

LIDERANÇA NA ENFERMAGEM BRASILEIRA: APROXIMANDO-SE DE SUA DESMITIFICAÇÃO*

Célia Alves Rozendo**

Elizabeth Laus Ribas Gomes***

ROZENDO, C.A.; GOMES, E.L.R. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. *Rev. latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 67-76, dezembro 1998.

O presente trabalho tem por objetivo apreender a visão que se tem da questão da liderança na enfermagem, através da análise crítica da literatura produzida predominantemente no Brasil sobre o tema, no período de 1930 a 1995, no sentido de contribuir para a sua desmitificação. Partindo do pressuposto que a enfermagem é uma prática social, portanto articulada às demais práticas de saúde, conduzimos a investigação à luz de uma abordagem histórico-social. Os dados empíricos foram extraídos a partir dos discursos sobre o assunto ou temas afins, contidos em 14 periódicos pesquisados (sendo 12 de enfermagem), anais de congressos, catálogos de pesquisas e pesquisadores, além de 3 teses. Para a análise dos dados seguimos uma delimitação temporal, distribuída em quatro períodos históricos, assim estabelecida com a intenção de manter a similaridade dos discursos peculiares a cada período. O estudo demonstrou que a questão da liderança na enfermagem vem sendo tratada na profissão de maneira cristalizada, idealizada, envolta por um caráter mítico, contribuindo para a manutenção do status quo e para uma certa alienação dos trabalhadores da área.

UNITERMOS: liderança, enfermagem, mito

1 - INTRODUÇÃO

Desenvolver um trabalho sobre a questão da liderança na enfermagem constitui-se em difícil tarefa, assim como é difícil tratar deste tema em qualquer área. Podemos mesmo dizer que é um desafio, em virtude de sua complexidade. Expressão de difícil e variada definição, a liderança é retratada na literatura sob os mais diferentes pontos de vista, cujos enfoques variam conforme a visão de mundo e formação do estudioso, do ponto focal de sua atenção e do interesse que move sua investigação.

A idéia, tanto da liderança quanto do líder, tem variado ao longo do tempo, como todo processo histórico, procurando responder às necessidades peculiares de cada época. Só para se ter uma idéia, na antiguidade Platão pensou o líder como um ser onisciente capaz de dar origem ao Estado ideal, de cujo caráter e direção esse líder seria o criador. Já Maquiavel acreditava no líder como sendo um grande homem onipotente, cuja crença deu origem à sua concepção do príncipe. Thomas Carlyle também

centralizou a questão da liderança na figura do líder. Ao contrário de Maquiavel (que defendia a malícia e a força como elementos geradores de poder, do qual a liderança seria dependente), Carlyle concebia o líder como um indivíduo possuidor de excepcional visão intuitiva da realidade, diante de quem todos deviam se curvar (JENNINGS, 1970).

Atualmente estas concepções são consideradas ultrapassadas e a figura do líder não é mais o ponto central das discussões, dando lugar a inúmeras teorias que foram elaboradas na tentativa de se produzir estratégias capazes de melhorar o desempenho dos sujeitos sociais na condução de outros sujeitos sociais, especialmente no interior das relações de trabalho. Estas teorias procuram diferenciar a liderança de outros temas centrais da administração, como chefia e gerência. Porém, acreditamos que, concretamente, para além dos ensaios teóricos, não parece existir diferença substancial entre estas expressões no contexto das relações concretas de trabalho.

* Este artigo é um desdobramento da dissertação de mestrado intitulada "Liderança na enfermagem: refletindo sobre um mito", defendida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, dentro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

** Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas; doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem (EERP-USP)

*** Professora Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

Diferentemente do que ocorre com a literatura na área da administração, na enfermagem costuma-se utilizar os termos líder e liderança com muito mais frequência do que chefia ou gerência, por exemplo. Na nossa opinião, isto pode revelar uma certa rejeição a estas denominações que se aproximam mais da visão clássica da administração, a qual é vista por muitos como ultrapassada e retrógrada.

Além disso, os termos líder e liderança parecem atenuar ou amenizar uma posição e uma função que a categoria de enfermeiros, de maneira geral, parece não aceitar. Referimo-nos às atividades de ordem administrativa e/ou burocrática que ocupam grande parte do tempo dos enfermeiros, gerando queixas quanto à indisponibilidade destes para prestar cuidados diretos aos pacientes. E estas queixas são provenientes, inclusive, dos próprios enfermeiros, que aparentam valorar negativamente a atividade administrativa dentro do processo de trabalho.

Mas, por outro lado, este pensar traz intrínseco uma contradição: se, aparentemente, os enfermeiros rejeitam esta condição, no contexto da divisão parcelar do trabalho auto preservam-se de atividades de caráter essencialmente manuais, delegando-as aos demais elementos da equipe, “menos preparados”. Reforçando esta idéia, citamos MENDES GONÇALVES (1994, p. 211) o qual afirma que *“enquanto administradora e executora do controle do processo de trabalho, a enfermeira passou possivelmente a ter, na relação hierárquica com o conjunto amplo de trabalhadores manuais dos hospitais, um sustentáculo importante. Talvez por motivos análogos seja tão importante preservar-se da execução das tarefas de seus subordinados nos Centros de Saúde, conservando apenas áreas ‘nobres’, como o trabalho em grupo, como possíveis áreas desejáveis de ação direta”*.

As considerações feitas até o momento nos levam a supor que a questão da liderança na enfermagem é colocada como algo dado, supostamente inquestionável, em que aos enfermeiros é conferido o *status* de líder da equipe de enfermagem. Esta idéia é transmitida nas salas de aula, nos programas de treinamento e aperfeiçoamento profissional, nos livros e artigos publicados, nos congressos e seminários das várias áreas de atuação e vai sendo reproduzida de forma linear sem que haja uma discussão mais profunda sobre o significado desse *status* e desse comportamento.

