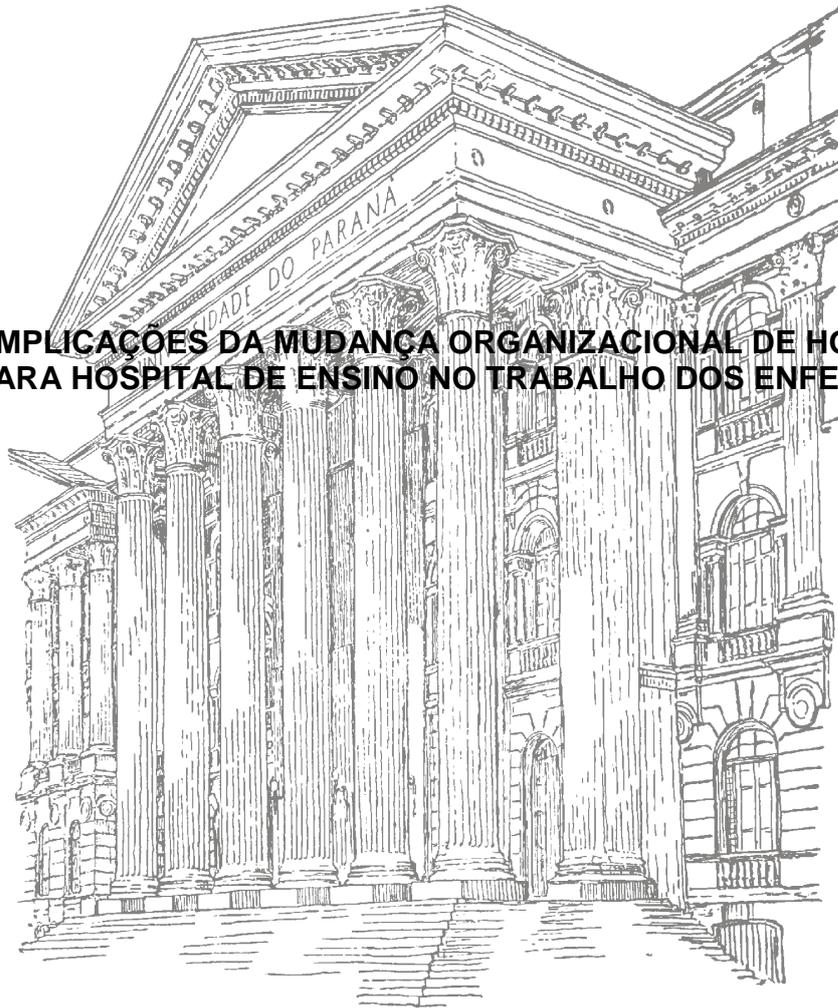


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**LUCIANA APARECIDA FABRIZ**

**IMPLICAÇÕES DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAL  
GERAL PARA HOSPITAL DE ENSINO NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS**



**CURITIBA  
2012**

**LUCIANA APARECIDA FABRIZ**

**IMPLICAÇÕES DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAL GERAL PARA  
HOSPITAL DE ENSINO NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Elizabeth Bernardino  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria M. N. Chaves

**CURITIBA  
2012**

Fabriz, Luciana Aparecida

Implicações da mudança organizacional de hospital geral para hospital de ensino no trabalho dos enfermeiros / Luciana Aparecida Fabriz – Curitiba, 2012.

99 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

Coorientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves

Dissertação (mestrado) –Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Gerenciamento da prática profissional. 3. Inovação organizacional. I. Bernardino, Elizabeth. II. Chaves, Maria Marta Nolasco. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.173068

## TERMO DE APROVAÇÃO

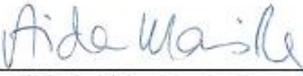
LUCIANA APARECIDA FABRIZ

### IMPLICAÇÕES DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL DE HOSPITAL GERAL PARA HOSPITAL DE ENSINO NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:   
ProfªDrª Elizabeth Bernardino  
Presidente da banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
ProfªDrª Francine Lima Gélbecke  
Membro titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
ProfªDrª Aida Maris Peres  
Membro titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 06 de dezembro 2012.

### *Dedicatória*

*Ao meu esposo **Sergio** e ao meu filho **Giovani** por todo amor, por acreditarem na minha capacidade, pelo apoio e pela compreensão nos momentos em que estive ausente.*

*À minha mãe **Mari**, por sempre estar ao meu lado nos momentos mais difíceis, por cuidar do **Giovani** para que eu pudesse cursar o mestrado, pelo seu amor e incentivo.*

*Aos meus irmãos **Andry** e **Juliano** e à minha avó **Suntta**, pelo apoio, amor, orações e por entenderem os momentos em que a minha mãe também necessitou ausentar-se de casa para cuidar do **Giovani**.*

*Amo Vocês.*

## **AGRADECIMENTOS**

A **Deus**, pela minha vida, saúde, sabedoria, proteção e força para a conclusão deste trabalho.

À minha orientadora e amiga **Dr<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino**, pelos seus ensinamentos, sua paciência, compreensão, respeito e amizade.

À minha coorientadora **Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves**, por compartilhar os seus conhecimentos, pela compreensão e por auxiliar na construção deste estudo.

Às professoras **Dr<sup>a</sup> Francine Lima Gelbecke e Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres**, por aceitarem compor a banca deste trabalho e pelas valiosas contribuições.

À **família do meu esposo**, pelo carinho e apoio para a realização do mestrado.

À minha amiga **Mirela**, por compartilhar os momentos incansáveis de estudos, pelas dificuldades e alegrias que vivenciamos no mestrado.

Às amigas **Angela, Vânia, Priscila e Gisele**, pela amizade, apoio e força nesta caminhada do mestrado.

Ao meu amigo e eterno Reitor **Alcibiades Luiz Orlando** (In memoriam), por acreditar no meu trabalho, por confiar e, dessa forma, sempre atender aos meus pedidos, por me ensinar o verdadeiro significado da Universidade, por me incentivar e contribuir para a realização deste mestrado e pela grande amizade construída.

À amiga **Renata Camacho Bezzera**, por nos acolher em Foz do Iguaçu, pelo incentivo profissional, pelo exemplo de honestidade, determinação e competência.

Ao professor **Alberto Rodrigues Pompeu**, pelo estímulo e pela liberação para cursar o mestrado.

A todos os **Coordenadores de Enfermagem do HUOP**, pelo excelente trabalho desenvolvido e pela grande torcida para a realização do mestrado.

Às amigas **Juliana Chrun, Maria Ivonete, Gelena e Virginia**, pela grande amizade, pelo trabalho exemplar e por me substituírem nos momentos em que estive ausente para cursar o mestrado.

Aos amigos **Ivonete e Mozart, Ana e Jerri, Adriana e Eliandro**, amigos especiais, que estão sempre ao meu lado e da minha família nos melhores e piores momentos e souberam entender as ausências em decorrência do mestrado.

Aos **enfermeiros** que aceitaram participar desta pesquisa, pelas riquíssimas informações relatadas.

À **Universidade Estadual do Oeste do Paraná e ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP**, pelo incentivo à qualificação profissional e pelo afastamento para cursar o mestrado.

À **Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por oferecer um programa de qualidade e com corpo docente altamente qualificado.

Ao **Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS** pelo importante espaço de aprendizado, discussão e pesquisa.

A todos os **amigos** que incentivaram e compreenderam a importância da realização do mestrado.

## RESUMO

FABRIZ, L.A. Implicações da Mudança Organizacional de Hospital Geral para Hospital de Ensino no Trabalho dos Enfermeiros. 98fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2012.

Este estudo teve como objetivo descrever as implicações da mudança de um hospital geral para hospital de ensino para o trabalho do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na modalidade de estudo de caso. O cenário foi o Hospital Universitário do Oeste do Paraná e a coleta de dados aconteceu por meio de grupo focal. Os sujeitos foram sete enfermeiros, os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo temática de Bardin. Os aspectos éticos foram respeitados conforme os preceitos da resolução 196/96. As categorias empíricas identificadas no discurso foram: mudança no trabalho, processo de reorganização do trabalho e trabalho do enfermeiro após o processo de transformação. Nos resultados destaca-se que a comunicação da mudança ocasionou uma reação, visto que os profissionais foram levados a acreditar que o concurso público era apenas para regularizar as suas situações trabalhistas. Esta foi agravada quando a chefia de enfermagem utilizou a classificação do concurso público como critério de alocação dos servidores nos postos de trabalho. Para o processo de reorganização, os enfermeiros buscaram a solução coletivamente ao se instrumentalizar e qualificar para o trabalho na instituição. No desempenho da assistência de enfermagem, ficou evidente o número insuficiente de profissionais para a realização do cuidado seguro para o paciente. Assim, os enfermeiros precisaram contar com os alunos da graduação de enfermagem para garantir os procedimentos e os cuidados, porém ao desempenharem tais atividades demoravam, conforme já previsto na fase do processo de ensino-aprendizagem. Na reformulação administrativa, destacou-se um fato significativo para as mudanças no trabalho do enfermeiro, a criação do cargo de diretoria de enfermagem, que juntamente à implantação de coordenadorias assistenciais e gerenciais ampliou o espaço de atuação e decisão desses profissionais. Nas considerações finais, destaca-se que a aproximação com a academia teve importante influência na nova concepção do processo de trabalho ao

introduzir neste a dimensão da pesquisa e da educação, assim o cuidado deixou de ser voltado apenas à dimensão biológica do paciente. Outras melhorias foram nas condições de trabalho, pois houve a inserção de materiais, de equipamentos e a ampliação do espaço físico. O processo de mudança vivido pelos enfermeiros resultou em visibilidade profissional e, apesar das dificuldades iniciais, o processo de transformação de hospital geral para hospital de ensino trouxe avanços para o processo de trabalho do enfermeiro.

DESCRITORES: Enfermagem; Gerenciamento da Prática Profissional; Inovação Organizacional.

## ABSTRACT

FABRIZ, L.A. Implications in the nurses' work caused by the change of a General hospital into a Teaching Hospital.98f. (Thesis) Master's degree in Nursing.Nursing Post-Graduation Program.Universidade do Paraná, 2012.

This study aimed at describing the implications caused by the change from a general hospital to a teaching hospital in the nurses' work. This is a qualitative research and case study. The setting was the University Hospital of the West of Paraná and the data collection occurred through focus groups. The participants were seven nurses, and the data was analyzed according to the thematic content analysis proposed by Bardin. The ethical aspects were respected according to the precepts of the Resolution 196/96. The empirical categories identified in the speech were: change at work, a process of reorganization at work and the nurses' working performance after the switching process. In the results, it is noteworthy that the news about the change caused a reaction, since professionals were led to believe that the tender process only happened to regularize their working situation. This was exacerbated when the head nursing used the tender classification as criteria for allocating servers on jobs. For the reorganization process, the nurses collectively looked for a solution by improving and qualifying themselves to work in the institution. In the nursing care performance it was evident that there is insufficient number of professionals to carry out the safe care for the patient. Thus, the nurses had to count on graduate students' help to ensure nursing care procedures, but it took the latter a long time to perform such activities, as it was already predicted during the teaching-learning process. In the administrative reform, what was highlighted was a significant fact for the changes in the nurses' work, the creation of a nursing board post, which together with the deployment of coordinating care and management expanded the space of action and decision of these professionals. As final considerations, it is emphasized that the approach with the academy had an important influence on the new conception of the working process to introduce this dimension of research and education; this way, care is no longer directed only to the biological dimension of the patient. Other kinds of improvements in working conditions were analyzed, like the inclusion of materials,

equipment and expansion of physical space. The switching process experienced by nurses resulted in professional visibility and, despite initial difficulties, the process of turning a general hospital into a teaching one brought advances to the nurses' working process.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Practice Management; Organizational Innovation

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Identificação dos Municípios da área de Abrangência da 10ª Regional de Saúde da SESA-PR,2012 .....	47
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação das Categorias Empíricas e Subcategorias Relacionadas ao Trabalho do Enfermeiro.....	54
Quadro 2 – Reformulação Administrativa para o Trabalho .....	67

## LISTA DE SIGLAS

ABEM	- Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAHUE	- Associações Brasileiras dos Hospitais Universitários e de Ensino
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CES	- Câmara de Educação Superior
CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
FIDEPS	- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento e da Pesquisa Universitária
HRC	- Hospital Regional de Cascavel
HUOP	- Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IES	- Instituição de Ensino Superior
IM	- Interministerial
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	- Ministério da Educação
MS	- Ministério da Saúde
PR	- Paraná
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SENAC	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESA	- Secretaria de Saúde
SETI	- Secretaria de Ciência Tecnológica e Ensino Superior
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNIOESTE	- Universidade Estadual do Oeste do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>21</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>22</b>
3.1 HOSPITAL DE ENSINO .....	22
3.2 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO .....	30
3.3 MUDANÇA ORGANIZACIONAL .....	36
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>46</b>
4.1 CARACTERIZAÇÕES DO ESTUDO .....	46
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	47
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	48
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	49
4.5 COLETA DE DADOS .....	49
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	50
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>53</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS .....	53
5.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS .....	54
5.2.1 Mudança no trabalho do enfermeiro .....	54
5.2.2 Processo de reorganização do trabalho do enfermeiro .....	61
5.2.3 Trabalho do enfermeiro após a mudança .....	70
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>94</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações passam por grandes transformações para se adaptarem aos novos cenários econômicos e sociais, em constante mutação. O setor da saúde não é uma exceção, visto que a tecnologia, a preocupação com os custos crescentes no setor, o perfil dos pacientes e a implantação de políticas de saúde são alguns dos fatores que impulsionam os hospitais na adoção de novos modelos gerenciais.

O hospital é uma instituição que provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para os indivíduos enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em um processo que visa, em última instância, a restaurar suas condições de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2006). É também considerado um equipamento em saúde em processo de redefinição, em face da discussão do seu papel e lugar na produção do cuidado, na preocupação com a qualidade, a integralidade e a eficiência de controle de custos (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Os hospitais universitários, em sua definição mais tradicional, caracterizam-se por ser uma extensão de um estabelecimento de ensino em saúde. São instituições responsáveis por desenvolver capacitações universitárias na área da saúde, as quais podem ser reconhecidas oficialmente como hospital de ensino (MEDICI, 2001), quando certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação e cumprirem os critérios estabelecidos na Portaria IM/MEC/MS nº 2400 de 02 de outubro de 2007.

Pode-se dizer que hospitais universitários são aquelas instituições vinculadas ou de propriedade das universidades, contudo somente poderão ser considerados hospitais de ensino se forem certificados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC).

Os hospitais universitários e de ensino possuem o importante papel perante a sociedade, pois estas instituições são responsáveis pela formação de profissionais da área da saúde; contribuem para o desenvolvimento de pesquisas e prestam atendimento médico de média e alta complexidade para a população por meio do Sistema único de Saúde (SUS). Por esse motivo, tais hospitais requerem um grande

número de recursos humanos, físicos, tecnológicos e financeiros. (MEDICI, 2001; BRASIL, 2007).

No contexto dos hospitais de ensino, as transformações são históricas e demonstram a luta por uma política para conciliar os interesses do ensino com as demandas do SUS e, ainda, garantir a sustentabilidade dos hospitais. (MACHADO; KUCHENBEKER, 2006; CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Na região oeste do Paraná, a história mostra as dificuldades do Hospital Regional de Cascavel (HRC) para se transformar e se consolidar como hospital de ensino, o que despertou o interesse em utilizá-lo como local desta pesquisa.

Inicialmente, o hospital foi construído como regional, para atendimento das necessidades da Usina Binacional de Itaipu, como forma de compensar problemas decorrentes do alagamento de 101 mil hectares de terra cultivável e desalojamento de 6263 famílias, além de oferecer aprimoramento prático para os cursos da área da saúde da Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel, hoje denominada Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) (ZANATTA, 2003).

O HRC, desde a sua fundação, passou por diversos problemas financeiros e falta de recursos humanos, por isso, a possibilidade de transformação do HRC em Hospital Universitário já vinha sendo discutida, como uma estratégia para solucionar esses problemas, quando aconteceu a implantação do Curso de Medicina na UNIOESTE (ZANATTA, 2003).

Em face do agravamento dos problemas financeiros, a falta de recursos humanos no hospital e pela necessidade de reconhecimento do Curso de Medicina da UNIOESTE, em 07 de março de 2001 o HRC foi transferido para a Universidade, por meio da Lei Estadual nº 13029 de dezembro de 2000, passando a ser denominado Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) vinculado à Secretaria de Ciência Tecnológica e Ensino Superior (SETI). (ZANATTA, 2003).

Além da transferência do hospital para a Universidade, aprovou-se pelo governo do Estado a realização de concurso público para contratação de funcionários, nos níveis fundamental, médio e superior.

O governo federal lançou, em 2003, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, a intenção desse programa era traçar uma política mais abrangente aos hospitais de ensino. A partir do referido programa, Portarias conjuntas entre o MEC e o MS foram elaboradas visando a traçar critérios

para a certificação dos hospitais como instituição de ensino (NETO, 2008). Em 2003, o HUOP se integrou ao programa de reestruturação dos hospitais de ensino, iniciado em 2003 e determinado pela Portaria IM/MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004.

As mudanças para o atendimento das exigências decorrentes da certificação do HUOP contemplaram o ensino, com reformas e construções, visando a proporcionar salas de aula; espaços para estudos nas unidades de internação; inclusão de uma direção pedagógica na estrutura organizacional; implantação de uma biblioteca setorial para os cursos da área da saúde; incentivo para a criação de programas de residência e estímulo e contribuição para a realização de pesquisas.

Ao que se refere à assistência, o hospital passou a destinar 100% de seus leitos para o SUS; tornou-se alta complexidade, nas especialidades de ortopedia, gestação de alto risco, vascular e neurologia, para 25 municípios da região oeste do Paraná, e referência para urgência e emergência, pediatria e no tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas.

