de enfermeiras sobre a prática profissional.

ANEXO X

REALIZAÇÃO DE REUNIÃO E PERIODICIDADE SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

A

PERIODICIDADE \ REUNIÃO	SIM				NÃO		TOTAL	
	MENSAL		BIMESTRAL		Nº	%	Nº	%
	Nº	%	Nº	%				
Sim	77	95,1	04	4,9	-	-	81	97,6
Não	-	-	-	-	02	2,4	02	2,4
TOTAL	77	92,8	04	4,8	02	2,4	83	100,0

ANEXO X

FINALIDADE DA REUNIÃO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

B

FINALIDADE DA REUNIÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Resolver questões inerentes ao serviço	57	68,7	26	31,3	83	100,0
- Avaliar a prática profissional	34	41,0	49	59,0	83	100,0
- Passar informes e orientações diversas	30	36,1	53	63,9	83	100,0
- Promover integração da equipe	16	19,3	67	80,7	83	100,0
- Planejar as atividades de serviço	05	6,0	78	94,0	83	100,0

ANEXO XI

UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE SUPERVISÃO SEGUNDO AS
ENFERMEIRAS, FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

INSTRUMENTOS DE SUPERVISÃO	RELATÓRIOS		INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS		ROTEIROS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	64	77,1	26	31,3	48	57,8
Não	19	22,9	57	68,7	35	42,2
TOTAL	83	100,0	83	100,0	83	100,0

ANEXO XII A

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS E PERIODICIDADE SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PERIODICIDADE RELATÓRIOS	SIM								NÃO		TOTAL	
	SEMESTRAL		MENSAL		TRIMESTRAL		OUTROS		Nº	%	Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Sim	32	50,8	21	33,3	7	11,1	03	4,8	-	-	63	75,9
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	20	100,0	20	24,1
TOTAL	32	38,6	21	25,3	7	8,4	03	3,6	20	24,1	83	100,0

ANEXO XII B

FINALIDADE DO RELATÓRIO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS . FEIRA DE SANTANA-
BA, 1994

FINALIDADE	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Avaliação do serviço	28	33,7	55	66,3	83	100,0
- Levantamento estatístico para produtividade	16	19,3	67	80,7	83	100,0
- Atendimento às normas	02	2,4	81	97,6	83	100,0
- Desconhece	27	32,5	56	67,5	83	100,0

ANEXO XIII

PONTOS DAS ENFERMEIRAS NO ITEM EXECUÇÃO DA
SUPERVISÃO. FEIRA DE SANTANA-Ba, 1994

EXECUÇÃO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
4	02	2,4
5	05	3,6
6	04	4,8
7	07	8,4
8	15	18,1
9	17	20,5
10	16	19,3
11	08	9,6
12	11	13,3
TOTAL	83	100,0

$\Sigma = 749,00$ Média = 9,02 Desvio padrão 1,99

ANEXO XIV

ASPECTOS OBSERVADOS NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
 AOS CLIENTES SEGUNDO SUPERVISÃO DA ENFERMEIRA.
 FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS CLIENTES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Observação do prontuário, relatórios e livro de ocorrência	43	51,8	40	48,2	83	100,0
Observação direta assistência prestada aos clientes	38	45,7	45	54,2	83	100,0
Visita diária aos clientes	16	19,2	67	80,8	83	100,0
Boletim de avaliação do cliente	16	19,2	67	80,8	83	100,0
Reunião com os funcionários	10	12,0	73	88,0	83	100,0

ANEXO XV

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA SEGUNDO OS
SUJEITOS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Relatórios, registro de ocorrências de prontuário	31	37,3	52	62,7	83	100,0
- Reuniões	17	20,5	66	79,5	83	100,0
- Visitas nas unidades	12	14,5	71	85,5	83	100,0
- Informações dos clientes, funcionários e equipe multiprofissional	06	7,2	77	92,8	83	100,0
- Não existe avaliação sistemática	29	27,7	60	72,3	83	100,0
- Resposta inadequada a questão	08	9,6	75	90,4	83	100,0

ANEXO XVI

DIFICULDADES EXISTENTES NA INSTITUIÇÃO QUE LIMITAM O
TRABALHO DE SUPERVISÃO SEGUNDO A ENFERMEIRA. FEIRA
DE SANTANA-BA, 1994

AVALIAÇÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Falta de autonomia profissional (centralização do poder)	67	80,7	16	19,3	83	100,0
- Interferência política partidária e ingerência administrativa	59	71,1	24	28,9	83	100,0
- Deficiência de recursos humanos quanti e qualitativa	56	67,5	27	32,5	83	100,0
- Deficiência de recursos materiais e ambiente físico inadequado (superlotação de leitos)	53	63,9	30	36,1	83	100,0
- Baixa remuneração	46	55,4	37	44,6	83	100,0
- Relações interpessoais insatisfeitas	45	54,2	38	45,8	83	100,0

ANEXO XVII

SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NA INSTITUIÇÃO SEGUNDO
AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

SATISFAÇÃO COM O TRABALHO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Satisfeito	35	42,2
Insatisfeito	48	57,8
TOTAL	83	100,0

ANEXO XVIII

PONTOS DAS ENFERMEIRAS NO ITEM AVALIAÇÃO DE
SUPERVISÃO. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

AVALIAÇÃO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
3	2	2,4
4	1	1,2
5	6	7,2
6	17	20,5
7	17	20,5
8	21	25,3
9	14	16,9
10	04	4,8
12	01	1,2
TOTAL	83	100,0