Neste trabalho, a liderança na enfermagem é vista segundo a perspectiva de que não é um fim em si mesma mas, ao invés, atende a determinadas necessidades e finalidades, presentes na atividade gerencial desenvolvida pelos enfermeiros, cuja finalidade é organizar o trabalho para possibilitar a prática do trabalho coletivo em saúde, o que vem se dando também através do controle dos

agentes de enfermagem e do trabalho por eles realizado.

Intentamos ponderar a discussão de modo a deixar claro que os acontecimentos, assim como as ações dos agentes que integram a enfermagem, não se dão “naturalmente” e tampouco correspondem a um maniqueísmo intencional e sectário, mas surgem a partir da dinamicidade intrínseca ao processo de trabalho, o qual busca responder aos interesses e necessidades emergentes.

Partindo destas inquietações, objetivamos apreender a visão que se tem da liderança na enfermagem, através da análise crítica da literatura produzida predominantemente no Brasil sobre a temática, no período histórico de 1930 a 1995. Partindo do pressuposto que a visão difundida é superficial, ideologizada e acrítica, acreditamos que este trabalho pode contribuir para sua desmitificação, desvelando-a à luz de sua finalidade histórico-social enquanto instrumento de controle utilizado pelo enfermeiro no exercício de sua função gerencial.

2 - A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Realizamos uma pesquisa bibliográfica da literatura produzida predominantemente no Brasil sobre o tema, no período de 1930 a 1995, sendo necessárias sucessivas aproximações. Numa primeira análise, constatamos que os trabalhos publicados tendo a liderança como tema central, além de serem em número muito reduzido (20 no total), não forneciam subsídios para responderem às nossas inquietações. Destes 20, 13 tratam especificamente da liderança na enfermagem, sendo que 1 foi publicado na década de 70 e os demais após 1980. A partir desta consideração, ampliamos o leque de assuntos pesquisados, procurando temas afins, como supervisão, chefia, gerência e organização de serviços, o que totalizou 118 artigos. Dentre estes, selecionamos aqueles (incluindo os de liderança) que traziam a palavra líder ou liderança, totalizando 85 artigos publicados em periódicos e anais de congressos, no período em questão.

Em relação aos periódicos, foram selecionados 12 de enfermagem editados no Brasil, além da Revista Educación Médica y Salud, de caráter multiprofissional, escolhida devido a sua ampla circulação e por incluir os discursos e as políticas sociais para o setor de saúde na América Latina, e ainda a Revista Paulista de Hospitais, pelo fato de conter um grande número de artigos da área de administração e também trazer muitas publicações de enfermagem.

Dessa forma, coletamos os dados em 14 periódicos, em anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, dos Simpósios Brasileiros de Comunicação em Enfermagem/SIBRACEN e dos Seminários

Nacionais de Pesquisa em Enfermagem/SENPE. Além destes, fizemos uso dos Catálogos de Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores do Centro de Pesquisas em Enfermagem e de 3 teses que versam especificamente sobre liderança na enfermagem ou que a trazem como um dos pontos centrais de discussão****.

Os artigos selecionados constituíram os dados empíricos deste trabalho e sofreram uma leitura minuciosa, a partir da qual extraímos as falas que se mostraram significativas para o estudo. Tais falas representam os discursos da enfermagem nos vários momentos históricos desde sua institucionalização no Brasil. A análise foi realizada tendo como pano de fundo as transformações políticas, sociais e econômicas vivenciadas pelo país, em que procuramos visualizar a enfermagem dentro deste contexto, procedendo da mesma forma com a questão da liderança.

Utilizamos-nos dos acervos da Sala de Leitura Gleite de Alcântara, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na cidade de Ribeirão Preto; da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo - Campus de Ribeirão Preto, bem como do seu Serviço de Comutação Bibliográfica - COMUT; da biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo; e, finalmente, da Biblioteca Regional de Medicina - BIREME, na cidade de São Paulo.

Com o olhar voltado para a perspectiva histórico-social, analisamos os dados seguindo uma delimitação temporal, distribuída em quatro períodos históricos. O primeiro, de 1930 a 1949, com 8 artigos; o segundo, de 1950 a 1969, com 30 artigos; o terceiro compreende a década de 70, com 19 artigos; o quarto e último, de 1980 a 1995, com 28 artigos. Esta periodização foi estabelecida com o objetivo de manter a similaridade dos discursos peculiares a cada período, em conformidade com o contexto próprio a cada um destes momentos. Significa dizer que a análise foi realizada de forma a estabelecer relações entre o objeto do estudo e o contexto histórico, político e social em que a enfermagem estava e está inserida, sem qualquer preocupação com a questão quantitativa que o estudo pudesse suscitar.

3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. As primeiras expressões do controle do trabalho de enfermagem no Brasil (1930-1949)

Até o final do século passado, no Brasil, a enfermagem era praticada por leigos e religiosos, sendo exercida com uma certa independência das demais práticas de saúde. Contudo, profundas mudanças de ordem política, social e econômica geraram a necessidade de se construir uma nova organização das práticas de saúde, com o Estado assumindo o controle oficial destas práticas.

Neste conjunto de mudanças, tanto a enfermagem quanto a medicina fizeram parte do projeto social da época para o setor saúde, cuja intenção era o controle da crescente e marginalizada população urbana. O saber e a prática de enfermagem, neste processo de estruturação, tornam-se subordinados ao saber e à prática médica. O cenário que se descortinava retratava um país em transformação, aderindo tardiamente ao sistema capitalista de produção, fortemente dependente dos países centrais e passando do regime monárquico para o republicano.