No que tange à gestão, as alterações aconteceram desde os níveis diretivos, em que o hospital ampliou de três (03) direções (geral, clínica e administrativa) para cinco (05) direções (geral, clínica, enfermagem, administrativa e financeira) até os demais níveis, com a inserção de normas, de protocolos, de controles internos e de comissões. As tomadas de decisão passaram a acontecer em espaços de reuniões da direção geral, com inclusão dos membros diretivos e da comunidade externa (com representantes dos gestores e usuários), e começaram a participar do planejamento do hospital por meio da elaboração do Plano Diretor.

Atualmente, o HUOP está consolidado como hospital de ensino que presta assistência a toda a população da região oeste do Paraná e se tornou campo de aulas práticas supervisionadas para outros cursos da área de saúde, além da enfermagem que já desenvolvia atividades na instituição, e passou a abrigar alunos de graduação e de pós-graduação – nas modalidades *lato sensu* e residência.

A enfermagem se insere nesse contexto de transformação na medida em que é parte da equipe de saúde e necessitou se adaptar para garantir o cuidado ao paciente e a continuidade do seu trabalho.

Nesse cenário do HUOP, eu me insiro como enfermeira formada pela UNIOESTE em 2003; enfermeira do quadro funcional do HUOP desde 2004 até a

atualidade; e diretora do Serviço de Enfermagem no período de março de 2006 a dezembro de 2011.

Como enfermeira desenvolvi atividade assistencial no setor de centro cirúrgico e central de materiais esterilizados, em face de uma experiência prévia como aluna, em atividades de monitoria acadêmica e estágio voluntário na referida unidade. No período de junho de 2004 a março de 2006, tive a oportunidade de assumir a coordenação do setor de centro cirúrgico e central de materiais esterilizados, concomitantemente ao trabalho assistencial, nesse mesmo período também aprimorei o meu conhecimento em Centro Cirúrgico e Central de Materiais Esterilizados, por meio de formação *lato sensu*, na Universidade Estadual de Londrina.

Durante o fim de 2003 até 2005, também atuei como docente no período noturno, para curso de auxiliar em enfermagem do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), ministrando as disciplinas de: Assistência a Clientes/Pacientes em Tratamento Cirúrgico; Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem e Promoção da Biossegurança.

No HUOP, além da coordenação do setor de Centro Cirúrgico e Central de Materiais, desde 2004, sempre colaborei em outras atividades gerenciais, como a elaboração de descritivo, análise e pareceres em aquisições de materiais médico-hospitalares e equipamentos, entre outras. O desenvolvimento de atividades gerenciais me proporcionou a ocupação do cargo de diretora de enfermagem em exercício para a substituição de férias em 2004 e 2005 e em definitivo de 2006 a 2011.

Ao realizar o gerenciamento do Serviço de Enfermagem, auxiliei nos processos de certificação do hospital como instituição de ensino, com isso, agreguei atribuições à direção de enfermagem, com vistas a viabilizar a certificação, como a coordenação das comissões, o escritório da qualidade, entre outras. O cargo também propiciou uma aproximação maior com a universidade e isso aflorou ainda mais algo que eu já havia percebido, que são as grandes mudanças as quais foram necessárias para transformar o HRC em hospital de ensino.

Essas experiências enquanto aluna, enfermeira e diretora que me impulsionaram a pesquisar sobre como o processo de mudança do HRC para

hospital de ensino havia influenciado no trabalho do enfermeiro, em virtude da complexidade dessa mudança realizada no hospital.

Diante do exposto, considerando as particularidades de um hospital de ensino, que uma mudança aconteceu de forma intencional no HUOP para atender às necessidades da formação, de assistência e de gestão e que a enfermagem teve um importante papel nesse processo, a questão norteadora deste estudo é **quais foram as implicações da mudança organizacional de hospital geral para hospital de ensino para o trabalho dos enfermeiros desse hospital?**

## **2 OBJETIVO**

Descrever as implicações da mudança de um hospital geral para hospital de ensino para o trabalho do enfermeiro.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como finalidade subsidiar teoricamente o presente trabalho e para isso aborda três temáticas: hospital de ensino; processo de trabalho do enfermeiro e mudança organizacional.

O primeiro subcapítulo contempla a história dos hospitais gerais e a consolidação dos hospitais de ensino. No segundo subcapítulo, processo de trabalho do enfermeiro, é abordado o trabalho como conceito e processo para a saúde e enfermagem, além de contemplar os subprocessos que norteiam a prática profissional do enfermeiro. E o terceiro subcapítulo esclarece os conceitos de mudança e mudança organizacional, além de descrever como pode ser conduzido um processo de mudança organizacional e as estratégias adotadas para se lidar com as resistências encontradas.

#### 3.1 HOSPITAL DE ENSINO

A palavra hospital possui raiz latina *Hospitalis*, a qual provém de *hospes*, que significa hóspedes, isso porque, antigamente, esses locais abrigavam peregrinos, pobres e enfermos. Atualmente, o termo hospital está relacionado com *noscomium*, possui origem grega, cujo significado é tratar pessoas doentes (CAMPOS, 1972).

A história mostra que locais semelhantes aos hospitais existiram muito antes de Cristo, de acordo com a literatura grega antiga, durante o século IV a.C. até o século II, inúmeros templos foram construídos para o culto ao Asclépio, o qual era reconhecido como divindade curadora. Nesses templos, era praticado o rito do sono, com o objetivo de receber as entidades para desempenhar a cura propriamente dita ou orientar sobre o procedimento que deveria ser realizado para restabelecer a saúde, porém nesses ambientes não poderiam ser abrigadas pessoas em situação de morte ou nascimento, por se tratar de um templo sagrado (ANTUNES, 1991).

Até o século XVIII o hospital, se constituiu em um local de assistência aos pobres, separando-os e os excluindo da sociedade. Nesse período, a função do hospital não estava relacionada à cura do doente, mas sim aos cuidados ao pobre que estava morrendo, além de assegurar a salvação de sua alma e de seus cuidadores (FOUCAULT, 1979).

De um modo geral, até a consolidação do hospital como local de cura a assistência era prestada sobretudo aos mendigos, aos ladrões, aos loucos e às prostitutas por pessoas caridosas, religiosas ou leigos voluntários. A medicina durante os séculos XVII a XVIII era totalmente individualista, fora do ambiente hospitalar (FOUCAULT, 1979).

O hospital surge como um local terapêutico e atrelado a práticas médicas somente no fim do século XVIII. Com isso, assinalou-se uma prática de visita e de observação sistemática dos hospitais com o objetivo de reestruturação destes locais e, nesses trabalhos, destacaram-se Howard e Tenon, os quais desenvolveram estudos no que diz respeito à estrutura física e às condições de funcionamento dos hospitais, demonstrando que o modelo vigente em 1780 estava inadequado (FOUCAULT, 1979).

A preocupação com a propagação de doenças epidêmicas e com a saúde dos militares incentivou o investimento em hospitais, pois havia altos gastos com armamentos e treinamentos dos soldados, porém, muitos morriam antes de enfrentar a guerra (FOUCAULT, 1979).

A partir das novas organizações administrativas e políticas, o hospital se medicalizou, com o intuito de melhorar as condições do doente e a assistência passou do individual para o coletivo, para atender às demandas epidêmicas. E, nesse contexto, o médico se inseriu como responsável pelo disciplinamento e pela organização do espaço hospitalar, e não mais as religiosas como acontecia anteriormente (FOUCAULT, 1979).

O hospital começou a adquirir as características contemporâneas a partir do século XVIII, quando aconteceram várias descobertas e avanços para a medicina, pois, no início do século XIX, foi descoberta a assepsia e a antissepsia e, também, a anestesia com o uso do éter e do clorofórmio. No século XIX, surge a biologia e a patologia; no fim do século XIX, criaram-se os raios X; e, no século XX, o hospital

desenvolveu as estruturas, os fluxos e as especialidades, adquirindo as finalidades atuais. (LOPEZ; CRUZ, 2000).

Em relação ao ensino no contexto hospitalar, os registros demonstram que desde o séculos IX d.C., os mosteiros e as catedrais tinham também a finalidade de ensinar práticas médicas, noções de enfermagem e primeiros socorros. Nesse período, por determinação do imperador Carlos Magno, criaram-se as “escolas conventuais” e as “escolas catedralícias”, em que a medicina foi classificada como o sétimo ramo da *physica*, juntamente com a aritmética, a astrologia, a geometria, a música, a mecânica e a astronomia. (ANTUNES,1991).

No Brasil, a primeira realização formal do ensino durante práticas assistenciais aconteceu em 1808, quando D. João IV criou a Escola de Cirurgiões que, posteriormente, tornou-se a faculdade de medicina da Bahia. Após oito meses, a família real foi transferida para o Rio de Janeiro e fundou naquela cidade uma Escola de Cirurgiões, a qual foi transformada em Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na atualidade. No concernente ao campo para as atividades práticas, necessárias para o ensino da medicina, ambas as faculdades utilizaram as Santas Casas de Misericórdia das respectivas cidades (CLEMENTE,1998).

No Brasil, a utilização das Santas Casas de Misericórdia pelas Escolas de Medicina permaneceu até o início da Segunda Guerra Mundial, no entanto, os objetivos da escola e os objetivos assistenciais não caminharam juntos. Tal desencontro foi atribuído à visão errônea dos responsáveis pelos hospitais, os quais pensaram que a presença dos estudantes era prejudicial aos interesses dos pacientes (NETO, 2008).

Assim, o campo de formação dos profissionais da área da saúde até o ano de 1950 se restringia às instituições filantrópicas. Nas trinta décadas posteriores, com a proliferação de escolas públicas de medicina, o ensino passou a ser desenvolvido em hospitais vinculados àquelas instituições, em especial da esfera federal. Com o fim do financiamento por orçamentação via MEC, na década de 80, esforços foram redirecionados para a crescente venda de serviços para o setor público e suplementar de saúde, visando garantir a manutenção dos Hospitais Universitários (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

O que se pode verificar na história dos hospitais é que a inserção do ensino nessas instituições não foi bem aceita pelos gestores hospitalares. Isso porque a

inserção dos alunos era compreendida como um aumento nos gastos com materiais, alimentação e, ainda, com a exigência de equipamentos de última geração, sem que houvesse, pelas legislações, a garantia de contrapartida financeira vantajosa.

A partir do momento que a responsabilidade de manter os hospitais universitários foi repassada para o Estado e à União, iniciou-se a preocupação com essa questão e a inserção de medidas em projetos de Lei, para a garantia de funcionamento desses estabelecimentos.

Com isso, em 1990, quando o Presidente da República, Fernando Collor, sancionou a Lei nº 8.080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, tal lei também contempla os hospitais de ensino, pois prevê no seu artigo art. 45 que os serviços de Saúde dos hospitais universitários e de ensino se integrariam ao SUS. A integração ocorreria por meio de convênio, tendo garantida a autonomia administrativa das instituições hospitalares em relação aos seus patrimônios, aos recursos humanos e financeiros. E ainda, as ações de ensino, de pesquisa e de extensão, dos limites conferidos pelas instituições às quais estivessem vinculados. (BRASIL,1990).

Em 1991, por uma necessidade de se definir o conceito de hospital de ensino, foi estabelecido pelo MEC, por intermédio da Portaria nº375 de 04 de março de 1991, que Hospitais de Ensino são todos ou quaisquer Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino, sendo estes de propriedade ou gestão de Universidade Pública, Privada ou de Escolas Médicas Isoladas, que servirem de campo de treinamento para cursos de graduação ou pós-graduação da área de saúde (BRASIL,1991).

E, nesse ano, foi criado o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), como forma de incentivo financeiro aos hospitais de ensino. Com isso, surgiu a necessidade de se estabelecerem critérios para que os hospitais no Brasil fossem considerados como ensino. Portanto, passaram a serem exigências, para fins de acesso ao financiamento do FIDEPS, que os hospitais estivessem em funcionamento há cinco anos e que fossem credenciados nacionalmente no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (MACHADO; KUCHENBEKER, 2006).

A criação do FIDEPS foi uma estratégia importante para estreitar a relação dos Hospitais Universitários com o SUS, pois proporcionou um aumento no faturamento de 25% a 75% sobre a produção das internações hospitalares. (CARMO; ANDRADE; MOTA,2007).

Em 1994, foi elaborada, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, a Portaria IM/MEC/MS nº 1 de 16 de agosto, com o objetivo de vincular o repasse do incentivo do FIDEPS e traçar metas de integração dos hospitais de ensino ao SUS, a qual estabeleceu as primeiras exigências para os hospitais de ensino, contemplando aspectos concernentes às condições para os alunos desempenharem atividades de ensino e de pesquisa; à assistência, como a garantia de um percentual mínimo de 70% dos leitos destinados ao SUS; e à gestão, com a inclusão de algumas comissões, normas, rotinas, entre outras (BRASIL, 1994).

Embora a estratégia de implantação do FIDEPS tenha se tornado atrativo para os interesses governamentais e dos hospitais, infelizmente, os seus resultados foram frustrantes, pois nunca atingiu os seus objetivos na plenitude e acabou por incorporar nos orçamentos dos Hospitais Universitários, além disso, recebeu a culpa pela lógica de prestação de serviços, ou seja, foi responsabilizada por colocar os Hospitais Universitários na posição de prestadores de serviço e não mais de parceiros do SUS (MACHADO; KUCHENBEKER, 2006).

Além do FIDEPS ocorreram outras tentativas de se criarem políticas governamentais que contemplassem maior interação dos Hospitais Universitários à rede de serviços do SUS, como por exemplo, os programas de urgência e emergência e terapia intensiva. Entretanto, o impacto dessas iniciativas também não foi positivo (MACHADO; KUCHENBEKER, 2006).

Em 1999, os repasses dos incentivos passaram a ser condicionados à celebração de contrato de gestão entre os Hospitais Universitários e os Gestores do SUS e essa foi uma das medidas mais importantes para vincular os hospitais de ensino ao SUS, utilizando-se da situação financeira (CARMO; ANDRADE; MOTA,2007).

Os hospitais de ensino, na transição do milênio, entraram em crise institucional. Tal crise teve centralidade à sustentabilidade, à hegemonia, à assistência, ao ensino, à pesquisa e à gestão. Muitos dos hospitais entraram no

século XXI apresentando dívidas superiores a R\$10 milhões, outros com carência de recursos humanos e materiais (NETO,2008).

As lideranças de hospitais de ensino e de associações, como as Associações Brasileiras dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre outras entidades, não mediram esforços na luta para uma política apropriada para os hospitais de ensino.

Em 12 de maio de 2003, os ministros de Estado da Educação, da Saúde, do Planejamento, do Orçamento e o ministério de Ciência e Tecnologia instituíram uma “Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos hospitais universitários e de ensino no Brasil, além de reorientar e/ou formular a política nacional para o setor”. Essa Comissão foi composta por representantes de cada um dos quatro ministérios, além de representantes do Conselho Nacional de Saúde, (ABRAHUE), (ABEM), (ABEn) e de outros órgão representativos (NETO,2008).

Os trabalhos desenvolvidos pela Comissão desencadearam a proposta de uma política mais abrangente para os hospitais de ensino, denominada de “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde”, com diferentes definições para o vínculo ou natureza jurídica do hospital (NETO, 2008).

Em face dessa nova realidade foram elaboradas, em 2004, as Portarias Interministeriais pelo MEC e MS de números 1000; 1005 e 1006, visando a estabelecer critérios, para que os hospitais recebessem uma certificação de hospital de ensino.

A partir da Portaria IM/MEC/MS nº1000 de 2004 regulamentaram-se os parâmetros para as instituições candidatas ao título de hospital de ensino e, conseqüentemente, aos incentivos financeiros. Nesse sentido, para serem hospitais de ensino as instituições passariam por rigorosas vistorias realizadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação e necessitariam realizar adequações relacionadas ao ensino, à assistência e à gestão (BRASIL, 2004).

Os critérios concernentes ao ensino contemplavam: abrigar formalmente as atividades curriculares, bem como os programas de residência, garantindo a preceptoria, proporcionando condições para a realização de pesquisas, contando

com biblioteca atualizada e com acesso a bibliotecas virtuais da saúde (BRASIL, 2004).

Em se tratando de assistência, as instituições hospitalares de ensino passaram a ser obrigadas a destinar 100% dos leitos para atendimento do SUS, regularizar e manter sob regulação do gestor SUS local a totalidade de seus serviços. Além de serviço de urgência e emergência disponível nas 24 horas e a participação nas redes de cuidados progressivos à saúde (BRASIL, 2004).

Com relação à gestão, as mudanças foram referentes à capacitação do quadro funcional, com inserção em atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde e a inclusão de programas de capacitação interna (BRASIL, 2004).

Os dirigentes necessitaram constituir e manter as comissões de Ética em Pesquisa, de Documentação Médica e Estatística e de Óbitos, além de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde. Também se tornou necessário se adequar à política nacional de humanização do SUS (BRASIL, 2004).

Alterações organizacionais também foram necessárias, visando à inclusão de rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário (BRASIL, 2004).

A certificação dos hospitais de ensino direcionou as tomadas de decisão nessas instituições, com a obrigatoriedade da inserção de um conselho gestor incluindo a participação da comunidade acadêmica (docentes e estudantes), de usuários e representantes dos trabalhadores, em consonância com a legislação do SUS (BRASIL, 2004).

Com isso, essas novas diretrizes determinadas para os hospitais de ensino, por meio da Certificação dos Ministérios da Saúde e Educação e estabelecida pelas metas de contratualização com os gestores do SUS, motivaram os dirigentes desses hospitais a realizarem grandes modificações nas estruturas organizacionais e de funcionamento dos hospitais de ensino. (CHIORO, 2011).

E esse processo de mudança para adequações desses hospitais é marcado pelas dificuldades de integrar os princípios da academia, dos hospitais e do SUS. (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Mesmo com a necessidade de grandes transformações nos hospitais para atendimento das exigências para a Certificação, como instituição de ensino, a

Portaria IM/MEC/MS nº 1000 de 2004, contemplou os melhores critérios para atendimento das demandas dos gestores do SUS, das Universidades e dos administradores dos hospitais.