 $\Sigma = 607,0$

Média = 7.31 Desvio padrão = 1.61

ANEXO XIX

TOTAL DE PONTOS DAS ENFERMEIRAS NO PADRÃO
DE SUPERVISÃO. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

PADRÃO DE SUPERVISÃO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
0,23	1	1,2
0,28	1	1,2
0,29	2	2,4
0,30	1	1,2
0,31	3	3,6
0,32	1	1,2
0,33	4	4,8
0,34	1	1,2
0,35	3	3,6
0,36	3	3,6
0,37	3	3,6
0,38	2	2,4
0,39	1	1,2
0,40	4	4,8
0,42	5	6,0
0,43	5	6,0
0,44	4	4,8
0,45	10	12,0
0,46	3	3,6
0,47	3	3,6
0,48	1	1,2
0,49	3	3,6
0,50	1	1,2
0,51	2	2,4
0,52	4	4,8
0,53	2	2,4
0,54	3	3,6
0,55	1	1,2
0,56	2	2,4
0,58	1	1,2
0,60	1	1,2
0,61	1	1,2
0,65	1	1,2
TOTAL	83	100,0

$$\Sigma = 35,93$$

$$X = 0,43$$

$$S = 0,08$$

ANEXO XX

PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA
DAS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

FAIXA ETÁRIA \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 → 30	01	1,2	30	36,1	31	37,3
30 → 40	02	2,4	39	47,0	41	49,4
+ 40	-	-	11	13,3	11	13,3
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 0,61 \quad gl = 2 \quad p = 0,73570675$$

ANEXO XXI

PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO O TEMPO DE FORMADA
DAS ENFERMEIRAS. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

TEMPO DE FORMADA \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 → 5	01	1,2	25	30,1	26	31,3
5 → 10	02	2,4	36	43,4	38	45,8
+ 10	-	-	19	22,9	19	22,9
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$X^2 = 1,01 \quad gl = 2 \quad p = 0,60260171.$$

ANEXO XXII

ENFERMEIRAS SEGUNDO CARGO E FAIXA SALARIAL.

FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

CARGO	FAIXA SALARIAL	1-- 3		3--6		6-- 9		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chefe de unidade		03	3,6	30	36,1	08	9,6	41	49,4
Enfermeira assistencial		03	3,6	11	13,3	03	3,6	17	20,5
Coordenação dos serviços de enfermagem		01	1,2	04	4,8	-	-	05	6,0
Supervisora de enferm.		01	1,2	03	3,6	02	2,4	06	7,2
Enfermeiras de recursos humanos e educação continuada		01	1,2	-	-	04	4,8	05	6,0
Outros*		01	1,2	06	7,1	02	2,4	09	10,8
TOTAL		10	12,0	54	65,1	19	22,9	83	100,0

*Outros (Diretora administrativa, membro CCIH, banco de leite humano, custos, comissão de licitação e higiene e lavanderia hospitalar(3))

ANEXO XXIII

PADRÃO DE SUPERVISÃO SEGUNDO EXISTÊNCIA DE
OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO. FEIRA DE SANTANA-
BA, 1994.

OUTRO VÍNCULO \ PADRÃO DE SUPERVISÃO	SISTEMATIZADA		NÃO SISTEMATIZADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	01	1,2	38	45,8	39	47,0
Não	02	2,4	42	50,6	44	53,0
TOTAL	03	3,6	80	96,4	83	100,0

$$t^2 = 0,23; P = 0,62932739$$

ANEXO XXIV

NÚMERO DE ENFERMEIRAS SEGUNDO ENTIDADE MANTENEDORA E POSIÇÃO DO S.E. NAS INSTITUIÇÕES. FEIRA DE SANTANA-BA, 1994

CAPACIDADE	ENTIDADE MANTENEDORA		GOVERNAMENTAL				NÃO GOVERNAMENTAL				TOTAL	
			SERVIÇO		SEÇÃO		SERVIÇO		SETOR			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
	A	-	-	-	-	1	1,1	-	-	1	1,0	
B	-	-	-	-	2	2,4	-	-	2	2,4		
C	-	-	-	-	1	1,0	-	-	1	1,0		
D	-	-	-	-	4	5,0	-	-	4	5,0		
E	10	12,2	-	-	-	-	-	-	10	12,2		
F	-	-	-	-	15	18,0	-	-	15	18,0		
G	-	-	21	25,4	-	-	-	-	21	25,4		
H	-	-	28	34,0	-	-	-	-	28	34,0		
I	-	-	-	-	-	-	-	1	1,0	1	1,0	
TOTAL	10	12,2	49	59,4	23	28,4	-	1	1,0	83	100,0	

ANEXO XXV

INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS EXISTENTES NAS
 INSTITUIÇÕES, SEGUNDO AS ENFERMEIRAS. FEIRA DE
 SANTANA-BA, 1994

INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normas	60	79,0	16	21,0	76	100,0
Organograma	59	77,6	17	22,4	76	100,0
Rotinas	59	77,6	17	22,4	76	100,0
Regimento Interno	58	76,3	18	23,7	76	100,0
Manual de procedimentos técnicos	31	40,8	45	59,2	76	100,0
Regulamento geral	30	39,5	46	60,5	76	100,0

* percentual obtido executando-se 7 sujeitos que não responderam a questão.