Em meados do século XIX dava-se início a mudanças na estrutura econômica do país, com o aparecimento da urbanização e do mercado interno, abrindo caminho para a industrialização. O saneamento das cidades torna-se imprescindível ao combate das epidemias, prejudiciais ao desenvolvimento do comércio externo e ao processo de imigração, o que levou o governo republicano a esboçar, no início do século, uma política sanitária no sentido de combater as doenças transmissíveis que assolavam o país, em função dos interesses da economia exportadora do café.

Durante a década de 20, toma forma o quadro institucional e a intenção política que apontam para a centralização das ações de saúde em âmbito nacional, criando-se, em 1922, o Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP (SILVA, 1986). Sob a coordenação de Carlos Chagas, o DNSP consagrou-se como uma das tentativas de estruturação dos serviços de saúde pública, com a função precípua de combater os freqüentes

****As teses pesquisadas foram:

01. TREVIZAN, M.A. Liderança do enfermeiro: O ideal e o real no contexto hospitalar. Ribeirão Preto, 1989. 166 p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
02. LUÍS, M.A.V. Uma situação de trabalho ou, enfermeiro, a identidade negada. Ribeirão Preto, 1991. 328p. Tese (dotorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
03. KURCGANT, P. A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática em hospital. São Paulo, 1992. 125p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo

episódios epidêmicos que as ações campanhistas não conseguiram debelar.

O projeto veiculado pelo DNSP propunha a incorporação do modelo médico sanitário em vigor nos Estados Unidos, o qual defendia a idéia de promover uma consciência sanitária no indivíduo através do processo de educação orientado para este fim, extensivo a toda população (RIBAS GOMES, 1991).

É neste cenário que nasce a enfermagem moderna no país, aqui implantada na década de 20 com o propósito de contribuir para o projeto político traçado para o setor saúde, o qual ia ao encontro dos interesses e do pensamento dominantes da época, no sentido de que as novas profissionais pudessem espalhar-se por todo o país, *“de Norte a Sul, em cada recanto da terra, visitando todo lar pobre a fim de levar ensinamentos de hygiene”* (FRAENKEL, 1932, p. 11).

Assim, a enfermagem moderna brasileira nasce vinculada à saúde pública, com a finalidade básica de contribuir para o controle das epidemias, favorecendo o controle social das doenças e dos doentes. O fato de não haver enfermeiras qualificadas para que os objetivos do DNSP fossem atingidos, bem como a incorporação das ações de assistência à saúde nos moldes daquelas praticadas nos Estados Unidos, resultou na contratação de enfermeiras americanas para a criação do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, cujo primeiro passo foi a criação de uma escola (mais tarde denominada Escola Anna Nery), sob o patrocínio da Fundação Rockefeller.

O objetivo inicial do DNSP era diplomar enfermeiras para desenvolver ações de saúde pública, em substituição ao trabalho das visitadoras de higiene, entretanto isto não aconteceu. Na prática, coube às enfermeiras as atividades de teor administrativo, apesar da ênfase no aspecto clínico e assistencial de sua formação. Embora a intenção inicial fosse preparar o maior número possível de enfermeiras para atuarem na atenção primária, a formação das profissionais se deu marcadamente no meio hospitalar.

A literatura produzida no período histórico de 1930 a 1949 levanta a preocupação com a formação das enfermeiras, bem como com a definição de seu papel. Após 3 anos de estudo, as novas trabalhadoras eram absorvidas no mercado de trabalho com a responsabilidade explícita *“de orientar os serviços de enfermagem e mesmo de manter a ordem e o assêio das enfermarias...”* (PAIXÃO, 1947, p.24). Cabia a elas a responsabilidade pelo controle do espaço físico, dos doentes e dos demais agentes da equipe de enfermagem. Sua atuação deveria estar voltada para a manutenção da ordem, da harmonia e da organização do trabalho, de modo a *“satisfazer o médico, o que tem importância na revelação deste para com o doente”* (CARVALHO,

1947, p. 32).

Neste sentido, ainda segundo esta autora, *“a enfermeira chefe ocupa a posição chave da instituição inteira”*, podendo ser considerada a *“alma de uma enfermaria”*, pois *“dela depende o bom andamento do serviço, o bem estar dos doentes e a satisfação íntima de quem trabalha sob sua direção”* (LEITE, 1947, p. 34). A enfermeira, então, seria um elemento importante para *“fazer funcionar”* a instituição, especialmente através de atividades de controle e orientação dos trabalhadores, compreendidas na função de supervisão.

Percebemos, aqui, a valorização de um determinado aspecto do processo de trabalho em enfermagem: o organizativo e gerencial, atrelados ao momento mais intelectual do trabalho, desenvolvido pela enfermeira-chefe devido a sua formação profissional, uma vez que a maioria absoluta dos demais trabalhadores de enfermagem não possuía qualquer tipo de qualificação formal. À ela cabia a posição intermediária entre a cúpula e a grande massa colocada na base da hierarquia dos serviços de saúde. Esta posição intermediária também é assumida perante a população. Tanto em saúde pública quanto em serviços hospitalares, a enfermeira funcionaria como agente controlador e aglutinador, devendo *“incutir no espírito de seus subordinados a necessidade de cooperação no trabalho”* (LEITE, 1947, p. 35).

Na década de 40, especialmente na sua segunda metade, aumenta o interesse pelas atividades desempenhadas pela enfermeira-chefe e pela formação desta profissional, cuja preocupação central era o atendimento da necessidade de preparação para o exercício gerencial. Aqui há referência de se ter na enfermeira um elemento líder, ou pelo menos, o desejo de que ela viesse a ser líder. Contudo, esta liderança aponta para um caminho um tanto cristalizado, no sentido de ser colocada como algo posto, dado, indiscutível. Como podemos ver no trecho a seguir, a enfermeira precisava saber *“que é considerada líder na enfermaria”* e, assim, *“é tida como exemplo e que ficam mais em foco os seus defeitos do que as boas qualidades”* (LEITE, 1947, p. 34).