Por necessidade de adequações na Portaria IM/MEC/MS nº 1000 de 2004, foi lançada a Portaria IM/MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007, pelo MEC e MS, na qual são acrescentados critérios no que concerne ao ensino, à assistência e à gestão (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Para o ensino, as instituições passaram a ter a responsabilidade de abrigar formalmente e de forma contínua a Residência Médica, devidamente credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Além disso, a Portaria IM/MEC/MS nº 2400 define critérios de vagas para a residência médica, ficando estipulado que, no caso de hospitais gerais, deve-se oferecer o número mínimo de vagas para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas de formação (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria) e, para os hospitais especializados, torna-se obrigatória a oferta de vagas anual, na mesma proporcionalidade dos hospitais gerais e na mesma área de atuação do hospital (BRASIL, 2007).

Quanto à assistência, a Portaria IM/MEC/MS nº 2400, de 2007, estabeleceu critérios e prazos para os hospitais se inserirem no SUS. A partir disso, os hospitais privados passaram a dedicar no mínimo 60% de seus leitos para o SUS, porém, os públicos ficaram obrigados a destinar 100% de seus leitos ao SUS. No entanto, essa adequação poderia ser realizada de forma gradual em um prazo de dois anos, sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro, por meio de convênio com o gestor local do SUS. Ademais, os hospitais foram obrigados a se inserirem formalmente no Sistema de Urgência e Emergência loco regional (BRASIL, 2007).

Para a gestão, são incluídas novas comissões, ficando, portanto, como comissões obrigatórias: Comissão de Documentação Médica e Estatística; Comissão de Ética; Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da Instituição de Ensino Superior (IES) que o hospital for vinculado; Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade); Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; Comissão de Óbitos; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de

Tratamento Intensivo); Comitê Transfusional e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (BRASIL, 2007).

Embora houvesse a necessidade dos hospitais novamente se adequarem às legislações do Ministério da Saúde e da Educação, para que se mantivessem como instituições de ensino, a Portaria IM/MEC/MS nº2400 de 2007 seguiu a mesma linha da Portaria IM/MEC/MS nº1000 de 2004.

Neste subcapítulo, foi possível conhecer as importantes transformações que foram necessárias para os hospitais se consolidarem como instituições de ensino, entretanto, os trabalhadores dessas instituições hospitalares são os mais afetados em processos de mudanças e a enfermagem, nesse contexto, normalmente sofre um significativo impacto, visto que representa um grande número do pessoal. O enfermeiro, no papel de líder de equipe, é o responsável por estabilizar a sua equipe para garantir ou adequar o processo de trabalho da enfermagem. Diante do exposto, no capítulo seguinte será abordado o processo de trabalho do enfermeiro.

### 3.2 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Para se compreender o processo de trabalho do enfermeiro, primeiramente, é necessário entender o significado de trabalho. O termo trabalho deriva etimologicamente do vocábulo latino *tripaliare* e do substantivo *tripalium* e a história explica que esse nome era dado ao aparelho de tortura, formado por três paus e utilizado para conter condenados e prender animais. Por esse motivo, o trabalho muitas vezes esteve associado à tortura, ao sofrimento, à pena e à labuta (ARANHA; MARTINS, 2003).

Ao longo da história, o sentido da palavra trabalho passou a ser entendido como um processo em que participa o homem e a natureza, pois o homem coloca em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar dos recursos da natureza e torná-los útil para a sua vida. Nessa concepção, o trabalho é composto por três elementos: o objeto do trabalho; os meios ou instrumentos de trabalho e a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho (MARX, 1994).

O objeto do trabalho pode ser fornecido pela própria natureza, como por exemplo, o peixe, pescado diretamente do elemento água (rios e mares). Os meios de trabalho, ou os instrumentos de trabalho, servem para dirigir a atividade do trabalhador sobre o objeto, utilizando-se de propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas e pode ser encontrado de diferentes formas no contexto histórico do homem. Encerra-se o processo de trabalho quando se conclui o produto, sendo este considerado um valor de uso material da natureza adaptado às necessidades humanas por meio das mudanças de suas formas (MARX, 1994).

Com isso, verifica-se que o trabalho é um processo de transformação, o qual acontece porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. Essa transformação ocorre mediante atividade de trabalho humano, realizada com o consumo produtivo de força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele mesmo e o objeto, para dirigir a sua atividade a uma dada finalidade (PEDUZZI, 2001).

E essa capacidade de transformar e suprir as suas necessidades por meio do trabalho é o grande diferencial do homem dos demais animais. Nessa lógica, pode-se dizer que o homem modifica o mundo com o seu trabalho para se satisfazer e, ao mesmo tempo, precisa se modificar por conta do próprio trabalho.

O trabalho em saúde é considerado fundamental para a vida humana. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização e não tem como resultado um produto comerciável, sendo, portanto, o produto indissociável do processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade (PIRES, 2000).

A transformação do objeto de trabalho da saúde e da enfermagem acontece tanto na promoção como na prevenção e/ou na recuperação em saúde e, dessa forma, a saúde é compreendida não somente como a ausência de doença, mas como qualidade de vida e liberdade aos seus usuários e trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2011).

O trabalho em saúde é coletivo, realizado por diversos profissionais da saúde, os quais desenvolvem parte do trabalho e que têm como produto a assistência ao paciente, porém, trata-se de atividades diferenciadas e específicas (PIRES, 2000).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que o processo de trabalho é resultado de um jogo entre produção, consumo e necessidades dos seus indivíduos; salienta-se que na área da saúde acontece de forma muito peculiar, produzindo atos de saúde os quais perseguem o cuidado. Apesar de o processo de trabalho conter bases mecanicistas, os seus resultados dependem das relações entre pessoas e decorrem da interação de dois componentes, denominados de trabalho vivo e trabalho morto (ROSSI; LIMA, 2005).

O trabalho vivo são as ações propriamente ditas, realizadas pelos trabalhadores da saúde, em sua relação com o usuário e com os próprios trabalhadores. Corresponde à autonomia e à auto governabilidade do indivíduo, em que são preservados espaços de julgamento, de decisão, de reflexão, de integração, de intencionalidade e da utilização de saberes específicos em determinadas circunstâncias, para prestar o cuidado ao usuário (ROSSI;LIMA, 2005).

O trabalho morto é proveniente de um trabalho anterior e é composto pelos elementos que fazem parte do processo de trabalho, como ferramentas, matéria-prima e outros componentes vinculados ao saber e ao modo de atuar dos profissionais (ROSSI; LIMA, 2005).

Com isso, pode-se dizer que o processo de trabalho em saúde está configurado como um espaço no qual o trabalho vivo e o trabalho morto está em constante movimento e são, ao mesmo tempo, condicionantes e condicionados. Nesse contexto, o cuidado é trazido como uma relação entre os indivíduos e que se concretiza no trabalho vivo (ROSSI; LIMA, 2005).

Na prática, o que se percebe em relação ao trabalho vivo e trabalho morto é que em algumas circunstâncias não existe um movimento sincronizado, mas uma soberania do trabalho morto, herdada por uma visão mecanicista e fragmentada de ver o mundo. (ROSSI; LIMA, 2005).

A enfermagem se insere no contexto do processo de trabalho em saúde, como profissão que presta cuidados de saúde específicos a uma parcela da população, utilizando os conhecimentos adquiridos.

A enfermagem, como profissão, foi consolidada por Florence Nightingale a partir de bases científicas, fundamentada em conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, tendo como grande diferencial os preceitos de valorização do

ambiente adequado para o cuidado, a divisão social do trabalho em enfermagem e a autoridade sobre o cuidado a ser prestado (PADILHA; MANCIA, 2005).

As práticas de enfermagem até a medicalização dos hospitais eram independentes da prática médica, sendo as suas ações voltadas para oferecer conforto aos doentes (NOBREGA, 2006).

Durante o século XX, a enfermagem sofreu transformações, ocasionando uma reorganização da profissão, os hospitais se estruturaram como locais de cura e a enfermagem passou a atuar organizada em três frentes: organizando o cuidado com o doente, o ambiente e os seus agentes (RIBEIRO; SAMPAIO, 2009).

Com isso, a enfermagem surgiu como uma prática para possibilitar o projeto de recuperação individual e se institucionalizou no movimento do nascimento da clínica, juntamente às transformações dos hospitais como instrumento de cura. O médico se tornou o único responsável pelo diagnóstico e pela terapêutica e a enfermagem, nesse contexto, tornou-se parte do trabalho médico, em que a sua ação se torna um instrumento o qual cuida ou faz cuidar do corpo doente (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Para a enfermagem, além do cuidar, surge outra atividade resultante das condições históricas e culturais, o administrar, o qual é realizado somente pelas enfermeiras, tendo como finalidade imediata organizar e controlar o processo de trabalho e mediar o “cuidar” para promover a cura (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Nesse sentido, Oliveira, *et al* (2009) relatam que uma das consequências das transformações do trabalho de enfermagem foi a divisão técnica das atividades, a qual separou o trabalho intelectual (realizados pelas *ladies nurses*) das mecânicas (realizadas pelas *nurses*), desse modo, as primeiras teriam o direito de produzir o conhecimento e as segundas se limitavam as práticas. A divisão do trabalho da enfermagem entre os seus agentes – enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem – pode ser observada até os dias de hoje.

Na atualidade, o processo de trabalho de enfermagem está configurado como uma prática social, a qual está interligada a outras ciências da saúde, da educação, da produção de medicamentos, de equipamentos e, dessa forma, é concretizado na sociedade. Pode-se dizer que o trabalho em enfermagem pertence ao setor terciário da economia brasileira, sendo considerado como prestação de

serviços à saúde, pois visa à assistência de forma individual e coletiva e tem como objeto o ser humano (FELLI; PEDUZZI, 2011).

O trabalho em enfermagem está inserido em um contexto de trabalho coletivo em saúde, porém, possui as suas próprias especificidades, as quais são definidas por meio de seus processos, sendo estes: cuidar, educar e administrar/gerenciar (KIRCHHOF, 2003). Nesse sentido, SANNA (2007) também se refere ao trabalho da enfermagem como um processo complexo e multifacetado. A autora ainda acrescenta mais dois processos – pesquisar e participar politicamente.

A enfermagem atua em diferentes cenários, com isso vislumbra-la, com o olhar do processo de trabalho do enfermeiro e de seus subprocessos ou dimensões, facilita a compreensão sobre o seu papel e acerca das condições históricas que a fizeram se consolidar como trabalho.

O processo de assistir ou cuidar é trazido na literatura como uma identidade histórica da enfermagem, sendo considerado como o objeto da profissão, o qual norteia a construção de práticas assistenciais por meio de referenciais teóricos e permite traçar perspectivas paradigmáticas (KIRCHHOF, 2003).

No processo de trabalho, assistir ou cuidar, a enfermagem presta atendimentos para indivíduos, família, grupo sociais, comunidades e coletividades. Nesse cuidar, a enfermagem, por ser ciência e prática, parte do princípio que o ser humano necessita de cuidados não somente biológicos, mas de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida (SANNA, 2007).

O enfermeiro, quando realiza o cuidado, aproxima-se do paciente e de suas necessidades; com isso, consegue avaliar o paciente de forma integral, planejar e traçar cuidados mais adequados, contemplando não somente as demandas decorrentes do processo saúde e doença, mas do contexto em que o indivíduo está inserido.

O processo de trabalho gerenciar/administrar é privativo do enfermeiro e tem por finalidade organizar o serviço de forma a atender o usuário, o trabalhador e a instituição assistencial (KIRCHHOF, 2003). Para a execução do trabalho do enfermeiro no processo de gerenciar, utiliza-se um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, sendo estes: o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho, entre outros (FELLI; PEDUZZI, 2011).

Verifica-se, na prática profissional, que o gerenciar é um dos processos de trabalho mais utilizados pelos enfermeiros, pois é necessário para o provimento de recursos humanos, materiais, desenvolvimento pessoal, entre outros. Nesse sentido, de acordo com Azzolin e Peduzzi (2007), estudos demonstram que no processo de trabalho do enfermeiro existe uma predominância de atividades relacionadas ao gerenciamento dos serviços.

O processo de trabalho educar compreende: a educação formal, que consiste na docência e pode ser proferida desde o ensino fundamental até o universitário; a educação não formal, que é aquela comum na prática profissional do enfermeiro e está relacionada às atividades de orientação individual ou grupal e à educação comunitária. E existe, ainda, a educação voltada ao trabalhador, utilizada para orientações, para auxiliar em mudanças necessárias ou para contribuir nas condições e relações de trabalho. (KIRCHHOF,2003).

No que tange à educação formal, o enfermeiro tem papel peculiar de preparar o profissional tecnicamente para o mercado de trabalho e de despertar neste profissional um olhar crítico acerca das condições existente para o trabalho.

No que concerne à educação não formal, destaca-se a importância do enfermeiro na orientação do processo de doença ou cuidados e a relevância de atividades educativas voltadas à prevenção, seja no âmbito individual ou coletivo. No processo de trabalho pesquisar, o enfermeiro é o agente único, pois somente esse profissional da enfermagem tem formação em metodologia da pesquisa científica e, dessa forma, aprende métodos e aplica o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos para o desenvolvimento do conhecimento. Na pesquisa, a enfermagem seleciona temas e objetos para preencher lacunas referentes às melhores formas de assistir, de administrar, de ensinar e de pesquisar para a sua própria área, ou seja, a enfermagem (SANNA,2007).

A pesquisa é uma das estratégias para consolidarmos o conhecimento advindo da prática de enfermagem e uma das formas para adquirirmos reconhecimento profissional, porém, o que verificamos no dia-a-dia, é que existem alguns fatores, como a falta de investimentos e a sobrecarga de trabalho, os quais dificultam que os enfermeiros realizem pesquisas.

Sanna (2007) afirma que há ainda um quinto processo – o participar politicamente, o qual permeia todos os outros processos de trabalho do enfermeiro e

está relacionado com todo julgamento moral e atitude que corresponda a uma forma de participação política. Os agentes do processo de trabalho participar politicamente são profissionais de enfermagem e outras pessoas com quem se relacionam quando realizam seus outros processos de trabalho ou quando se insere no macroprocesso de trabalho em saúde (SANNA, 2007).

Os processos de trabalho do enfermeiro não são vistos como separados, mas sim interligados, em que todos têm a sua importância para que o trabalho do enfermeiro seja reconhecido como campo do conhecimento em saúde (KIRCHHOF, 2003). Os processos de trabalho do enfermeiro também são influenciáveis por questões políticas, econômicas e de gestão.

Para atender às diretrizes do modelo assistencial vigente no SUS, os hospitais de ensino adotaram novos modelos gerenciais foram necessários visando a atender às necessidades dos pacientes. As mudanças direcionam para novos perfis do cuidado (ampliado e em rede), no gerenciamento (novas formas de organização do trabalho), nas relações (mais cooperativas, menos subordinadas) e na posição política (modelos descentralizados, mudança na amplitude do gerenciamento) (BERNARDINO, 2007; BERNARDINO; FELLI; PERES, 2010).

Diante do exposto, é provável que as mudanças necessárias para transformar o HRC em hospital de ensino trouxeram implicações para o trabalho do enfermeiro. Sendo assim, é relevante conhecer mais sobre a mudança organizacional e seus desdobramentos, que será o tema do próximo capítulo.

### 3.3 MUDANÇA ORGANIZACIONAL

As sociedades modernas estão em constantes mudanças, as quais são impulsionadas por transformações globais. Os processos que impulsionam e mantêm tal movimento estão relacionados às questões econômicas, políticas, tecnológicas e culturais. As instituições, as empresas, assim como os seus profissionais são estimulados a inovar e competir para se manterem no mercado de produção e trabalho.

O ritmo acelerado com que essas transformações acontecem vai além da capacidade das pessoas se manterem atualizadas e isso obriga as organizações a mudarem em termos de estratégia, de estrutura e de sistemas para atender a essa demanda (CAMERON; GREEN, 2009).

O dinamismo e a mutabilidade das organizações têm incentivado autores, como Stephen P. Robbins; Samuel C. Certo e Idalberto Chiavenato, a estudarem a temática da mudança, sob diferentes óticas, definindo conceitos, causas e estratégias para lidar com essas situações. Para Chiavenato (2003), mudança é a transição de uma situação para outra diferente ou a passagem de um estado para outro diferente e implica em ruptura, transformação, perturbação, interrupção.

Segundo Lima e Bresan (2003), a mudança organizacional é toda e qualquer modificação nos componentes organizacionais, ou seja, nas pessoas, no trabalho, na estrutura formal, na cultura, ou nas relações entre a organização e o seu ambiente, os quais podem resultar em pontos positivos ou negativos, para a eficiência e/ou à sustentabilidade organizacional.

Os estimuladores de mudanças nas organizações podem ser forças externas ou internas. As forças externas, também nomeadas ambientais, são aquelas oriundas do setor ambiental. Nestas são incluídos o cliente, a concorrência, a tecnologia, a força econômica e o cenário internacional. São forças que, de certa forma, possuem maior impacto na cultura da organização. Já as forças internas nascem de atividades e de decisões internas, porém estas podem surgir por influência das forças externas (DAFT, 2006).

As mudanças podem acontecer de forma acidental, ou seja, desencadeadas por uma pessoa ou uma circunstância que leva a uma modificação. Portanto, ela simplesmente acontece ou pode ser uma mudança planejada, sendo com isso tratada como uma atividade intencional e orientada para resultados (ROBBINS, 2002).

A mudança planejada pode ser classificada em mudança de primeira ordem e mudança de segunda ordem. A de primeira ordem ocorre de forma linear e contínua e não ocasiona modificações na forma dos colaboradores compreenderem o mundo a sua volta ou como a empresa pode melhorar seu funcionamento. A mudança de segunda ordem implica modificação mais ampla e radical, em diferentes dimensões e níveis, refletindo em reconstrução de conceitos e novas

formas de compreender o mundo e a própria organização em que se está inserido (ROBBINS, 2002).