A enfermeira deveria, em seu exercício profissional, *“ter um bom plano de trabalho e uma justa distribuição do mesmo, entre os seus subordinados. Isto dará a todos o senso de ordem, de imparcialidade, de segurança e cada um se compenetrará do seu dever; coisa preciosa em uma organização”* (LEITE, 1947, p. 35). O anseio era, então, de incrementar as fileiras de enfermeiras chefes que viessem a construir uma profissão sólida e valorizada, construção esta por elas *“liderada”*. Para tanto, estratégia considerada importante era a *“seleção das alunas, procurando canalizar para as escolas maior número de candidatas cuja*

personalidade e cultura sejam um presságio de liderança” (PAIXÃO, 1947, p. 23).

3.2. A emergência da concepção do trabalho em equipe (1950-1969)

Em decorrência da segunda guerra mundial, em 1942 é criada a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de preservação da paz mundial. Juntamente com ela, surgem outros organismos internacionais especializados e com finalidades específicas, entre eles a Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1945, por ocasião da Conferência de Yalta, o mundo é dividido em duas grandes direções ideológicas: o capitalismo e o comunismo. A partir daí, instala-se o confronto entre a União Soviética e os Estados Unidos, as duas grandes potências representativas de cada uma destas direções. Com a finalidade de preservar a hegemonia entre os países capitalistas ocidentais, os Estados Unidos passam a promover uma intensa política de intervenção nos assuntos internacionais de tais países, especialmente aqueles do chamado Terceiro Mundo.

Sob a justificativa de combate à fome e à miséria, a política adotada pelo governo americano privilegia o fornecimento de alimentos e de recursos agrícolas objetivando o aumento de produção deste setor nos países capitalistas periféricos, o que ajudaria a tornar as populações resistentes às idéias comunistas (IYDA, 1994). Neste período o setor saúde recebe grandes investimentos e cooperação de organismos internacionais e interamericanos na América Latina. Uma das conseqüências deste fato foi a criação dos Serviços Cooperativos de Saúde, com a finalidade de promover assistência de saúde nas regiões consideradas estratégicas para o desenvolvimento econômico dos países. No Brasil, este fato expressa-se através da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Neste período, verifica-se o aceleração do processo de urbanização e desenvolvimento das forças produtivas. O discurso governamental brasileiro apontava para a valorização do homem como parte do projeto político de reconstrução nacional, cujos esforços se concentram na área rural. Neste sentido, priorizava-se, na saúde, a atenção médico-social rural e a assistência à maternidade e à infância, a partir da década de 50.

Embora a prática de medicina preventiva tenha sido incrementada neste período, o panorama acima demonstrado concorreu para o desenvolvimento da indústria hospitalar, a qual alcança um crescimento significativo entre 1940 e 1960, contribuindo para o estabelecimento da hegemonia da prática clínica sobre a prática sanitária, situação que perdura até os dias atuais. O desenvolvimento da atividade médica hospitalar, por sua vez, provoca uma maior divisão do trabalho e o

aparecimento de novos trabalhadores da saúde, constituindo-se numerosas especialidades e especialistas.

Acordos de cooperação bilateral entre o Brasil e os Estados Unidos foram estabelecidos e os mesmos previam, entre outras coisas, o intercâmbio de profissionais entre os dois países. Tal fato possibilitou a ida de muitas enfermeiras brasileiras àquele país para que pudessem se especializar, assim como a vinda de enfermeiras americanas para fins de assessoria, o que exerceu forte influência na organização das escolas e na formação das enfermeiras brasileiras.

A prática de enfermagem, diferentemente do que ocorre no período anterior, torna-se predominantemente hospitalar, como conseqüência do desenvolvimento da medicina, do hospital, da tecnologia e das mudanças econômicas e políticas ocorridas. Contudo, a assistência direta ao paciente continua sendo prestada pelo pessoal auxiliar, devido ao pequeno número de enfermeiras. Os serviços de enfermagem eram organizados de forma a favorecer a instituição e o desenvolvimento das atividades, em especial aquelas realizadas pelos médicos. Neste sentido, elas se encarregariam de *“interpretar com os funcionários as ordens emanadas da administração, de mostrar o espírito das mesmas, de conseguir que as aceitem e cumpram”* (NOGUEIRA, 1955, p. 42).

Neste modo de estruturação dos serviços, a figura da enfermeira ocupa papel de destaque, pois é ela a responsável pela condução do pessoal de enfermagem, é ela o elemento que serve de elo entre os “superiores” e os “subordinados”. É ela quem, em cada unidade de enfermagem, trabalhará *“no sentido de conseguir ‘o espírito de corpo’, isto é, todas as pessoas da equipe devem ter entusiasmo por tudo o que diz respeito ao hospital. Esse espírito somente se conseguirá se houver bom entendimento entre a direção do hospital e os funcionários, por intermédio dos chefes imediatos”* (NOGUEIRA, 1955, p. 42).

Pode-se dizer que o período retratado (1950-1969), com destaque para a década de 60, pode ser considerado o marco para a ênfase dada à questão da liderança no exercício da enfermagem, especialmente a partir da concepção do trabalho em equipe. Nesta concepção, tanto a líder quanto a liderança ocupam lugares de destaque. Porém, é interessante salientar que tanto uma quanto a outra não parecem assumir características diferentes nesta nova proposição; ou seja, não parece haver uma mudança substancial na prática destes sujeitos agora chamados líderes.

Parece, então, que é mais uma questão de retórica e sinonímia do que de mudança efetiva, uma vez que o trabalho da líder parece atender a mesma finalidade que a enfermeira-chefe atenderia. A esta líder não caberia desempenhar atividades ou seguir um plano que tenha sido planejado e elaborado por ela e muito menos pelo

grupo, mas, na realidade, cumprir normas e determinações pré-estabelecidas pela organização, a qual, *“nada mais espera da enfermagem que essa fidelidade a um modelo, a cópia o mais perfeita possível de uma imagem pretraçada...”* (ROCHA, 1962, p. 300).

Neste período continua forte a preocupação com a estrutura do serviço, com a produtividade, com a eficiência e com a economia de tempo e de energia, acreditando-se que isto *“reverterá em benefício do próprio doente e do hospital, que poderá com o mesmo dinheiro obter uma produção maior do pessoal de enfermagem...”* (CHIARIELLO & CARVALHO, 1953, p. 190).

Neste sentido, a liderança é considerada um instrumento importante para o desempenho de tais atividades, as quais, acredita-se, incidem diretamente na qualidade da assistência. A enfermeira funcionaria como agente eficaz de manutenção da ordem pré-estabelecida, através do exercício do controle, legitimado por sua autoridade formal. Tal controle não diz respeito apenas ao pessoal subordinado, mas atinge grande parte da vida organizacional, incluindo o que se relaciona com material, equipamentos e medicamentos.

Considerada a líder “natural” da equipe de enfermagem, a enfermeira deveria estar preparada para assumir o papel de condutor do grupo. Como tal, ela seria predestinada para o exercício da liderança, não podendo fugir ao curso regular dos acontecimentos – que neste caso seria o título, papel ou algo parecido – de líder da equipe, tão logo assumisse um serviço de enfermagem.

Então, podemos considerar que neste momento histórico o controle desenvolveu-se sob os auspícios da liderança. Embora tenha havido, ao nível do discurso, a intenção de colocar a liderança como instrumento de transformação, procurando diferenciá-la da chefia e da gerência, esta tentativa foi tênue, quase insignificante. Às vezes, esquivando-se um pouco do controle direto faz-se uso de estratégias de manipulação, clara tergiversação para escamotear a finalidade de seu papel.

3.3. A racionalidade administrativa e a racionalidade clínica (1970-1979)

Neste período a América Latina é palco de sucessivas crises econômicas, evidenciadas pelo crescimento da dívida externa, diminuição do produto interno bruto, redução das importações, desemprego e diminuição dos investimentos. Na tentativa de solucionar tais problemas, os governos latino-americanos adotaram medidas que visavam a dinamização da economia, reduzindo os gastos, aumentando o mercado interno, mudando a política de comércio internacional e, por fim, procurando fortalecer a integração dos países do continente, iniciada na década de 60.

Do mesmo modo que no período anterior, a prática curativa, especialmente no âmbito hospitalar, continua hegemônica mas começa a sofrer algumas críticas ainda na década de 70, em função do surgimento das políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde das populações das regiões rurais e marginais. Tais políticas adquirem um caráter universal em 1977, quando a 30ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS) aprova uma resolução que estabelece a “saúde para todos no ano 2000” como uma meta de todos os governos e da OMS, através da estratégia de Atenção Primária à Saúde.

No bojo desta nova ordem estabelecida, o Brasil participa dos programas de cooperação e desenvolvimento socioeconômico proposto para a América Latina, levando a cabo várias experiências de integração das ações de saúde, presentes também no enfoque de Planejamento Normativo, através dos Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND).

As mudanças esperadas ou iniciadas no setor saúde repercutem no aspecto educacional, gerando um repensar na formação dos profissionais da área. Este repensar inclui desde o barateamento dos custos de assistência até uma reorientação da formação deste pessoal, de forma a readequá-la procurando atender aos pressupostos do novo modelo, bem como as exigências econômicas daquele momento histórico.

A prática de enfermagem continua centralizada no âmbito curativo, predominantemente hospitalar, sendo que começam a aparecer reflexões quanto ao caráter desta prática, que assinalam a necessidade de mudança do enfoque administrativo para o clínico-assistencial. Inicia-se, então, uma reorientação da formação das enfermeiras através das propostas de reformas curriculares visando readequar estas profissionais à intencionalidade da atenção primária, até mesmo porque surge a preocupação com a perda do controle que as enfermeiras detinham sobre determinadas ações de saúde pública, devido ao avanço do pessoal auxiliar na execução de tais ações, especialmente as de cunho assistencial.

Vê-se, aqui, uma preocupação com a possível perda da “liderança” da enfermeira na assistência ao paciente. Neste sentido, inicia-se a construção de um currículo mínimo que venha *“a possibilitar o desenvolvimento de programas que assegurem a formação do tipo de enfermeiros de que o país necessita, nessa sua fase de prosperidade e de realização no campo da saúde – um profissional altamente qualificado, capaz de assumir o seu papel de líder da equipe de enfermagem e de membro eficiente da equipe de saúde”* (CARVALHO, 1970, p. 27).

Embora haja todo um discurso oficial de reorientação das práticas de saúde para a atenção primária e, no caso da enfermagem, uma tentativa de “resgatar”

para a enfermeira a essência do trabalho de enfermagem – o cuidado, a realidade da prática de saúde no país continua caracterizada pelo aspecto curativo e exercida predominantemente no ambiente hospitalar. Na década de 70 os serviços de enfermagem intensificam a burocratização iniciada de forma incipiente nos anos anteriores. Sem perder de vista os princípios basilares da Gerência Científica e da Escola de Relações Humanas, a enfermagem utiliza-se dos princípios da Burocracia para fazer frente à complexidade das organizações e ao aumento dos serviços.