Nessa perspectiva, é importante destacar que o planejamento em ações gerenciais é fundamental para o alcance dos objetivos dos seus administradores, pois, se a mudança for planejada, também refletirá em resultados mais satisfatórios e menos traumáticos aos gestores e servidores.

Apesar de necessárias, em muitas situações, as mudanças são vistas pelas empresas como algo difícil, vago, ambíguo, desconhecido, árido, complexo e incerto e, desse modo, acabam se mantendo estagnadas, pela própria falta de conhecimento de como proceder (NORO, *et al*, 2008). Contudo, a posição de comodidade é mantida nas organizações até o momento no qual a mudança se torna condição para a continuidade de suas atividades.

Em qualquer situação de mudança vivenciada é comum que as pessoas se sintam com medo, ameaçadas e inseguras, pois as organizações são compostas por pessoas. Portanto, de certa forma, a vida de seus trabalhadores é alterada em circunstâncias em que é necessário vivenciar novas experiências.

Conforme Freire *et al* (2010), as pessoas possuem resistências individuais em mudar, porque não querem sair de sua *zona de conforto*, visto que a rotina lhes transmite segurança e as respostas programadas são suficientes. Para mudar, é preciso estar disposto a aprender, a repensar os seus conhecimentos, a desconstruir conceitos e a reconstruir novas rotinas e regras. Por isso, conduzir e administrar a mudança em organizações é uma tarefa extremamente difícil, uma vez que necessita envolver as pessoas em um novo propósito, assim como despertar o espírito colaborativo entre todos.

De acordo com Robbins (2002), a mudança organizacional é um desafio que, dependendo da forma como será conduzido, poderá resultar em vitória ou fracasso para as empresas. Os responsáveis pela administração da mudança planejada nas organizações são denominados de agentes da mudança e podem ser administradores ou não, servidores da própria organização ou consultores externos.

Normalmente, os altos executivos são os responsáveis pelas mudanças em suas empresas, porém os dirigentes estão optando por contratar serviços temporários de consultores externos, em face do conhecimento especializado em teorias e métodos de mudanças. A vantagem dos consultores externos é visão mais

objetiva da organização e a desvantagem é o desconhecimento acerca da história, da cultura, dos procedimentos e das pessoas da organização (ROBBINS, 2002).

Geralmente, os agentes da mudança atuam em quatro categorias: estrutura, tecnologia, instalações físicas e pessoas. Entende-se por estrutura de uma organização a forma como as tarefas são divididas, agrupadas e coordenadas, portanto a mudança na estrutura engloba modificações nas relações de autoridade, formas de coordenação, replanejamento do trabalho ou outra variável estrutural (ROBBINS, 2002).

As mudanças nas tecnologias são as modificações na forma como o trabalho é processado e nos equipamentos utilizados. As principais mudanças envolvem a inclusão de novos equipamentos, ferramentas ou métodos, além da automação e da informatização (ROBBINS, 2002).

As modificações nas instalações físicas compreendem as mudanças nos espaços e arranjos do ambiente de trabalho, como por exemplo: a retirada de divisórias, visando facilitar a comunicação entre os funcionários; alteração da quantidade, do tipo de iluminação, dos níveis de ruído, entre outras. E mudar as pessoas consiste em modificar atitudes e/ou comportamento dos servidores e essas mudanças acontecem por meio de processos de comunicação, de tomada de decisão e de soluções de problemas (ROBBINS, 2002).

Dessa forma, verifica-se que cada uma das quatro categorias – estrutura, tecnologia, instalações físicas e pessoas – influenciam de forma pessoal no trabalho dos colaboradores em organizações. De acordo com Certo (2003), as mudanças pessoais/culturais consistem nas modificações de valores, de normas, de atitudes, de crenças e de comportamento dos servidores.

Em situações de mudanças, os agentes responsáveis por essa tarefa devem considerar e ter atenção especial para a cultura organizacional. Conforme Wood Jr. (2002), muitos administradores realizaram inúmeras tentativas frustradas de mudança e, somente após perceberem e trabalharem a cultura organizacional obtiveram resultados positivos.

A cultura organizacional consiste em uma alteração dos padrões formais da organização, resultando em regras, procedimentos e interligações não autorizadas e padronizadas, que surgem dos funcionários como uma nova forma de desempenho

das atividades e de resolução de problemas, a qual se molda e altera a maneira formal de se proceder (WAGNER III; HOLLENBECK, 2000).

E essas novas estratégias de trabalho e de se lidar com os problemas desencadeiam uma cultura de atitudes e noções que passam a ser compartilhadas e ensinadas aos novos servidores, como uma maneira correta de se perceber, pensar e sentir os problemas, pois em determinadas circunstâncias elas foram utilizadas e se obtiveram resultados satisfatórios (WAGNER III; HOLLENBECK, 2000).

Independente do tipo ou da abrangência da mudança, é fato que as pessoas resistem em mudar e que os agentes de mudança devem reconhecer o porquê das reações em tais circunstâncias.

A resistência dos servidores possui um ponto positivo nas organizações, pois, de certa forma, mantém-se uma estabilidade no processo de mudança e se estimula a discussão acerca das condutas, porém, quando não se consegue diminuir essa resistência, o processo se torna de difícil adaptação e progresso (ROBBINS, 2002).

As resistências, normalmente, são manifestadas de forma: aberta; implícita; imediata ou protelada. A resistência aberta e imediata é aquela que é de conhecimento de todos e é demonstrada logo após a mudança, como uma forma de repúdio dos funcionários, como exemplo pode ser citado quando os servidores realizam protesto, diminuem o ritmo de trabalho ou ameaçam entrar em greve (ROBBINS, 2002).

Em relação às resistências implícitas ou proteladas, existe uma falsa impressão que são mais sutis, porém são percebidas por meio de atestados médicos dos servidores, de falhas nos processos de trabalho, de falta de motivação, entre outros. E, ainda, poderão ser percebidas após semanas, meses ou até anos, o que pode ocasionar um impacto maior do que aquelas resistências manifestadas de forma aberta e imediata, tendo em vista que quanto mais cedo se descobrir as formas de resistência, mais rápido o agente de mudança poderá agir para minimizá-las (ROBBINS, 2002).

Outro aspecto que deve ser considerado no processo de mudança são as fontes de resistências, as quais se dividem em duas categorias: individual e organizacional. As individuais estão ligadas às características humanas, como

percepção, personalidade e necessidade, enquanto as organizacionais estão relacionadas com a cultura organizacional (ROBBINS,2002).

De acordo com Robbins (2002), os motivos que levam as pessoas a resistirem individualmente são:

- O hábito: devido à complexidade do mundo atual, as pessoas preferem realizar atividades que já estão acostumadas a desempenhar;
- A segurança: os servidores se sentem inseguros quanto ao seu emprego, ou ao seu cargo ou posto de trabalho em circunstâncias de mudança;
- Fatores econômicos: a mudança pode resultar em diminuição de rendimentos para os servidores;
- O medo: as pessoas têm medo do desconhecido e das incertezas;
- O processamento seletivo das informações: há uma seleção das informações recebidas, ou seja, as pessoas selecionam aquilo que querem ouvir, no sentido de manter as suas percepções intactas sobre suas realidades.

As resistências organizacionais estão relacionadas a seis fatores: a inércia estrutural que acontece, pois as organizações são formadas por normas e procedimentos e, quando ocorre uma mudança, surge uma inércia estrutural como uma forma de resistência e tentativa de manter a estabilidade; o foco limitado na mudança, nesse caso, deve-se considerar que as organizações são compostas por diferentes sistemas e quando se tenta mudar apenas um sistema, a resistência acontece e o processo é frustrado, visto que os sistemas estão interligados; a inércia do grupo, a qual acontece quando as pessoas fazem parte de um grupo e por mais que queiram mudar as normas do grupo não permitem, como exemplo cita-se os funcionários que pertencem ao sindicato e seguem a decisão coletiva desse grupo (ROBBINS, 2002).

A ameaça à especialização, pois nas organizações, normalmente, existem grupos especializados ou pessoas que detêm determinado conhecimento específico e, quando a mudança acontece, essas pessoas se sentem ameaçadas, pois podem perder o poder e a autoridade consolidados pela sua especialização (ROBBINS, 2002).

Com isso, percebe-se que tanto as resistências individuais como as organizacionais estão muito ligadas ao medo que as pessoas têm do desconhecido e de se perder algo que foi conquistado. Muitas vezes, esses sentimentos são aflorados pela falta de informação e de estratégias adequadas para lidar com essas situações.

Nesse sentido, Robbins (2002) sugere estratégias para enfrentar situações de resistências em mudanças organizacionais, sendo estas:

- A educação e a comunicação: essa é uma importante estratégia, pois as resistências, em sua maioria, são ocasionadas pela falta de comunicação ou pouca informação aos funcionários, sendo assim, torna-se necessário difundir e esclarecer o processo de mudança;
- A participação: é um processo que envolve os funcionários na própria mudança, e é estratégico envolver aqueles que se opõem ao processo. Assim, o envolvimento dos sujeitos resistentes deve ser nos momentos decisórios do processo, desde que tenham essa competência;
- A facilitação e o apoio: consiste na oferta de treinamentos, aconselhamentos, terapias, autorização para usufruir de licenças, entre outros, como uma forma de se reduzir as resistências.
- A negociação: nesse caso, tenta-se reduzir a resistência por meio de troca. Essa tática pode ser utilizada em pessoas poderosas ou influentes nas situações de resistência, porém tem-se o risco dos agentes da mudança ficarem vulneráveis a chantagens de outros funcionários;
- A manipulação: é a tentativa de influenciar omitindo informações indesejáveis ou criar falsos rumores para os funcionários aceitarem a mudança;
- A cooptação: é uma fusão da manipulação e da participação. Geralmente, tenta-se inserir os líderes dos grupos de resistências em papéis importantes de decisão das mudanças, não pelo seu conhecimento e habilidade, mas como uma forma de redução da resistência;

- Coerção: é a última opção que deve ser utilizada, pois é o uso de ameaças sobre os resistentes, tais como: ameaçar o fechamento de uma unidade da empresa, perda de promoção, entre outras.

Desse modo, é possível verificar que além de conhecimento os agentes de mudança devem ter a habilidade para lidar com as situações de resistência às mudanças e escolher a melhor técnica e o momento oportuno para agir.

Para a implantação da mudança propriamente dita, existe uma série de modelos adotados, como: o plano da implantação da mudança de John Kotter; a pesquisa-ação e o desenvolvimento organizacional, porém o mais clássico é o de Kurt Lewin, o qual foi um dos primeiros teóricos a desenvolver um modelo de mudança organizacional, em 1958. O autor citado classificou a mudança em três etapas: o descongelamento do *status quo* ou do estado presente; o movimento para esta nova condição e o recongelamento da mudança (QUINTELLA; SOUZA, 2002; ROBBINS, 2002).

Na primeira etapa de descongelamento, deve ser considerado como *status quo* um estado de equilíbrio e que consiste no estágio presente, o qual só pode ser quebrado mediante a ação de uma força, que pode agir tanto no individual como no coletivo (QUINTELLA; SOUZA, 2002; ROBBINS, 2002).

No descongelamento, as velhas ideias e práticas devem ser derretidas e desaprendidas para que possam ser substituídas por novas; pode-se dizer que o descongelamento acontece quando a necessidade de mudança se torna fundamental, a ponto da pessoa, grupo ou organização poder rapidamente compreendê-la e aceitá-la, no entanto, quando não ocorre o descongelamento, existe o risco do retorno aos padrões habituais e rotineiros de comportamento (CHIAVENATO, 2003).

Em um segundo momento acontece o estágio do movimento para esta nova condição, também conhecido como estado de transição ou estágio de mudança, este é momento da mudança propriamente dita, que envolve novas ações e comportamentos para a mudança e estão relacionados às pessoas, à estrutura, à tecnologia, entre outros. Esse é o momento em que se deve estar aberto para mudar e aprender (QUINTELLA; SOUZA, 2002; ROBBINS, 2002).

Nesta segunda etapa, o agente de mudança deve conduzir as pessoas, o grupo ou a organização de forma a proporcionar a construção de novos valores,

atitudes e comportamentos, utilizando-se de processos de identificação e internalização. A internalização ocorre quando os membros da organização identificam, nos agentes da mudança, valores, comportamentos e atitudes eficazes e, com isso, passam a internalizá-los. (CHIAVENATO, 2003).

E a última etapa, o recongelamento da mudança, consiste na consolidação da mudança, ou seja, depois de implantada a mudança ela deve ser mantida e, para isso, os resultados devem ser avaliados e os ajustes podem ser realizados (QUINTELLA; SOUZA, 2002; ROBBINS, 2002).

O recongelamento efetivamente acontece quando o que foi aprendido se integra à prática atual, tornando-se a nova maneira que a pessoa conhece e realiza o seu trabalho, no entanto não basta apenas conhecer a nova prática, é necessário fixá-la e incorporá-la ao comportamento (CHIAVENATO, 2003).

Dessa forma, é importante que os agentes de mudanças saibam que além do modelo de Kurt Lewin, existem outros modelos e que o mais apropriado será aquele condizente com a sua realidade, com a sua organização e com os seus colaboradores.

No que concerne à mudança organizacional em hospitais públicos, essas instituições vêm passando por pressões de mudança desde 1990, quando aconteceu o processo de reforma do Estado, fundamentado por três diagnósticos: crise fiscal crescente; exaustão das formas protecionistas da economia e uma administração pública excessivamente burocrática e ineficiente, por isso, é difundida e estimulada a necessidade de mudanças com vistas à flexibilização administrativa e maior eficácia na administração pública (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006).

Nessa perspectiva de superar os problemas de ordem administrativa e financeira, as instituições públicas vêm implantando modelos de mudança organizacional, como por exemplo, o modelo do Choque de Gestão, adotado pela administração pública do Estado de Minas Gerais (QUEIROZ; CKAGNAZAROFF, 2010).

O desenho da mudança organizacional em instituições públicas segue a mesma lógica das instituições privadas, porém há alguns aspectos que devem ser considerados: as organizações públicas são complexas, pelo alto nível de burocracia para o seu funcionamento; além de especificidades como o forte vínculo às rotinas, supervalorização nas hierarquias, paternalismo nas relações, apego ao poder, entre

outras. Esses aspectos influenciam diretamente na cultura organizacional e interferem nos processos internos, nos valores e nas crenças organizacionais, na política de recursos humanos, nas inovações e nas mudanças em instituições públicas (PIRES; MACEDO, 2004).

Com isso, torna-se imprescindível que as organizações públicas de saúde disponham de uma liderança capaz de conduzir um processo de mudança considerando todas as particularidades dessas instituições e com habilidade para gerar o compromisso e a adesão dos servidores (AZEVEDO, 2002).

Diante do exposto, pode-se dizer que administrar processos de mudança organizacional consiste em uma tarefa complexa, que exige conhecimento, planejamento e habilidade para lidar com tais situações, pois atitudes mal fundamentadas e equivocadas podem comprometer o desempenho da organização.

## 4 MÉTODO

### 4.1 CARACTERIZAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado com abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso único, do tipo descritivo e exploratório.

A abordagem qualitativa foi selecionada, porque, de acordo com Oliveira (2002), possui a facilidade em descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema; analisar a interação de certas variáveis; compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais; apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Na atualidade, as pesquisas qualitativas estão sendo cada vez mais utilizadas para suprir a necessidade de busca às respostas para contextos e perspectivas sociais novas, decorrentes de um mundo em constantes transformações, já que métodos dedutivos tradicionais não conseguem atender tais necessidades (FLICK, 2009).

O estudo de caso consiste em uma investigação empírica, que busca compreender um fenômeno contemporâneo em profundidade e no contexto real em que ele acontece. Esse método, normalmente, é utilizado quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes (YIN, 2010).

A opção pelo método de pesquisa do tipo estudo de caso está relacionada com o fato dele poder ser aplicado em diferentes circunstâncias, visando a compreender fenômenos sociais complexos, em esferas individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticas (YIN, 2010).

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, da UNIOESTE. Atualmente, o referido hospital está certificado como hospital de ensino, portanto é campo para aulas práticas de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação na modalidade de residência em enfermagem, em medicina, em fisioterapia, em farmácia e em odontologia.

O HUOP está em um local estratégico, na cidade de Cascavel, município da região oeste do Paraná. Nos dias de hoje, é considerado o maior Hospital Público dessa região, assim como da região Sudoeste do Paraná. A instituição hospitalar em questão dispõe de 195 leitos exclusivos ao SUS, os quais são para atendimento de usuários moradores dos 25 municípios que compreendem a 10ª Regional de Saúde da SESA-PR, conforme pode ser observada no mapa a seguir, FIGURA 1- Identificação dos Municípios da área de Abrangência da 10ª Regional de Saúde da SESA-PR, 2012.



Figura 1 - Identificação dos Municípios da área de Abrangência da 10ª Regional de Saúde da SESA-PR, 2012.

Fonte: Paraná, 2012.

Além disso, o HUOP é referência para mais 04 Regionais de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, nas especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, neurologia (neurocirurgia), obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia (cirurgia de tórax) reumatologia, urologia, cirurgia pediátrica, cardiopediatria, pediatria, entre outras. (UNIOESTE, 2012).

#### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Atualmente, o HUOP dispõe de um total de 1050 servidores. De acordo com os dados fornecidos pela diretoria de enfermagem, o serviço de enfermagem representa quatrocentos e trinta e dois (432) servidores, destes oitenta e três (83) enfermeiros; cento e sessenta e quatro (164) técnicos de enfermagem; cento e oitenta (180) auxiliares de enfermagem e cinco (5) auxiliares de saúde (antigos atendentes de enfermagem).

Nesse universo de profissionais, foi definido como critério de seleção e inclusão no grupo: ser enfermeiro e ter trabalhado antes do hospital ser certificado como hospital de ensino e continuar trabalhando na instituição. Nesse caso, foram considerados aqueles que trabalharam anteriormente a 3 de janeiro de 2005, em face da data da Portaria IM/MEC/MS nº 50, a qual certificou o hospital como instituição de ensino.

Os critérios de exclusão foram: não ter trabalhado no hospital antes da certificação como hospital de ensino; estar de férias ou licença no período da coleta de dados para o estudo (médica, especial, entre outras) ou não aceitar participar da pesquisa.

Na instituição, quatorze (14) enfermeiros atendiam aos critérios de inclusão, porém no momento da coleta de dados, sete (07) profissionais não estavam disponíveis, pois um (01) estava de licença-prêmio, um (01) de licença-maternidade, dois (02) de férias, um (01) estava doente e dois (02) não compareceram. Assim, os sujeitos do estudo foram sete (07) enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão apontados anteriormente.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi elaborado atendendo a Resolução nº196/96 – MS, com garantia aos participantes de anonimato, sigilo das informações, direito à desistência e o uso dos dados encontrados apenas para fins científicos.

O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná-UFPR e aprovado em 26 de Outubro de 2011, com protocolo Nº CEP/SD:1230.155.11.10 (ANEXO 1).

Os enfermeiros foram individualmente convidados a participar da pesquisa. Ao realizar o convite, apresentaram-se os objetivos do estudo, como também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE I). Os sujeitos foram orientados que poderiam decidir sobre a sua participação no estudo e que teriam a liberdade de desistir em qualquer momento. Também esclareceu-se que a pesquisa não resultaria em benefícios diretos aos envolvidos e que não haveria custos nem remuneração para os participantes.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu por meio da realização de grupo focal. A escolha dessa técnica está relacionada com o fato desta propiciar uma riqueza de informações e, ainda, por ser considerada como um processo interativo que utiliza opiniões e atitudes expressadas pelos participantes. (LERVOLINO; PELICIONE 2001).

O grupo focal foi realizado em um único encontro, com duração de duas horas e a data foi selecionada pelos participantes, sendo esta no dia 29 de março de 2012. O local foi cedido pela própria instituição, sendo uma sala reservada a qual possibilitava gravação sem interferências externas.

A duração do grupo focal, neste estudo, atendeu às recomendações de Dias (2000), pois o autor refere que um grupo focal deve acontecer em aproximadamente

duas horas. E em relação à escolha do local para o desenvolvimento da atividade do grupo, optou-se pelas orientações de Paschoal (2004), o qual recomenda que os encontros devam acontecer em um local neutro, de forma a evitar constrangimento aos participantes, assegurar sua privacidade e facilitar o debate, sendo ainda de fácil acesso, confortável e isento de ruídos externos.

Como referido anteriormente, o grupo foi composto por dez (10) participantes, sendo assim distribuídos: sete (07) enfermeiros, um (01) relator, um (01) observador e um (01) moderador, sendo este o próprio pesquisador. Nesse sentido, para Lervolino e Pelicione (2001), o grupo focal pode ser composto de seis (06) a dez (10) participantes, os quais são selecionados por apresentar certas características em comum, associadas ao tópico que se está pesquisando. Os grupos podem também ser compostos por sete (07), oito (08) ou até doze (12) pessoas. O número de pessoas deve ser tal que estimule a participação e a interação de todos (DIAS,2000).

Para o desenvolvimento do grupo focal, foi realizada a seguinte questão norteadora: Fale sobre as mudanças percebidas no seu trabalho na transformação em hospital universitário e depois em hospital de ensino. O objetivo de se utilizar uma única pergunta desencadeadora do grupo focal foi de deixar os participantes à vontade para falar sobre o assunto e de favorecer as diferentes visões sobre o seu trabalho nesse período de transformação (APÊNDICE 2).

Com a finalidade de facilitar a organização, transcrição dos dados e sigilo das informações, os participantes foram identificados, individualmente, com letras distintas do alfabeto (A, B, C, etc.). O grupo focal foi gravado com a autorização de todos e ao término das informações levantadas, foram confirmadas com os participantes, visando a facilitar a síntese dos dados e, posteriormente, as falas foram transcritas.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados que emergiram das falas dos sujeitos foram analisados segundo a análise de conteúdo temática de Bardin (2010). A técnica foi selecionada por ser

considerada rápida e eficiente na aplicação de discursos simples e diretos, além de permitir uma histórica verificação teórica e prática no campo das investigações sociais.

A análise temática funciona por operações de divisão do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos, sendo composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2010).

Na pré-análise realizou-se a leitura flutuante, para uma maior aproximação com o material coletado. Baseado nessa leitura, retomaram-se os pressupostos e os objetivos iniciais da pesquisa, assim como foram realizados os aprofundamentos nas discussões do referencial teórico para dar conta do material coletado. Essa fase do estudo possibilitou a elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação final do material empírico à luz do material analítico (BARDIN, 2010).

Assim, após a leitura exhaustiva, o material foi organizado de acordo com as categorias empíricas, que emergiram das falas dos sujeitos.

No momento da exploração do material, aconteceu a operação de codificação, a qual foi realizada extraindo-se do material empírico os núcleos de sentido que permitiam a compreensão do texto (BARDIN, 2010).

Essa codificação consistiu na realização de recortes do texto, identificando as informações persistentes, até que se alcançasse a representação significativa do texto. Os recortes, núcleos de sentido, são as unidades que permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo ali desenvolvido pelo emissor do discurso (BARDIN, 2010).

As unidades se dividem em unidades de registro, de contexto e de categorias. As unidades de registro são informações obtidas por meio da decomposição das mensagens e podem ser: palavras, temas, frases, parágrafos, entre outras, e dependem da regra de recorte do sentido utilizada pelo pesquisador. As unidades de contexto correspondem ao segmento da mensagem que permite a compreensão da unidade de registro, por exemplo, uma frase ou tema. (BARDIN, 2010).

Já a categorização é realizada por intermédio de classificação, de diferenciação e de reagrupamento de elementos constitutivos de um conjunto, elaborando classes que reúnem grupos de elementos comuns, ou seja, que

forneem representações simplificadas dos dados brutos, categoria empírica (BARDIN, 2010).

A última fase envolveu a interpretação e a inferência do conteúdo e consistiu em evidenciar as informações obtidas na análise e no momento em que, não somente foram produzidas presunções subliminares sobre as mensagens, mas em fundamentação, de acordo com pressupostos teóricos (categoria analítica) e com situações concretas, a realidade na qual se produz o discurso (BARDIN, 2010).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados serão apresentados seguidos da discussão, iniciando pela caracterização dos sujeitos e, posteriormente, as categorias empíricas e suas subcategorias, que descrevem o trabalho do enfermeiro no processo de transformação de um hospital geral para hospital de ensino.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os participantes da pesquisa foram sete (07) enfermeiros, sendo seis (06) do sexo feminino e um (01) do sexo masculino, com idade média de 38 anos; tempo de formação de 13,6 anos. Quanto à qualificação, quatro possuem formação *lato sensu*, dois formação *strictu sensu* e um não possui nenhum tipo de especialização.

A predominância do sexo feminino corrobora com uma pesquisa desenvolvida por Lopes e Leal (2005), na qual verificaram que o gênero feminino ainda está muito evidente na enfermagem em todos os níveis (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), em virtude da própria historicidade da profissão e que se mantém até a atualidade.

No que concerne à qualificação profissional, destaca-se o fato de dois (02) enfermeiros possuírem formação *lato sensu* e dois (02) *stricto sensu*, isso pode estar relacionado com os incentivos financeiros para o aprimoramento profissional desses servidores, previstos no Plano da Carreira Técnica Administrativa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Paraná, por meio da Lei Nº 15050, de 12 de abril de 2006 (PARANÁ, 2006).

## 5.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS

Emergiram das falas dos sujeitos três categorias empíricas relativas ao trabalho do enfermeiro: mudança no trabalho do enfermeiro, processo de reorganização do trabalho do enfermeiro e trabalho do enfermeiro após a transformação. O quadro 1 mostra as categorias empíricas e as subcategorias encontradas.

<b>Categorias Empíricas</b>	<b>Subcategorias</b>
Mudanças no trabalho do enfermeiro	Comunicação da mudança Reação da equipe
Processo de reorganização do trabalho do enfermeiro	O processo de reestruturação coletiva do trabalho; O desempenho do cuidado e do ensino no processo de reestruturação; Reformulação administrativa para o trabalho.
Trabalho do enfermeiro após o processo de mudança	Estruturação administrativa para o trabalho; O Trabalho do Enfermeiro; Visibilidade Profissional.

Quadro 1 – Apresentação das Categorias Empíricas e Subcategorias Relacionadas ao Trabalho do Enfermeiro, Curitiba, 2012.

Fonte: O autor (2012)

### 5.2.1 Mudança no trabalho do enfermeiro

A **comunicação** da transferência do hospital para a universidade e o fato de que o hospital teria também a finalidade de ensino foi transmitida de forma simples e tranquila, como pode ser percebida na fala a seguir:

*[...] o secretário de saúde veio ao hospital... e disse a todos, não se preocupem este concurso é só para regularizar a situação e para o hospital tornar-se hospital universitário e criou-se uma expectativa muito grande [...]* (E)

Em relação ao comunicado da mudança, pôde-se perceber que os enfermeiros foram comunicados em um único momento que o hospital seria transformado em instituição de ensino; a comunicação aconteceu quando a transferência já estava decidida; os enfermeiros não foram esclarecidos sobre os motivos dessa mudança, o que mudaria neste novo conceito de instituição hospitalar de ensino e um agravante no comunicado é o fato de o Secretário de Saúde dizer para os enfermeiros não se preocuparem, pois o concurso apenas regularizaria a situação de quem já estava trabalhando.

No concernente à comunicação da mudança, John Kotter desenvolveu um modelo de implantação da mudança, baseado em Kurt Lewin e verificou que a comunicação corresponde aos principais problemas em situações de mudança, por isso, definiu que a comunicação deve ser a quarta etapa, dentro de um processo planejado, tendo em vista que, primeiramente, é necessário criar um senso de urgência para mudança, realizado pela avaliação do mercado e seus concorrentes; nesse momento também devem ser discutidas as crises ou as oportunidades. Posteriormente, é necessário criar uma coalizão administrativa, com isso, é importante criar um grupo capaz de lidar com a mudança e este grupo deve ter estímulo para o trabalho conjunto, o próximo passo deve ser o desenvolvimento de uma visão estratégica e a quarta etapa corresponde à comunicação da mudança (KOTTER, 1997).

O fato de os enfermeiros não terem sido esclarecidos acerca dos motivos da mudança, sobre o conceito de hospital de ensino e o que mudaria no seu trabalho após a certificação, também não corresponde a uma estratégia planejada de mudança e pode representar riscos de fracasso para a implantação, pois, segundo Wagner III, Hollembeck (2000) e Robbins (2002), quando as pessoas são convencidas da necessidade da mudança e orientadas sobre as etapas do processo de mudança organizacional, elas colaboram com a implantação e as resistências são controladas.

O resultado do concurso público gerou uma **reação** naqueles enfermeiros que trabalhavam no hospital e não foram aprovados.

*[...] Quando saiu o resultado do concurso, do pronto-socorro à pediatria, todos choravam, a chefia de enfermagem escondeu o*

*resultado, porque as pessoas que não foram aprovadas no concurso pegaram as mochilas e foram embora, no meio do plantão. Foi o dia mais sombrio do hospital, quem ficou bateu o desespero, muito complicado [...] (E)*

O resultado do concurso desmentiu a afirmação do Secretário que o concurso apenas iria regularizar a situação funcional dos servidores. Estes foram surpreendidos pela notícia e reagiram abandonando seus postos, complicando, assim, o andamento do serviço e trazendo inquietação para aqueles que ficaram.

O comportamento manifestado pelos enfermeiros após o resultado do concurso público pode ser justificado por Montana e Charnov (1999), quando estes relacionam uma das leis básicas da natureza, a que toda ação produz uma reação e na administração de uma organização, uma mudança pode também gerar uma reação e padrões de comportamento diferentes nas pessoas afetadas. O autor relata ainda que quando uma reação acontece, outras medidas de intervenção são necessárias para se atingir as metas desejadas.

A reação das pessoas em relação ao resultado foi a pior possível e nenhuma medida foi tomada no sentido de minimizá-la, fato agravado pela lógica escolhida pela então chefe de enfermagem, para alocar os servidores segundo a ordem de classificação no concurso:

*[...] lembro como hoje, quanto chorei, a chefia de enfermagem...colocou todos os enfermeiros numa sala e começou a escalar o pessoal de acordo com a ordem de classificação do concurso... quem ficou no hospital, dos servidores antigos, saiu do setor que tinha afinidade e experiência porque não ficou em primeiro, ou segundo lugar... colocando pessoas sem experiência [...] (E).*

O processo de seleção de profissionais em hospitais públicos no Brasil, de um modo geral, quando realiza apenas provas escritas, considera apenas o conhecimento teórico, dificultando a alocação desse profissional conforme as demandas de serviço. Outras empresas atraem candidatos para ocupar postos de trabalho exatamente segundo as demandas e assim consideram além do conhecimento teórico, experiência, aptidão, atitude, entre outros.

O processo de recrutamento consiste em atrair candidatos dentro e fora da organização para ocupar uma vaga e a seleção de pessoal tem como objetivo escolher entre os profissionais atraídos, aqueles que correspondam ao perfil do cargo desejado para a empresa. (BRANQUINHO, *et al*,2010), incluindo técnicas para avaliar a capacidade técnica e as competências pessoais. (PERES; LEITE; GONÇALVES,2011),

Em relação à chefia de enfermagem, verificou-se que quando esta recebeu os novos servidores, utilizou a mesma classificação do concurso, para alocá-los nos setores e, dessa forma, considerou como suficiente apenas a lógica do conhecimento testado na prova escrita e ignorou um momento importante: que é o de conhecer as pessoas, relacionar o conhecimento com as suas experiências, habilidades, para então alocá-las em um setor condizente com a sua aptidão e com os propósitos da instituição.

No que concerne à alocação dos servidores, existem mecanismos – como a Gestão por Competências – os quais permitem que a chefia de enfermagem conheça o perfil dos seus subordinados e, dessa forma, realize a distribuição do pessoal, fundamentada em critérios mais justos e coerentes com as especificidades de cada setor, no entanto essa ferramenta ainda é pouco utilizada pela enfermagem e na área da saúde, pela necessidade de conhecimento e aprendizado específico e devido à complexidade da área da saúde (RUTHES; CUNHA, 2007).

Outro aspecto observado é que a chefia de enfermagem ignorou a experiência dos profissionais que já estavam na instituição e mudou essas pessoas de setor, porém quando toma essa atitude, compromete o serviço de enfermagem, pois retira aqueles que seriam os “pilares” para a manutenção do serviço de enfermagem e o suporte para os novos funcionários, e essa situação desestabiliza o trabalho de enfermagem, gera insatisfação entre os profissionais, faz com que os enfermeiros que já estavam na instituição tenham que ir para lugares que não conhecem e tenham que recomeçar e aprender uma nova rotina, desconhecida até então.

A reação de descontentamento, por parte dos enfermeiros era previsível, pois as pessoas conhecem as suas aptidões, sabem de sua experiência e esperam o reconhecimento. Porém isso não aconteceu e causou uma grande frustração entre os enfermeiros.

Nesse sentido, Caetano, *et al* (2008) relatam que fazem parte do processo de trabalho do enfermeiro negociar alterações em escala, atividades e em funções com a equipe, o que nem sempre é um processo harmônico e direto, pois apesar de haver respeito e subordinação à hierarquia, a insatisfação emerge da comunicação verbal e não-verbal, o que influencia na qualidade das relações interpessoais. Por isso, três variáveis se tornam instrumentos fundamentais para o trabalho do enfermeiro: mudança, negociação e decisão. Em relação à inserção dos profissionais nos locais de trabalho e às mudanças realizadas, verificou-se ainda a ausência de informações, reuniões ou treinamentos sobre o motivo da mudança e esclarecimentos referentes à finalidade de um hospital de ensino.

Nessa perspectiva, para Robbins (2002), a educação e a comunicação são medidas fundamentais para minimizar resistências em situações de mudanças, pois, se os funcionários forem informados sobre todos os fatos e as suas dúvidas forem sanadas, a resistência cessará. Salienta-se que os funcionários podem ser orientados por meio de discussões individuais, de memorandos, de apresentações de grupo ou de relatórios.

Segundo Caetano *et al* (2008), a mudança pode ser difícil, por isso, é necessária a presença de uma liderança capaz de orientar os funcionários na turbulência e na incerteza e construir comprometimento.

Nesse mesmo enfoque, para se gerenciar, é preciso dar possibilidade que todos participem no encontro de problemas e soluções, partindo-se de um princípio que ninguém é mais importante que o outro (SVALDI; LINARDI FILHO; GOMES, 2006).

O descontentamento dos servidores que haviam reprovado no concurso, a precariedade do trabalho para os que ficaram, a falta de direcionamento dos que estavam iniciando contribuíram para uma conjuntura institucional que culminou em uma paralisação e greve.

*[...] Porque todo mundo, todo mundo não, a maioria entrou em greve, ficou somente 30% dos funcionários nas alas e os que ficaram não queriam repassar funcionamento [...] (A)*

*[...] Eu entrei, o enfermeiro falou que não queria me receber, que ele não ia me mostrar o setor, então eu tive que entrar, os funcionários ficaram paralisados. Quem ficou mal medicava o paciente...então ficou o médico e um monte de funcionário novo totalmente perdidos [...]* (A)

A resistência à mudança no HUOP aconteceu de forma aberta e imediata, pois, conforme Robbins, Judge e Sobral (2010), a resistência aberta e imediata é aquela que é de conhecimento de todos e é demonstrada logo após a mudança, como uma forma de repúdio dos servidores.

Ao se analisar as falas, notou-se que a paralisação e a greve foram uma forma de reagir, perante o emprego que perderam, a confiança que foi quebrada, as mudanças ocasionadas e, também, resistir foi uma forma de repudiar ao processo imposto pela administração, a qual mesmo após a reação dos servidores permaneceu inerte ao processo de mudança.