Imerso na ambigüidade e contradição do discurso das enfermeiras, o exercício da atividade burocrática é dissimulado pela fala da administração da assistência. A introdução das teorias de enfermagem no Brasil, no início dos anos 70, juntamente com o pensamento emergente na América Latina que advogava o redimensionamento do enfoque administrativo para o assistencial, influenciam sobremaneira o discurso da enfermagem no sentido de se privilegiar o aspecto de sua prática relativo ao cuidado.

Neste contexto, *“o fato de trabalhar em conjunto com outros elementos, profissionais ou não, faz com que a liderança seja, para a enfermeira, a principal arma ou seu ponto fraco”* (SECAF, 1977, p. 250). Verifica-se, pois, uma expectativa exagerada tanto em relação ao desempenho da enfermeira, quanto às possibilidades da liderança, especialmente levando-se em conta a percepção que se tem acerca desta e de sua finalidade objetiva, ambas carregadas de mitificação. Coloca-se sob a responsabilidade da enfermeira uma “missão” que o seu caminhar histórico ainda não permite cumpri-la.

3.4. A enfermagem enquanto prática social (1980-1995)

As modificações econômicas do final da década de 70 atingiram não apenas os países da América Latina, mas todos aqueles que contraíram pesadas dívidas, incentivadas pelos juros baixos provocados pelos excedentes dos países petroleiros. Tais países se vêem, então, diante de um estrangulamento cambial, redundando numa violenta crise econômica, financeira e social. O Brasil foi atingido por estes acontecimentos no momento em que procurava dar seu passo decisivo rumo à consolidação do processo de industrialização dentro de uma economia exportadora, frustrando a estratégia desenvolvimentista.

No plano político, a partir de 1979, o país inicia um processo de redemocratização após a extinção do AI-5 pelo regime autoritário, sua principal arma jurídica de repressão, levando a uma crescente participação popular, culminando com as eleições diretas para a presidência da república em 1989, depois de quase 25

anos de ditadura militar.

Integrando a dinâmica dos movimentos sociais, o sistema de saúde brasileiro presencia grandes mudanças. Em 1980, agrava-se a crise financeira da Previdência Social, pondo em risco as políticas sociais necessárias ao governo militar autoritário. Ao mesmo tempo, aumenta a participação dos movimentos populares emergentes, levando-os a efetuar críticas ao modelo de saúde vigente.

Os anos 80, também para a enfermagem, são marcados por um repensar de sua prática, enquanto prática social, articulada com as demais práticas de saúde. Embora a visão reducionista da economia insista em rotular este período como a “década perdida”, não se pode deixar de reconhecer que a efervescência política, os movimentos populares e a luta pela redemocratização do país foram fundamentais para a construção de pensamentos e movimentos que buscaram um caminho rumo à transformação da sociedade e das práticas de saúde.

Assim, nesta década, a enfermagem incorpora ao seu discurso os pressupostos da Reforma Sanitária e participa dos embates e lutas que garantiram a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Verifica-se também, neste período, uma grande publicação de trabalhos que procuram entender a enfermagem articulada a questões mais amplas, resultando num significativo salto teórico.

Tal avanço teórico, contudo, não tem reflexo na prática que, assim como nos períodos antecessores prossegue, predominantemente, na área hospitalar e na atenção curativa. Os serviços de saúde, ao contratar uma enfermeira, também agora, esperam que ela *“supervisione as atividades de enfermagem executadas pelos elementos de outras categorias de enfermagem”* (MARX & SECAF, 1985, p. 66), o que implica dizer que a atividade gerencial da enfermeira permanece centrada no controle dos agentes de enfermagem e do seu trabalho.

Se na década de 70 o discurso da enfermagem procurava “resgatar” o caráter assistencial da prática do enfermeiro, a partir dos anos 80 há o reconhecimento da atividade administrativa enquanto instrumento de trabalho, sem, contudo, deixar de apontar que ela tem visado *“muito mais facilitar o serviço de outros profissionais na realização de suas tarefas na unidade de internação do que concretizar os objetivos de seu próprio serviço”* (TREVIZAN et al., 1989, p. 17).

Os serviços de enfermagem permanecem elegendo o trabalho em equipe como o sistema mais “apropriado” para o desenvolvimento das ações de enfermagem. Porém, a este respeito, ainda na primeira metade da década começa-se a constatar que o chamado trabalho em equipe *“está longe de ser o esperado. Os elementos participantes da equipe demonstram pouca*

ou nenhuma satisfação; o paciente não é visto como um todo e sim em pequena parcela onde cada elemento da equipe é responsável por uma determinada tarefa” (ÉVORA, 1984, p. 39).

Significa dizer que o cotidiano da prática de enfermagem continua privilegiando os aspectos técnicos, a divisão de tarefas, a fragmentação do cuidado e das pessoas nele envolvidas, à medida que o processo de trabalho em saúde encaminha a organização dos serviços para a racionalidade, almejando a produtividade e a economia. Neste sentido, o controle permanece sendo o principal instrumento para alcançar esta finalidade, conferindo à liderança uma dimensão importante.

O discurso oficial anunciava a importância da liderança para que as transformações desejadas fossem efetuadas. Os líderes, então, deveriam ser pessoas socialmente comprometidas e com uma visão ampliada do contexto sócioeconômico e político do qual fazem parte. A própria Organização Pan-Americana de Saúde passa a focar a questão como muito importante para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde.