Para Certo (2003), as resistências às mudanças são tão comuns quanto a sua necessidade e, por isso, os gerentes devem ser capazes de reduzir os efeitos da resistência.

As estratégias para lidar com as resistências consistem na educação e comunicação, utilizando-se de vários mecanismos e em todas as etapas do processo: participação, ou seja, envolver as pessoas na mudança; facilitação e apoio, os quais podem ser realizados por meio de terapias, de aconselhamentos e de concessão de benefícios; negociação, que consiste na “moeda de troca”, e é recomendado para os líderes de resistências, porém com ressalva dos riscos para chantagens, a manipulação e a cooptação, que consiste em tornar os fatos e informações mais atraentes aos funcionários ou criar falsos rumores para os funcionários concordarem com a mudança e a cooptação, que é uma união entre a manipulação e a participação. Geralmente, tenta-se inserir os líderes dos grupos de resistências em papéis importantes de decisão das mudanças, não pelo seu conhecimento e habilidade, mas como uma forma de redução da resistência e a coerção é a última opção que deve ser utilizada, pois é o uso de ameaças sobre os resistentes, sendo estas: ameaçar o fechamento de uma unidade da empresa, perda de promoção, entre outras (ROBBINS, 2002).

O que chama a atenção, no processo de mudança do HUOP, é que mesmo após uma reação com grandes proporções, como a paralisação e greve, a direção não se posicionou, no sentido de instituir uma pessoa responsável por conduzir o processo de mudança, tampouco tentou minimizar as fontes de resistência.

A reação das pessoas, trabalhadores, como sujeitos nesse processo, foi manifestada de forma individual e particular.

*[...] Pouquíssimas ficaram, todos tinham um sentimento de perda, porque saíram colegas de trabalho de anos, os novos servidores foram vistos como intrusos [...] (E)*

*[...] Então, eu recebi o pessoal novo, assim, era um misto de sentimentos, eu tinha passado, mas eu não ia ficar eu estava na fila de espera, porque até então eu trabalhei e me dediquei... depois pareceu que eu tinha que entregar o meu sonho para outra pessoa,...eu recebi a pessoa, e fiquei um tempo fora, quatro meses e voltei [...] (D)*

Os sentimentos demonstrados pelos enfermeiros corroboram com resultados encontrados em uma pesquisa, realizada em cinco organizações do Rio de Janeiro, as quais participaram de grandes mudanças, em que as narrativas demonstraram diferentes sentimentos em relação ao processo de mudança, porém concluindo que as resistências nada mais são do que manifestações de emoções, tais como: ansiedade, medo, angústia e nostalgia, demonstrando que a mudança organizacional ainda está muito direcionada à ótica da administração e do planejamento, com intuito de obter bons resultados, porém pouca atenção tem sido dada aos sentimentos dos indivíduos e da sua concepção como sujeito nesse processo (SILVA; VERGARA,2003).

No HUOP, o que se pôde perceber é que a mudança despertou sentimentos de fragilidade, de perda e de ambiguidade quanto à alegria de ficar e a tristeza pelos amigos que saíram e, também, a indefinição acerca da permanência em decorrência da necessidade de aguardar novas chamadas do Concurso Público.

### 5.2.2 Processo de reorganização do trabalho do enfermeiro

O **processo de reestruturação coletiva do trabalho** foi a estratégia adotada pelos os enfermeiros, para lidar com essa situação de desorganização reinante.

*[...] Fomos estudar, estudávamos todos os dias que dava um tempo...aí a gente fez manual de normas e rotinas e aí que a gente foi organizando o nosso processo de trabalho, porque a gente não sabia por onde começar, o que agente ia fazer ali? Que patologias eram aquelas, que a gente nunca tinha visto? Então agente começou do básico...foi um período muito difícil [...] (B)*

E nesse processo de reestruturação coletiva, os enfermeiros se uniram, para construir novamente o trabalho da enfermagem.

*[...] O que eu achei difícil é que éramos em poucos e que nós não podíamos contar com a nossa chefia, agente já sabia que era uma pessoa difícil, a chefia que estava era a que era anterior e agente sabia das histórias do que os outros contavam de como ela trabalhava e que ela realmente não dava respaldo para o enfermeiro, ela não dava apoio, então o processo de trabalho era muito difícil neste sentido, agente... não podia levar um problema para ela, não podia pedir o que fazer, porque a gente não tinha este retorno [...] (F)*

*[...] Nesta transição para hospital universitário, a gente era poucos e contava um com o outro, o vínculo era melhor entre manhã, tarde e noite, o que me ajudou muito foi os meus companheiros e colegas, agora quando somos hospital de ensino, a gente não conhece os novos e mal se vê no corredor [...] (A)*

O processo de reestruturação coletiva do trabalho corresponderia em processo de mudança planejado, ao estado do movimento ou da mudança descrito por Kurt Lewin, e isso pode ser percebido nas falas quando os enfermeiros citaram

que eles foram estudar e todos os dias que conseguiam iam estudar, ou seja, eles estavam dispostos a aprender novas ideias e práticas (CHIAVENATO, 2003).

Outro fator verificado é a mudança propriamente dita, coordenada, nesse momento, iniciou-se pelos próprios enfermeiros e isso é percebido quando relataram que foram estudando e, dessa forma, foram organizando o processo de trabalho, construindo manuais de normas e rotinas, entre outros. Ou seja, eles iniciaram o movimento para a adoção de novas atitudes, comportamentos e valores.

Para Quintella e Souza (2002); Robbins (2002); Chiavenato (2003), o estágio da mudança, ou estágio de movimento para a nova condição de Kurt Lewin, corresponde ao momento em que a mudança realmente acontece e esse estágio surge quando ocorre a descoberta e a adoção de novas atitudes, novos valores e novos comportamentos. Por isso, é fundamental nesse momento que as pessoas estejam abertas para aprender e para mudar.

No estágio da mudança, o agente de mudança tem um papel imprescindível, pois cabe a ele conduzir as pessoas, o grupo ou a organização para a construção de novos valores, atitudes e comportamentos, por meio de processos de identificação e de internalização. Na internalização, os membros da organização se identificam com valores, comportamentos e atitudes dos agentes da mudança e com isso passam a internalizá-los (CHIAVENATO, 2003).

No HUOP, nesse momento, assim como nos anteriores, não houve a figura de um agente de mudança e isso é percebido quando os enfermeiros relataram que não podiam contar com a chefia de enfermagem, que ela não lhes dava respaldo e que contavam uns com os outros para solucionar os problemas, ou seja, a internalização de novos comportamentos, novas atitudes e novos valores, a partir de um agente de mudança, não ocorreu nesse hospital de estudo, porém foram construídos pelos próprios enfermeiros.

Em relação ao **desempenho do cuidado e do ensino no processo de reestruturação** do trabalho do enfermeiro, os enfermeiros mencionaram as limitações durante o período de hospital geral e hospital universitário.

*[...] Nós entramos como enfermeiros tarefeiros e ficou assim nesta transição e durante o período de hospital universitário, a gente só*

*desempenhava atividades práticas, passava sonda, instalava soro, coletava exame, providenciava alta, admitia [...] (B)*

*[...] Até chegar a ser hospital de ensino, a gente era que nem de bombeiro...não conseguia acompanhar os pacientes, não tinha como pensar um processo de trabalho, às vezes tinha intercorrência em dois setores e o outro enfermeiro vinha ajudar porque eram três enfermeiros à noite...você ficava feliz quando fazia os procedimentos complexos, que não precisava delegar para os técnicos [...] (E)*

O número insuficiente de enfermeiros é percebido: pela dificuldade no desempenho de cuidados específicos; pela necessidade de realizar a cobertura de vários setores; pela ausência na supervisão dos cuidados de enfermagem e pela inexistência nesta instituição da sistematização da assistência de enfermagem.

De acordo com Zanatta (2003), a falta de servidores no HUOP é um problema desde o período de HRC, sendo inclusive um dos problemas que culminaram com a transferência do Hospital para a Universidade.

O número insuficiente de enfermeiros e a sobrecarga de trabalho destes profissionais também foram verificados por um estudo desenvolvido em 2003 no HUOP, o qual teve como objetivo dimensionar o quadro de pessoal da enfermagem, e os resultados demonstraram que o quadro existente de enfermeiros, correspondia a 50 % do projetado, enquanto dos técnicos havia um excedente de 29,2% e, devido ao número insuficiente de enfermeiros, as atividades de maior complexidade e gravidade estavam sendo desenvolvidas por profissionais de nível médio, contrapondo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de 1986, além dos enfermeiros se desdobrem para cobrir várias unidades e desempenhar diversas funções (NICOLA; ANSELMINI, 2005).

Em relação ao processo de trabalho dos enfermeiros, verificou-se que no período de hospital geral e durante o período em que o hospital se tornou universitário, antes da certificação, limitava-se ao assistir ou cuidar, porém realizado de forma tecnicista, fragmentada e voltado apenas ao biológico. Isso não pelas suas vontades, mas pelas condições de trabalho que lhes eram impostas.

Para Sanna (2007), o processo de trabalho cuidar ou assistir, em enfermagem, consiste em prestar cuidados ao indivíduo, família, grupos sociais,

comunidades e coletividades, além de compreender que o ser humano necessita de cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual, durante toda a vida.

Com relação à qualificação dos profissionais, os enfermeiros relataram que não houve investimentos ao aprimoramento no trabalho.

*[...] Quando nós chegamos aqui...ninguém do tipo gerencial estava preocupado em investir nos profissionais de enfermagem para melhorar, no ponto de vista acadêmico para melhorar a assistência, isso foi conquistado com muita dificuldade [...] (G)*

No tocante à qualificação profissional dos enfermeiros, pôde-se evidenciar a falta de investimentos, assim como a ausência de incentivos em atividades acadêmicas e de pesquisa.

Nesse sentido, Vasco *et al* (2008) relatam que os enfermeiros estão inseridos em cenários complexos, dicotômicos e paradoxais, em que se observa a inserção de novas tecnologias, equipamentos, sistemas e processos de trabalho que demandam a necessidade da gestão do conhecimento e do aprendizado individual, grupal e organizacional. Porém o que existe é a falta de investimento institucional em novas competências para atender a essa necessidade.

A falta de investimentos e de incentivos, para que os enfermeiros desenvolvessem novas competências, pode ser um dos fatores para o não desenvolvimento dos processos de trabalho do enfermeiro – educar, pesquisar, gerenciar/administrar e do participar politicamente – durante o período de hospital geral até hospital de ensino.

Com a transformação do hospital geral em hospital universitário, houve a inserção dos alunos.

*[...] Eu lembro que neste período que estava começando a se consolidar como hospital universitário tinha estágio de escola técnica e alunos de enfermagem, o curso de enfermagem já estava aqui, e já estava na nossa rotina e contávamos com eles devido à falta de profissionais no início [...] (F)*

*[...] Mais tarde vieram outros profissionais como fisioterapia, farmácia, odontologia. Nós começamos a conviver com isso, e no início foi difícil porque não tinha organização, ninguém queria assumir o paciente por inteiro, e a enfermagem do hospital tinha que resolver e intermediar as situações...aí demoravam as prescrições dos pacientes, demoravam os diagnósticos e as condutas e, conseqüentemente, as condutas e procedimentos da enfermagem também eram afetados [...] (F)*

A inserção dos alunos no ambiente hospitalar está prevista na Portaria IM/MEC/MS nº1000 de 2004, sendo obrigatório às instituições abrigarem formalmente um curso de medicina e um curso de graduação superior na área da saúde, além de programas de residência médica e dispor de condições físicas para o ensino e proporcionar o incentivo a pesquisas (BRASIL, 2004).

Os enfermeiros referiram que a inclusão de novos cursos ocasionou desordem no trabalho do enfermeiro. Esse transtorno, aos olhos dos enfermeiros, pode ser compreendido por dois fatores. Primeiro, em virtude do próprio estado do movimento de Kurt Lewin (CHIAVENATO,2003), em que novos procedimentos e novas formas de se fazer estão sendo incorporadas no trabalho do enfermeiro em função da inserção dos alunos e, por esse motivo, a demora nas prescrições, nos exames, entre outras, é esperada, pois agora o aluno necessita aprender o que demanda mais tempo do que o habitual, e isso muda a logística do hospital e reflete no trabalho do enfermeiro.

O segundo fator consiste na resistência dos enfermeiros em incluir os alunos em sua rotina de trabalho. Essa resistência está relacionada, segundo Robbins, Judge e Sobral (2010), com o hábito, pois as pessoas criam hábitos ou rotinas para o desempenho do seu trabalho, com isso, quando a mudança acontece as pessoas reagem porque não querem mudar nem sair da zona de conforto proporcionada pelas atividades que estão acostumadas.

Os enfermeiros também relataram que no início contavam com os alunos de enfermagem para o trabalho, devido à falta de funcionários. Essa informação remete à discussão acerca da concepção do aluno enquanto “mão-de-obra”, pois esta, ainda hoje, é uma visão equivocada dos profissionais sobre a finalidade do estágio supervisionado, nos ambientes de saúde. Porém, as causas dessa visão distorcida

podem estar relacionadas ao desconhecimento dos enfermeiros acerca das Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem, prevista na Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001, e do seu papel na formação.

A visão dos enfermeiros de que o aluno deve substituir o profissional nos estágios curriculares também foi evidenciada em um estudo desenvolvido no município de Fortaleza, no Ceará, o qual teve como objetivo investigar a integração docente/assistencial sob a visão dos profissionais; e os resultados demonstraram que os enfermeiros valorizam o docente e o aluno, quando estes realizam as suas atividades rotineiras (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009).

Outro dado importante citado pelos enfermeiros é que ninguém via o paciente por inteiro e que a enfermagem tinha que intermediar essa situação. Isso é comum no trabalho do enfermeiro, pois ele acaba supervisionando não somente as atividades de enfermagem, mas conferindo se o paciente está prescrito, se os exames foram solicitados, se a fisioterapia foi realizada, entre outros. E, com isso, contactua-se com demais profissionais para garantir o cuidado do paciente como um todo.

Nessa perspectiva, conforme Merhy e Cecílio (2003) é a enfermagem quem gerencia o cuidado nos hospitais, pois consegue articular de forma ampliada com os demais profissionais, para viabilizar o cuidado ao paciente de forma integral, ultrapassando a coordenação específica da categoria e realiza essa gerência sem estar instituída de uma autoridade formal.

Durante o período ainda de hospital universitário, aconteceu uma **reformulação administrativa para o trabalho** do enfermeiro.

*[...] quando chegamos...tínhamos uma direção geral, um diretor clínico, uma chefe de enfermagem, que não era ainda direção....não tinha um organograma da instituição...na época... de Universitário foi criada uma direção de enfermagem e veio uma professora da Unioeste, depois enfermeiras do hospital assumiram...lembro-me da direção geral, de enfermagem, clínica e administrativa, na direção de enfermagem tinha um diretor e uma chefia de enfermagem e os enfermeiros das alas. Depois de hospital de ensino... veio uma direção geral, administrativa, financeira, de enfermagem, clínico e mais recente foi criada a direção pedagógica [...] (F)*

A reformulação administrativa foi percebida no HUOP em cada etapa: hospital geral, universitário e de ensino. Para contemplar o novo modelo de gestão hospitalar de ensino e para facilitar essa compreensão, organizaram-se esses dados no Quadro 2, a seguir.

<b>Hospital Geral</b>	<b>Hospital Universitário</b>	<b>Hospital de Ensino</b>
Direção Geral	Direção Geral	Direção Geral
Direção Clínica	Direção de Enfermagem; Chefia de enfermagem e enfermeiros das alas	Direção de Enfermagem Chefia de enfermagem e enfermeiros das alas
Chefia de Enfermagem	Direção Clínica	Direção Clínica
	Direção Administrativa	Direção Administrativa
		Direção Pedagógica

Quadro 2 - Reformulação Administrativa para o Trabalho

FONTE: O autor (2012)

Ao analisarmos o Quadro 2, pôde-se verificar, segundo os enfermeiros, que houve uma evolução gradativa da estrutura organizacional do hospital, inicialmente com duas (02) direções e uma chefia, depois quatro (04) direções e uma (01) chefia e mais recente cinco (05) direções e uma chefia.

Em relação ao período de hospital geral, representado na primeira coluna, os dados descritos pelos enfermeiros condizem com a estrutura vigente em 1989, pois, de acordo com Zanatta (2003), o hospital era composto pela direção geral, e pelas diretorias clínica e administrativa e, nesse contexto, a enfermagem se limitava a uma chefia subordinada à direção clínica. Notou-se que os enfermeiros não citaram a direção administrativa, isso provavelmente se deve pelo distanciamento da enfermagem com essa diretoria.

Na segunda coluna do Quadro 2, pode-se observar uma nova estrutura organizacional no período em que o hospital foi transferido para a Universidade, ao se consultar as Resoluções do Conselho Universitário da Unioeste, verificou-se que as informações repassadas pelos enfermeiros vão ao encontro da Resolução nº 051 de 2003, a qual cria uma estrutura provisória para atender ao Hospital Universitário, em 05 de agosto de 2003, e era composta por quatro (04) diretorias, sendo: diretoria geral, diretoria de enfermagem; diretoria clínica e diretoria administrativa e demais assessorias. Nessa estrutura, a enfermagem não é contemplada com cargos de

assessoria, com isso, a chefia de enfermagem citada pelos enfermeiros provavelmente desempenhou essa função sem um cargo e uma remuneração extra (CASCAVEL, 2003).

A última coluna do Quadro 2 demonstra a estrutura vigente em 2012, implantada quando o hospital se consolidou como instituição de ensino e passa a ser composta, conforme relato dos enfermeiros, pelas diretorias: geral, de enfermagem, administrativa, clínica e pedagógica e uma chefia de enfermagem. Quando se relacionam esses cargos com a Portaria IM/MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004, nota-se que essa Portaria engloba mudanças e maiores controles relacionados ao ensino, à assistência e à gestão, o que nessa instituição fica evidente que a inclusão dos novos cargos foi uma estratégia para reorganizar o trabalho, atendendo a essa demanda.

Diante do exposto, o Quadro 2 demonstra claramente a reformulação administrativa realizada para o trabalho e como o processo de mudança se materializou institucionalmente.

A estrutura organizacional pode ser conceituada como o modo pelo qual a autoridade é distribuída, com isso, as atividades são especificadas, desde os níveis mais baixos até a alta administração e um sistema de comunicação é criado, para que as pessoas exerçam a autoridade que lhes compete e desenvolvam as suas atividades, para atingir os objetivos organizacionais (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010)

No que tange à enfermagem, percebeu-se que houve uma maior visibilidade quando o hospital se tornou universitário, pois ela é inserida na estrutura organizacional, por meio do cargo de direção de enfermagem e esse cargo, no processo de mudança, foi resultado de um posicionamento da Universidade, tanto que a primeira diretora de enfermagem era uma professora da UNIOESTE.

A inclusão do Curso de Enfermagem, no cargo diretivo de enfermagem, foi o resultado de uma ação bem-sucedida entre o grupo de enfermeiros e os professores da Universidade, essa parceria está no cerne da lógica de hospital de ensino.

Sendo assim, pode-se dizer que o Curso de Enfermagem teve o importante papel de catalisador na implantação da diretoria de enfermagem, pois assim como em uma reação química, assumiu o papel de acelerador deste processo, na medida

em que ajudou a consolidar e legitimar o cargo e depois devolveu para os enfermeiros do hospital ocuparem essa posição.

De acordo com Beccaria e Trevisan (2006), a integração entre as organizações acadêmicas e assistenciais está fundamentada na atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e essa união promove o intercâmbio contínuo do conhecimento, o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a sua prática, proporcionando além da melhoria da qualidade da assistência prestada, a valorização da profissão.

Em relação à direção de enfermagem, um estudo desenvolvido por Almeida *et al* (2011) evidenciou que a direção de enfermagem possui um poder que é inerente ao próprio cargo e que os seus profissionais reconhecem e confiam naquele que ocupa esse cargo, pois a direção garante aos servidores representatividade em questões executivo-deliberativas, auxilia na resolução de problemas e direciona o trabalho da enfermagem.

O cargo de direção no HUOP é trazido pelos enfermeiros como um simbolismo, pois mostra que o trabalho foi reconhecido. O poder simbólico é um poder invisível, que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que estão sujeitos a esse poder ou daqueles que o exercem. (BOURDIEU, 2012).

O cargo diretivo é tão importante para os enfermeiros que quando ocorre a perda desse simbolismo o resultado é desastroso e isso foi verificado em um estudo desenvolvido num hospital de ensino no Sul do País, em que a substituição do cargo de direção de enfermagem por coordenação provocou um desmantelamento do serviço e a desarticulação/desmobilização dos trabalhadores de enfermagem. (BERNARDINO; FELLI, 2008). Em 2011, o cargo de diretoria nessa instituição foi restituído em função do fracasso das mudanças e da necessidade de retomar o crescimento institucional.

Dessa forma, pode-se considerar que a implantação da diretoria de enfermagem no HUOP foi uma conquista para os trabalhadores de enfermagem e para o Curso de Enfermagem da UNIOESTE, pois além de garantir uma posição de destaque para a enfermagem, também garante, ao se inserir no hospital, condições para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa nessa instituição.

### 5.2.3 Trabalho do enfermeiro após a mudança

A transformação em hospital de ensino permitiu uma nova **estrutura administrativa para o trabalho** do enfermeiro.

*[...] Na enfermagem a gente teve uma evolução muito grande também quando virou hospital de ensino foram criados os coordenadores, o escritório da qualidade e a educação continuada [...]* (C)

*[...] Com o hospital de ensino e os coordenadores dos setores, teve a inclusão da organização, planejamento, o provimento de pessoal, material. Foi inserido também o coordenador de estágios na enfermagem que foi muito bom. A gestão de materiais e equipamentos para a enfermagem foi importante. As reuniões, nós começamos a saber o que estava acontecendo no hospital, chegava até a enfermagem e eram repassadas [...]* (F)

Após a certificação de hospital de ensino, verificou-se que foi criada uma nova estrutura organizacional para o Serviço de Enfermagem, com a implantação de coordenadores assistenciais e gerenciais, e isso, provavelmente, aconteceu pela inclusão da diretoria de enfermagem e pela contratação de novos funcionários, citada pelos enfermeiros.

A estrutura organizacional possui várias denominações: formato organizacional; desenho organizacional; *design* organizacional, entre outros. E tem por finalidade mostrar como uma organização funciona ou como ela se molda, com isso, são demonstrados quais são os seus órgãos, como estão estabelecidas as suas relações, além de revelar como as suas atividades e funções estão divididas entre os trabalhadores (SPAGNOL; FERNANDES, 2004).

As estruturas organizacionais são compostas pelos elementos: responsabilidade, a qual corresponde às atividades e às obrigações que o indivíduo tem que cumprir em sua unidade de trabalho; autoridade, que está relacionada com o poder de tomar decisões, nesse caso, quanto maior a hierarquia, maior o poder de decisões; a comunicação, que consiste no processo de transmitir informações entre

os diversos profissionais da empresa e em todos os sentidos: vertical, horizontal, interagindo com as diversas áreas do organograma e a capacidade decisória, que se trata de uma capacidade de analisar antecipadamente os problemas da empresa, priorizando e dando suporte às decisões (SPAGNOL;FERNANDES, 2004).

Na enfermagem, percebeu-se uma mudança no desenho organizacional, antes centrado em uma única chefia, centralizadora, com falhas na comunicação e com demora em se obter respostas. Nesse novo modelo acontece a descentralização administrativa, com a divisão por unidades autônomas, que estão interligadas pela comunicação.

Nesse sentido, Spagnol e Fernandes (2004) diferem as estruturas organizacionais clássicas, ou seja, aquelas que provêm da Escola Clássica da Administração, das estruturas contemporâneas ou orgânicas, sendo estas caracterizadas por diversas dificuldades gerenciais, como: hierarquização, concentração do poder, falhas na comunicação e demora em se obter respostas. E aquelas compostas pela descentralização administrativa, divididas por unidades autônomas, interdependentes e interligadas por um intenso sistema de comunicação, com isso, tornando as formas de organizações mais flexíveis e mais adaptáveis às mudanças.

No que concerne aos cargos, notou-se que houve uma ampliação no quantitativo, contemplando as áreas assistenciais e administrativas, essa expansão se torna necessária na medida em que o Serviço de Enfermagem é ampliado e esse aumento da demanda do trabalho da enfermagem é motivado pelo hospital que expande o atendimento, pela diretoria de enfermagem que implanta melhorias, pela administração que exige maiores controles, porém a implantação da coordenação só é possível no HUOP, porque acontece a ampliação do quadro funcional.

E ainda em relação à implantação das coordenações, percebeu-se que a enfermagem ocupou espaços administrativos que ultrapassam os limites da diretoria de enfermagem, como por exemplo, a gestão de materiais e de equipamentos e o escritório da qualidade, sendo isso uma conquista importante para a enfermagem, pois esses cargos poderiam ter sido ocupados por outros profissionais, como farmacêuticos, médicos, administradores, entre outros. Porém a enfermagem ocupa esses lugares estratégicos, para viabilizar a qualidade do cuidado.

Nessa perspectiva, Segui (2010) desenvolveu uma pesquisa em um hospital de ensino no município de Curitiba - PR e também verificou que, em uma mudança de modelo gerencial, a enfermagem não ampliou cargos intermediários dentro da estrutura de enfermagem, mas ampliou o seu espaço ao ocupar outros cargos administrativos.

Com isso, no caso do HUOP, o que se verificou é que a nova estrutura administrativa para o trabalho do enfermeiro refletiu resultados positivos, uma vez que proporcionou organização, planejamento, além de facilitar a comunicação entre a enfermagem, tendo em vista a implantação de reuniões e o próprio papel dos coordenadores.

Com a certificação do hospital em instituição de ensino, surgiu também uma série de avanços para **o trabalho do enfermeiro**.

*[...] Antes a gente não pensava na Enfermagem como ciência, porque estou fazendo tal coisa, o que fazer para melhorar o procedimento, fazia porque era para fazer, não conseguia planejar, não via o fim. Hoje hospital de ensino não, hoje, há planejamento, conseguimos ver o fim, aonde queremos chegar [...] (B)*

*[...] Com o hospital de ensino, veio a SAE, o que era extremamente distante, coisa de banco de faculdade, você nem se imaginava prescrevendo, isso era coisa ilusória e hoje tem no cotidiano e é tão normal [...] (E)*

A mudança para hospital de ensino resultou em uma importante influência da academia sobre o trabalho do enfermeiro, e isso ficou perceptível aos enfermeiros relatarem que “...antes a gente não pensava na Enfermagem como ciência...”, outro aspecto que demonstrou essa influência foi a implantação da SAE, ou seja, da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A SAE se constitui em uma importante ferramenta metodológica e científica para o trabalho do enfermeiro, a qual busca por meio de intervenções de enfermagem solucionar problemas de saúde e de processos vitais do indivíduo, da família e da comunidade (BERSUSA, 2009). Portanto requer conhecimento para a sua aplicabilidade. Dessa forma, notou-se que os enfermeiros, para a implantação

da SAE, necessitaram estudar e, com isso, aconteceu uma parceria entre o hospital e a Universidade.

Com a certificação do hospital de ensino, percebeu-se que no HUOP aconteceu também a inserção do processo de trabalho gerenciar ou administrar, tendo em vista que agora os enfermeiros começaram a compreender e a planejar o seu trabalho.

De acordo com Sanna (2007), no processo de trabalho gerenciar ou administrar, os objetos são: os agentes responsáveis pelo cuidado e os recursos utilizados no assistir. Esse processo compete unicamente ao enfermeiro, pois somente esse profissional domina os métodos de tal processo, que são: o planejamento, a tomada de decisão e a auditoria relacionada ao cuidado.

Além disso, nas falas, notou-se que o processo de trabalho cuidar ou assistir deixou de ser apenas voltado ao biológico, pois começou a contemplar as demais necessidades física, psicológica, social e espiritual ao inserir a sistematização da assistência de enfermagem.

Nesse sentido, para Pires (2009), o cuidar compreende assistir não somente a parte do corpo que não está bem ou que está lesada, mas também é necessário produzir conhecimentos, para cuidar do ser humano em suas necessidades individuais, complexas, na dimensão familiar, como parte de grupos sociais e de sociedades históricas.

As condições de trabalho também melhoraram com o hospital de ensino, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

*[...] Não tínhamos computador, o prontuário era só no papel, hoje nós temos prontuário eletrônico, o que facilita o nosso trabalho, e ainda ajuda nas pesquisas [...] (F)*

*[...] Agregado a nova tecnologia, principalmente o sistema informatizado que facilita o nosso trabalho o que possibilitou para o nosso objetivo maior que é recuperar o organismo doente [...] (G)*

*[...] E outras tecnologias foram inclusas nas nossas alas com o hospital de ensino, o cateter PIC, curativos, hoje eu fui a uma reunião*

*de terapia nutricional e aquele povo fala coisas que eu vou ter que estudar, o material e o equipamento evoluiu muito [...] (C)*

*[...] Depois de hospital de ensino a gente sempre teve apoio, equipamentos novos de última geração, por exemplo o bilicheq, investimento tecnológico evoluiu bastante [...] (D)*

Após o hospital se tornar instituição de ensino, aconteceu um grande avanço em termos de tecnologia para o hospital, especialmente materiais e equipamentos, as denominadas tecnologias duras e leve-duras, como: o computador, o sistema gerencial informatizado, a aquisição de cateteres, curativos industrializados e equipamentos, o que facilitou e proporcionou maior qualidade para o desempenho do cuidado prestado ao paciente.

O termo tecnologia possui a definição etimológica de “tecno” que provém de *techné*, o qual significa o saber fazer e “logia”, proveniente de *logos*, que é razão, logo tecnologia pode ser conceituada como a razão do saber fazer (ROCHA, *et al*, 2008).

As tecnologias se dividem em leves, leves-duras e duras, as tecnologias leves são aquelas relacionadas ao acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho; as leves-duras se referem ao saber bem-estruturado, como a clínica, a epidemiologia, etc. Já as duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY, 1997).

Em relação ao uso das tecnologias, para Salvador, *et al* (2012) há uma série de vantagens para o cuidado, tais como: integração e utilização dos dados para cuidado e pesquisa; redução dos erros de administração de medicamentos e efeitos adversos; inovação da prática profissional; melhor direcionamento do tratamento, entre outras. Porém é necessário que aconteça uma combinação entre as tecnologias leves e duras, no sentido de integrar a humanização do cuidado à qualificação tecnológica, visando a preservar o caráter relacional e peculiar do cuidado de enfermagem.

A inserção de tecnologias duras em hospitais públicos e de ensino são fundamentais, porque são essas instituições que devem prestar o atendimento de alta complexidade e ser referência para os demais atendimentos, de acordo com a demanda local; tais hospitais precisam estar inseridos e servirem de referência para

urgência e emergência, já que são nesses ambientes que o ensino e o desenvolvimento de pesquisas devem acontecer.

Embora a inserção de tecnologias seja necessária para os hospitais de ensino e esteja fundamentada pela Portaria IM/MEC/MS nº 2400 de 2007, assim como estava na Portaria IM/MEC/MS nº1000 de 2004, infelizmente esse não é o cenário em muitos hospitais públicos e de ensino no Brasil, nos quais se verifica o sucateamento da estrutura física e de equipamentos, a falta de materiais e condições inadequadas para o trabalho. No entanto, no caso do HUOP, percebeu-se uma realidade contrária, pois aconteceu uma evolução, em termos de materiais, equipamentos e melhores condições para o trabalho.

O ensino na instituição também passou a ficar organizado.

*[...] hoje o acadêmico se reporta ao residente, que tem uma escala que você sabe a quem vai recorrer, qual o residente está ali e o nosso processo de trabalho está mais organizado, hoje a gente tem para onde se direcionar, já antes não era assim, também por conta disto, os pacientes não ficam sem prescrição, as condutas e diagnósticos são realizados, tem problemas, mas de um modo geral, funciona [...] (F)*

*[...] Para a enfermagem, depois que virou hospital de ensino, foi efetivado uma coordenação de estágio, que passou a gerenciar os campos de estágio com controle e agora você sabe que vai ter estágio, quem são os alunos, os professores, foi implantado o limite de alunos, o que melhorou muito e permitiu contarmos no trabalho com alunos da enfermagem [...] (E)*

O processo de mudança realmente aconteceu no HUOP, quando os enfermeiros relataram que o ensino passou a ficar organizado, os alunos não ficaram mais sozinhos, escalas foram implantadas, sabe-se a quem se reportar, ou seja, notou-se que o período do movimento para mudança passou, que as novas rotinas foram organizadas e incorporadas no trabalho do enfermeiro. Esta nova situação, correspondendo à última fase do modelo de Kurt Lewin, denominada de recongelamento (CHIAVENATO, 2003).

Na última etapa do processo de mudança de Kurt Lewin, denominada descongelamento, acontece a consolidação da mudança, ou seja, é o momento em que a mudança foi implantada e deve ser mantida (QUINTELLA; SOUZA, 2002; ROBBINS, 2002). Nesse momento, o que foi aprendido se incorpora à prática atual, tornando-se a nova maneira que a pessoa conhece e realiza o seu trabalho, no entanto, não basta apenas conhecer a nova prática, ela deve ser fixada e inserida no comportamento das pessoas (CHIAVENATO, 2003).

Nesse sentido, verificou-se que os enfermeiros efetivamente fixaram e incorporaram a filosofia do que é um hospital de ensino, quando eles relataram que agora, de um modo geral, o ensino funciona e que melhorou bastante. Para tanto, fica claro que aconteceu uma parceria entre o hospital e a universidade, a logística do hospital mudou e voltou-se para o ensino.

Com o hospital de ensino, começaram os investimentos na qualificação profissional.

*[...] Com o hospital de ensino, passou a disponibilizar treinamentos capacitações e despertou o interesse de estudar. Eu participei de um Congresso Internacional de Neonatologia e neste ano eu fui a três congressos, pelo meu interesse [...] (E)*

*[...] Houve com o hospital de ensino, o surgimento dos profissionais ligados ao ensino, o que motivou a nos capacitar e reciclar, como pós-graduação em especialização, mestrado e até doutorado, potencializou o nosso conhecimento acadêmico e melhorou muito a qualidade da assistência deste hospital, de 2001 até hoje [...] (G)*

Com a transformação do hospital em instituição de ensino, surgem os investimentos em treinamentos, o incentivo à participação em congressos e a liberação para os enfermeiros cursarem especialização, mestrado e doutorado.

No que concerne à qualificação profissional, verificou-se na Portaria IM/MEC/MS nº 1000 de 2400, vigente na época de certificação do HUOP, que os hospitais devem dispor de programas para o desenvolvimento de profissionais técnico-assistenciais, docentes, preceptores, gerentes e de nível técnico, por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituições de nível superior.

Ademais, após a certificação, surgiu da Lei Estadual nº 15050 de 12 de abril de 2006, que dispõe sobre a Carreira do Pessoal Técnico Administrativo das Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado do Paraná, e nesta é previsto o incentivo para a qualificação desses profissionais em nível de mestrado e doutorado.

Com isso, a transformação do HRC em hospital de ensino, com certeza, trouxe avanços para a qualificação dos enfermeiros e, conforme relato dos enfermeiros, refletiu em melhorias para o cuidado.

A estrutura física também foi ampliada.