No caso particular da enfermagem, embora considere-se que haja falta de liderança efetiva, também aqui neste período, esta “liderança” permanece creditada à enfermeira, um suposto atributo básico e inquestionável. Este aspecto é colocado na literatura pesquisada com uma certa regularidade e uniformidade, não sofrendo grandes alterações com o passar do tempo, o que parece favorecer sua cristalização nesta posição, prejudicando a possibilidade de diálogo e de democratização das relações entre a enfermeira e os demais agentes de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos procurando colocar, ao longo desse estudo, a tendência da questão da liderança na enfermagem, aqui entendida como a cristalização de uma idéia, de um pensamento, aparentemente aceitos pela totalidade dos trabalhadores da área, em que a enfermeira é colocada no centro da discussão. Talvez fosse mais coerente dizer, da falta de discussão.

Isto porque, na qualidade de mito, não se permite diálogo nem questionamentos, é algo para ser simplesmente aceito. Da mesma forma, ainda na qualidade de mito, permite uma infinidade de interpretações, originadas nas “*várias correntes determinantes do pensamento nas várias épocas*” (JABOUILLE, 1993, p. 13). Como tal, mantém um parentesco com os modelos, em que a principal semelhança é expressa pelo simbolismo, implicando em sério erro a compreensão literal de ambos. Implica dizer que o entendimento da liderança na enfermagem enquanto

fenômeno que comporta uma face mítica, necessita ser desvelada, resgatada de seus simbolismos, para ser compreendida na sua essência. Essa compreensão da sua essência leva inevitavelmente ao entendimento de que ela não é uma invenção arbitrária, mas tem uma razão de ser.

Se a partir da década de 80 a enfermagem nacional passa a repensar sua prática, suas dificuldades e determinações, iniciando um processo de reconstrução de um conhecimento que permitiu e que vem avançando na compreensão acerca de suas finalidades enquanto prática social articulada às demais práticas de saúde e inserida no modo de produção capitalista, pode-se dizer que a discussão em torno da liderança na enfermagem não produziu avanço semelhante.

Significa dizer que a sua finalidade precípua, que é a de controlar os agentes de enfermagem, assim como o trabalho por eles realizado, é camuflada sob outras supostas finalidades mais “nobres”. Neste sentido, ela confunde-se com a gerência, embora os autores que abordam a questão façam tentativas de diferenciar uma da outra. É importante salientar que a partir da década de 80 parece crescer o interesse sobre o assunto no país, pois é a partir deste momento que se tem a maioria absoluta dos trabalhos publicados. Embora tais trabalhos tragam uma colaboração importante para o entendimento da questão, sobretudo do ponto de vista teórico, seguramente não fazem uma análise mais aprofundada do ponto de vista crítico da sua finalidade. Com isso, ao nosso ver, tais estudos reforçam o caráter mítico e idealizado que cerca a questão.

A prática cotidiana do enfermeiro, contudo, e até mesmo seu discurso têm mostrado que ambas, gerência e liderança não diferem entre si nem em forma nem em conteúdo. Isto significa que a questão continua a ser vista pelos profissionais da área de maneira mítica, envolvida por simbolismos que dificultam o seu entendimento dentro de uma perspectiva mais realista.

Dentro dessa dinâmica, gostaríamos de destacar algo que consideramos fundamental em toda a discussão empreendida no presente estudo: a desconsideração dos trabalhadores “liderados” na enfermagem. Eles são colocados como depositários do saber, do controle e, de certo modo, da vontade da enfermeira. Fica claro que as relações estabelecidas entre aqueles que estão mais ao lado do trabalho intelectual e aqueles que estão mais próximos do trabalho manual, referem-se a relações de (frágil) poder autoritário, não compartilhado e de reduzida dialogicidade.

Assim, quando se fala em transformação na enfermagem, fala-se primordialmente na atuação da enfermeira e não se considera que a história da profissão e sua inserção na sociedade se dão através do trabalho do conjunto de trabalhadores da enfermagem. Em vez de percebidos como atores sociais, portanto construtores de

sua própria história, estes agentes são, na realidade, vistos como objetos, sujeitados a cumprir decisões, ordens e determinações das quais não tiveram nenhuma, ou quase nenhuma participação. Não pretendemos, com isso, colocar as enfermeiras na posição de algozes e o pessoal auxiliar de vítimas, mas chamar a atenção para o fato de que não pode haver transformação possível sem a participação efetiva desses trabalhadores.

Neste sentido, a liderança *“no se refiere simplemente a un rasgo de carácter natural o a una cualidad simplificada, sino que se define como el logro de una posición que se conquista en la lucha cotidiana por una concepción más explícita del quehacer y del entorno”* (INFANTE, 1992, p. 246). Implica dizer que a liderança na enfermagem deve ser resultado da luta diária dos indivíduos que a compõem, deve ser resultado do trabalho coletivo, partilhado, democratizado. Deve ser, fundamentalmente, resultado da valorização e do reconhecimento de todos os atores envolvidos no processo de construção diária do futuro.

E a construção do futuro só pode ser obtida através de um *quehacer* cotidiano, reflexivo, partilhado, democrático, um *quehacer* em que todos são sujeitos de sua prática e de sua história, são construtores desse futuro. Para tanto, faz-se necessário romper com determinadas práticas autoritárias, rumo à construção de uma práxis, que *“é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo”* (FREIRE, 1992, p. 38).

Neste sentido, é mister pensar a liderança como um instrumento a serviço da mudança efetiva. Uma liderança que, ao abandonar a manipulação, adota o testemunho e a ação reflexiva como elementos de organização dos trabalhadores. Uma liderança que, ao não dizer sua palavra sozinha, mas em comunhão com os outros atores sociais, não oprime, mas age em busca da liberdade e da justiça. Uma liderança que é capaz de reconhecer outras lideranças e, ao fazê-lo, superar o que Paulo Freire chama de *“cultura do silêncio”*, a qual é gerada nas estruturas opressoras e tem a potencialidade de impedir que os homens se percebam como tais, em toda sua humanidade, criadora e livre.

Essa é a prática que, no nosso entendimento, pode conduzir os trabalhadores de enfermagem à superação de um mito e à construção de uma *práxis*. Uma *práxis* que pode elevar os trabalhadores de enfermagem à condição de construtores de seu tempo, sua história, sua vida. Uma *práxis* que leve ao entendimento da questão da liderança na enfermagem não como um *a priori*, uma prerrogativa da enfermeira, mas como algo a ser construído pelo conjunto de seus trabalhadores, a partir de seu trabalho cotidiano e da compreensão de que todo indivíduo *“é um filósofo, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção de mundo, (...) contribui assim para manter ou para modificar uma concepção do mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar”* (GRAMSCI, 1991, p. 7).

NURSING LEADERSHIP: APPROACHING ITS “DISMYTHIFICATION”

This study aims at understanding the view about the nursing leadership question, through critical analysis of the literature produced predominantly in Brazil on this theme, from 1930 to 1995, contributing to its “dismythification”. From the assumption that nursing is a social practice, and therefore articulated with other health practices, we conducted the investigation under a historical-social approach. Empirical data were obtained from the discourses about the issue or related themes, contained in 14 periodicals, from which 12 were of nursing. Besides them, we used proceedings from nursing events, as well as research and researcher catalogs and 3 theses. We analysed data according to time delimitation, distributed in four historical periods, intending to maintain the similarity of the peculiar discourses of each period, according to the context in these moments. The study demonstrated that the nursing leadership question has been treated, in the profession, in an idealized, mythical and crystalized way, contributing, thus, to the maintenance of the status quo and nursing professional’s alienation.

KEY WORDS: leadership, nursing, myth

LIDERAZGO EN ENFERMERÍA: UNA APROXIMACIÓN A SU DESMITIFICACIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo aprehender la visión que se ha tenido sobre el tema del liderazgo en enfermería, a través del análisis crítico de la literatura producida predominantemente en Brasil sobre el asunto, en el periodo de 1930 a 1950, buscando contribuir para la desmitificación. Partiendo del presupuesto de que la enfermería es una práctica social, por consiguiente articulada a las otras prácticas de salud, realizamos la investigación basada en un abordaje histórico-social. Los datos empíricos fueron extraídos de los discursos sobre el asunto o temas afines, contenidos en 14 revistas investigadas (siendo 12 de enfermería), anales de congresos, catálogos de investigaciones e investigadores, además 3 tesis. Para el análisis de los datos seguimos una delimitación temporal, distribuida en cuatro periodos históricos, así establecida con la intención de mantener la similitud de los contenidos en cada revista. El estudio demostró que la cuestión del liderazgo en enfermería ha sido tratada en la profesión de manera cristalizada, idealizada, envuelta por un carácter mítico, contribuyendo, así, para el mantenimiento del status quo y para una cierta alienación de los trabajadores del área.

TÉRMINOS CLAVES: liderazgo, enfermería, mito

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. CARVALHO, A.C.de. Discurso de instalação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 22. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 23, n. 3/6, p. 25-28, jul./dez. 1970.
02. CARVALHO, B.P. de. O valor da enfermeira chefe sob o ponto de vista da diretora do serviço de enfermagem, 22. **An. enfermagem**, v. 16, n. 22, p. 32-33, jan./mar. 1947.
03. CHIARIELLO, F.; CARVALHO, A.C. de. Coordenação de tempo e movimento. **An. Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 184-194, set. 1953.
04. ÉVORA, Y.D.M. A propósito do trabalho de equipe no serviço de enfermagem. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 32, n. 1, 2, p. 37-40, jan/fev. 1984.
05. FRAENKEL, E. A enfermagem no Brasil. **An. Enfermagem**, v.1, n.1, p. 8-11, mai. 1932.
06. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
07. GRAMSCI, A. **Os intelectuais orgânicos e a organização da cultura**. 8.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
08. INFANTE, N.B. de. Liderazgo en enfermería: posibilidades y tendencias. **Educ. Med. Salud**, v. 26, n.2, p.242-250, abr./jun. 1992.
09. IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994.
10. JABOUILLE, V. **Do mythos ao mito**. Lisboa: Edições Cosmos, 1993.
11. JENNINGS, E.E. **Liderança nas organizações e na história**. São Paulo: Brasiliense, 1970.
12. LEITE, M.J. de A. O valor da enfermeira chefe sob o ponto de vista da estudante. **An. Enfermagem**, v. 16, n. 22, p. 34-35, jan./mar. 1947.
13. MARX, L.C.; SECAF, V. Enfermeira: segurança para o paciente, investimento do hospital. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 5, n.2, p. 65-67, abr./mai./jun. 1985.
14. MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
15. NOGUEIRA, M.G. O serviço de enfermagem em face do administrador. **Rev. Paul. Hosp**, v. 3, n. 12, p. 40-43, dez. 1955.
16. PAIXÃO, W. Formação de enfermeiras chefes. **An. Enfermagem**, v. 16, n. 22, p. 23-27, jan./mar. 1947.
17. RIBAS GOMES, E.L. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento**. Ribeirão Preto, 1991. 188p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
18. ROCHA, J.A. O que um diretor de hospital espera de um serviço de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 298-305, ago. 1962.
19. SECAF, V. Liderança: desafio para as enfermeiras. **Enfermagem Novas Dimensões**, v. 3, n. 4, p. 250-255, ago. 1977.
20. SILVA, G.B. da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.
21. TREVIZAN, M.A. et al. Focalizando o exercício administrativo no conjunto de funções do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 17-26, abr. 1989.