*[...] Um fato que é bom lembrar é que com o hospital de ensino vieram os locais para os alunos ficarem, antes da reformas não existia espaços para os alunos, somente depois de 2005 que começaram estes espaços, principalmente nas unidades [...] (D)*

*[...] Eu vejo que como hospital de ensino o hospital cresceu muito, principalmente em relação à estrutura física, não tínhamos ambulatório, auditório [...] (F)*

*[...] Não estamos com uma estrutura plenamente adequada, mas estamos vendo que os espaços estão sendo ocupados [...] (F)*

No concernente à ampliação da estrutura física do HUOP, um dado importante foi citado pelos enfermeiros: "...somente depois de 2005 que começaram estes espaços, principalmente nas unidades...". Quando se reportou às legislações e à história do HUOP, verificou-se que a ampliação do espaço físico do hospital está diretamente relacionada com a sua certificação como instituição de ensino, tendo em vista que o HUOP foi certificado em 03 de janeiro de 2005, por meio da Portaria Interministerial Nº50 e a Portaria IM/MEC/MS nº 1000 de 2004, e nesta se prevê a instalação adequada para o ensino e à pesquisa no ambiente hospitalar.

O hospital também reconheceu a sua nova finalidade de ensino, a partir do momento que iniciou a ampliação dos espaços físicos, com as reformas visando locais apropriados para os alunos estudarem nas unidades, auditórios, entre outros.

Em relação ao enfermeiro, notou-se que as reformas e a ampliação do espaço físico foram elencadas como um ponto positivo para o seu trabalho, pois

agora os alunos se acomodam em espaços próprios e as unidades dispõem de melhores condições para a assistência.

A trajetória percorrida pelos enfermeiros resultou em reconhecimento profissional.

*[...] Eu acho também no processo de trabalho do enfermeiro agente adquiriu ao longo destes anos um respeito e uma autonomia, quando agente entrou aqui em 2001, aqueles médicos mais antigos...eles tinham uma visão da gente, hoje eles tem outra visão, então, a gente discuti de igual para igual, eles questionam, eles querem saber a opinião da gente [...] (C)*

*[...] Hoje, que somos hospital de ensino, temos uma situação mais agradável temos autonomia, vez e voz. Só não tem quem não quer, a não ser que você seja submisso a ordens de outros profissionais, somos detentores de conhecimento precisamos opinar sim [...] (G)*

*[...] No passado nós íamos conhecer outras instituições, quando hospital universitário, hoje por estas melhorias e seremos hospital de ensino, também o nosso trabalho é referência para outras instituições, inclusive privadas... até universidades já vieram. A gente tem falhas...mas hoje somos...reconhecido pela competência técnica e teórica [...] (F)*

O enfermeiro, no HUOP, no período de hospital geral estava preso a um modelo extremamente biomédico, pelas condições de trabalho e pela falta de respaldo, de conhecimento, de investimentos, por isso ficava à sombra da figura do médico. Posteriormente, com a consolidação de hospital de ensino, o enfermeiro adquiriu conhecimento, qualificou-se e, conseqüentemente, tornou-se reconhecido pela enfermagem e pelos demais profissionais da instituição.

Nesse sentido, para Baggio e Erdman (2010), atualmente, a atuação do enfermeiro está respaldada no conhecimento científico e essa atuação é valorizada, quando possibilita o reconhecimento entre os profissionais de saúde, confiabilidade pela equipe e pela organização institucional.

A visibilidade do trabalho dos enfermeiros no HUOP ultrapassa os limites do hospital, os quais se tornam referência para outras instituições e, quando isso acontece, eles legitimam o seu trabalho e ampliam o seu espaço de atuação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo deste estudo foi alcançado, tendo em vista que foi possível descrever as implicações da mudança de um hospital geral para hospital de ensino para o trabalho do enfermeiro. Nesse sentido, destacam-se pontos relevantes dos resultados e da análise para encerrar o presente estudo.

No início do processo de mudança se encontrou um movimento de reação dos profissionais, pela forma como a comunicação sobre a mudança foi efetivada. A reação relatada pelos sujeitos evidenciou a importância da comunicação para a sensibilização e à mobilização dos envolvidos no processo de mudança.

Há evidências, no discurso dos entrevistados, dos diferentes sentimentos que emergiram no processo. Entre esses sentimentos, destaca-se que alguns profissionais tiveram a regularização do vínculo empregatício por meio do concurso público. E, por isso, experimentaram sentimentos controversos, ou seja, estiveram felizes pelo seu resultado e, ao mesmo tempo, culpados pela situação daqueles colegas que perderam o emprego por não terem sido aprovados. Para estes, ficou ainda o sentimento de terem sido traídos, pois confiaram na informação inicial, na qual se afirmava que o concurso público era uma etapa de um processo que regularizaria a situação dos contratados, o que não aconteceu.

No discurso, os entrevistados relataram que a classificação no concurso foi também utilizada pela Chefia de Enfermagem para a alocação dos servidores públicos nos locais de trabalho. Tal medida agravou ainda mais a situação, pois não houve consideração sobre os conhecimentos, as habilidades e as experiências do servidor, sendo que muitos já estavam trabalhando anteriormente em postos que agora se colocavam à disposição dos que chegavam. Essa maneira de encaminhar a questão agravou ainda mais insatisfação dos envolvidos e, conseqüentemente, a desestabilização do Serviço de Enfermagem por um período.

Assim, na busca de reorganização do trabalho, os enfermeiros buscaram uma solução coletivamente. Foi nesse sentido que se uniram e se instrumentalizaram, por meio de estudos, para reconstruírem o trabalho da enfermagem na instituição. Os desafios apontados para esta fase da mudança era instrumentalizar o enfermeiro para desenvolver o cuidado, assim como para o ensino

em uma instituição que estava em processo de reestruturação. Entre as dificuldades relatadas, destaca-se o número insuficiente de profissionais para a realização de cuidados específicos e a necessidade de realizar a cobertura de vários setores, tendo-se, conseqüentemente, a dificuldade para a implementação do cuidado de enfermagem sistematizado.

Com o processo de ensino já implantado na instituição, os enfermeiros passaram a contar com os alunos de graduação em enfermagem para desenvolver o cuidado sistematizado junto aos usuários daquele hospital. Ao discorrer sobre a falta de servidores e a realização dos procedimentos pelos alunos de enfermagem, os enfermeiros refletiram sobre os transtornos no trabalho naquele período. No discurso, os sujeitos relataram que havia uma significativa demora na realização dos procedimentos e cuidados junto aos usuários dos serviços, pois no processo ensino-aprendizagem, principalmente no ensino de práticas de enfermagem, é necessário que o supervisor verifique o conhecimento científico prévio e a habilidade do aluno/cuidador, para garantir a segurança na assistência integral ao paciente.

Nesse período, na reformulação administrativa, houve o que se destacou como o fato mais importante para reorganização do trabalho do enfermeiro, uma vez que foi criada a diretoria de enfermagem. Sendo assim, a enfermagem passou a ter um papel de deliberação sobre as questões do trabalho e da assistência à saúde na instituição. Essa mudança foi um marco para a reorganização do trabalho do enfermeiro, pois na sequência da implantação da direção da enfermagem, veio a implantação de coordenações assistenciais e gerenciais de enfermagem. Desse modo, as decisões deixaram de ser centralizadas e os enfermeiros passaram a ocupar importantes espaços administrativos na instituição.

Foi nessa parceria – enfermagem do hospital e enfermagem da academia – que se pôde conceber a Enfermagem como ciência naquele espaço. As ações passaram a ser planejadas, considerando os demais processos no trabalho do enfermeiro, nos quais se reconhecia a importância da pesquisa e da educação para o trabalho. Assim, gerenciar e cuidar para a enfermagem deixou de ser apenas para cuidar e recuperar o corpo nos seus aspectos biológicos, contemplando-se, então, o cuidado do indivíduo na sua integralidade. Para um desempenho adequado às mudanças, os enfermeiros buscaram ampliar os seus conhecimentos por meio de formação *latu e stricto sensu*, assim se qualificaram e se tornaram reconhecidos

entre os demais profissionais, sendo estes do próprio hospital ou de outras instituições. Tal fenômeno os permitiu legitimar o seu trabalho nas equipes de enfermagem e multiprofissional do hospital, assim como ampliar o seu espaço de atuação para além da instituição a qual estavam vinculados.

Com relação às condições materiais para o trabalho também se verificou, por meio dos discursos, que o processo de transformação no hospital proporcionou melhorias. Essas melhores condições estiveram relacionadas com a inserção das tecnologias denominadas duras para o cuidado, especialmente no que se referiu à disponibilização de materiais e equipamentos, além da ampliação do espaço físico.

Acredita-se que o presente estudo traz contribuições para a enfermagem, pois demonstra o enfermeiro como protagonista em um processo de reestruturação do seu trabalho; apresenta as contribuições da academia para o trabalho do enfermeiro e mostra como se conquistou a visibilidade do trabalho do enfermeiro.

Pôde-se também, por meio desta investigação, demonstrar o quanto a transformação do HRC em hospital de ensino trouxe benefícios para assistência à saúde da população daquela região, pois atualmente os usuários dessa instituição podem contar com ações de alta complexidade, com uma série de especialidades, além de terem melhores condições no atendimento que lhe é prestado pela equipe de enfermagem. E na dimensão dessa instituição para o ensino, o processo de transformação permitiu a integração entre o hospital e a universidade pública da região, o que favorece a formação de profissionais com excelência.

Na realização desta pesquisa foi possível registrar riquíssimas informações sobre a contribuição do enfermeiro no processo de transformação do HUOP, como também permitiu evidenciar a capacidade de reorganização desses profissionais mediante a situação de mudança. Espera-se que com a leitura dessa reflexão outros enfermeiros, ou profissionais à frente dessas instituições, possam conduzir seus processos de mudança com as possibilidades apontadas e superando os limites evidenciados neste estudo.

Por fim, vale ressaltar que este relatório de pesquisa é sobre um estudo de caso, o qual é único, com isso, aponta-se a sua limitação, pois assim, não é possível generalizar os resultados e as análises descritas. Contraditoriamente, ao reconhecer essa limitação, aponta-se a potencialidade do presente estudo, pois acredita-se que é necessário desenvolver estudos sobre processos de transformações institucionais.

Os relatos dessas experiências permitem evidenciar as especificidades das mudanças em cada cenário e como os sujeitos se organizaram para enfrentar tal experiência. Com isso, auxiliar-se-ão outros profissionais a se organizarem, reconhecerem e enfrentarem situações semelhantes.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A Integração Ensino-Serviço no Contexto do Processo de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p. 356 – 362,2008. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo03.PDF>. > Acesso em: 06/05/2011.

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

ALMEIDA, M.L., *et al.* Direção ou Coordenação? repensando a representatividade institucional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 521-526, 2011.

ANTUNES, J.L.F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando: Introdução à Filosofia**. 3 ed. São Paulo: Moderna, 2003.

AZEVEDO, C. S. Lideranças e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v.7, n.2, p.349-361. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10253.pdf>> Acesso em: 06/09/2012.

AZZOLIN, G.M.C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 549-555, dez., 2007.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A. L. (In) visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, p. 745-750, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2010.

BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M. A. Ações do processo de integração docente-assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 2006.

BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem**. 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n. 6,nov./dez. 2008

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E.A.; PERES, A.M. Competências gerenciais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p.349-353, abr./jun. 2010.

BERSUSA, A. P. S. Qualificando para a assistência de enfermagem: projeto “tecendo a SAE em São Paulo”. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 48, p. 61 – 66, nov. 2009.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 16 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2012.

BRANQUINHO, N.C.S.S., *et al.* Processo de Seleção de Enfermeiros de um Hospital de Ensino da Região Centro-Oeste de Brasileira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.394-9, jul/set. 2010.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS n.1000, de 15 de abril de 2004. Estabelece critérios para a certificação e o reconhecimento dos hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004. Disponível em:<<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 02/05/2011.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS n. 50, de 03 de janeiro de 2005. Resolve certificar 27 unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-50.htm>>. Acesso em: 03/05/2011.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS n. 2400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>Acesso em: 03/05/2011.

BRASIL. Portaria MEC n. 375, de 04 de março de 1991. Estabelece conceituações para os hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-375.htm>> Acesso em: 04/05/2011.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em: 13/10/2012.

CASCAVEL. Conselho Universitário da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. **Resolução** n. 051, de 05 de agosto de 2003. Disponível em: <[http://www.unioeste.br/conselhos/resolucoes\\_COU.asp](http://www.unioeste.br/conselhos/resolucoes_COU.asp)>. Acesso em: 02/11/2012.

CAETANO, C.F., *et al.* Mudança, Negociação e Decisão no Processo de Trabalho da Enfermagem. In: CUNHA, K.C. In: **Gestão de Pessoas: Foco na Enfermagem Atual**. São Paulo: Martinari, 2008.p.80-97.

CAETANO, J.A.; DINIZ, R. C. M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 638-644, out./ dez. 2009.

CAMERON, E.; GREEN, M. **Gerenciamento de Mudanças**. São Paulo: Clio, 2009.

CAMPOS, E.S. **\*Esboço histórico do hospital**. Belo Horizonte: Instituto de Técnicos em Saúde e Hospital, Fundação, 1972.

CARMO, M.; ANDRADE, E. I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde - uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n. 4, set./dez., 2007. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622007000400007&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400007&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15/05/2011.

CERTO, S. C. **Administração moderna**. 9. Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

CESTARI, M.C. Conhecimento como Instrumento de Trabalho da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7,n.1,p.30-35, jan/jun, 2002.  
 CHERCHIGLIA, M.,L.; DALLARI,S.G. Tempos de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **R A E - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 5, n.2, jul./dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-56482006000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-56482006000200007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20/10/2012.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIORO DOS REIS, A. A. **Entre a Intenção e o Ato; uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)**. 447 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

CLEMENTE, B.T. **Cronologia histórica dos hospitais universitários**. Salvador, 1998.

DAFT, R.L. **Administração**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade**, João Pessoa, v. 10, n. 2, 2000.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O Trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, P. *et al.* **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1-12.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, 2007. p. 965-971

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: edições graal, 1979.

FREIRE, P.S. *et al.* Processo de sucessão em empresa familiar: gestão do conhecimento contornando resistências às mudanças organizacionais. **Revista Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, São Paulo, v.7, n.3, p. 713 – 736, 2010. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/jistem/v7n3/11.pdf>> Acesso em: 15/10/2012.

GIL, C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KIND, L. Notas para o Trabalho com a Técnica de Grupo Focal. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.10, n.15, p. 124-136, jun. 2004. Disponível em: [http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20041213115340.pdf](http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115340.pdf). Acesso em: 07/11/2011.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análises e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.6, p. 669-673, Nov./dez., 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000600016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000600016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 03/09/2011.

KOTTER, J.P. **Liderando a Mudança**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONE, M.C.F. A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.115-121, jun., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 06/11/2011.

LIMA, M.V.; BRESSAN, C.L. Mudança organizacional: uma introdução. In: **Mudança organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. p.17-63.

LOPES, M.A.; CRUZ, M.J.R.L. **Hospitalização**. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill, 2000.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 24, p. 105-125, 2005.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R.. Desafios e perspectivas futuras dos Hospitais Universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v.12, n.4, p. 871-877, 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400009&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009&lng=pt)>. Acesso em: 26/09/2011.

MARCON, P. M.; LACERDA, M. R.; MEIER, M. J. Uma reflexão sobre processodecisório no gerenciamento dos serviços de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 82-88, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1719/1427>>. Acesso em 30/10/2011.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. n.2, 149-156, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em: 26/09/2011.

MERHY, E.E.; CECILIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.27, n.64, p. 110-122, maio / ago. 2003. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n64.pdf#page=25](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n64.pdf#page=25)> Acesso em: 01/11/2012.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. HUCITEC, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 25/10/2012.

MONTANA, P.J.; CHARNOV, B.H. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 1999.

NETO, F. B. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar? . **Cadernos ABEM**, v. 8, p. 23 – 29, outubro, 2008. Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/pdf\\_caderno4/artigo\\_francisco\\_barbosa.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_francisco_barbosa.pdf)>. Acesso em: 05/06/2011.

NICOLA, A. L.; ANSEMI, M.L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.2, p. 186-190, mar./abr. 2005.

NOBREGA, M.F.B. **Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino**. 161f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

NORO, G.B. *et al.* Mudança organizacional: forças que impactam o ambiente organizacional. In: Encontro de estudos e pesquisas em organizações - ENEPO, 4., 2008, Joaçaba. **Anais 4º ENEPO**. Disponível em: <<http://www.unoesc.edu.br/editora/anais/lista-de-anais>>. Acesso em: 05/08/2012.

OLIVEIRA, S. L.; **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a Clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.17, n.4., p. 521-526, out./dez.,2009.

PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J.R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, p.723-726, Nov./dez. 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 03/06/2011.

PARANÁ. Lei n. 13.029, de 27 de dezembro de 2000. Autoriza o Poder Executivo a transformar o Hospital Regional de Cascavel em Hospital Universitário do Oeste do Paraná e transferi-lo para a Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE e adota outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Paraná**, Curitiba, PR, 28 dez. 2000. Disponível em:<<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/exibirAto.do?action=iniciarProcesso&codAto=335&codItemAto=3158>>. Acesso em: 03/05/2011.

PARANÁ. Lei n. 15.050, de 12 de abril de 2006. Altera para Carreira Técnica Universitária a denominação da Carreira de Pessoal Técnico Administrativo das Instituições Estaduais de Ensino Superior do Estado do Paraná e adota outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Paraná**, Curitiba, PR, 12 abril. 2006. Disponível em:<<http://www.unicentro.br/prorh/pccs/LEI%20N%BA%2015.050.pdf>>. Acesso em: 03/11/2012.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Regionais da SESA – 10ª RS – Cascavel**. 2012. Disponível em:<<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2762>> Acesso em: 17/08/2012.

PASCHOAL, A.S.. **O Discurso do Enfermeiro Sobre Educação Permanente no Grupo Focal**. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PEDUZZI, M. Trabalho multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; GONÇALVES, V.L.M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, p. *et al.* **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PERETTI, J.L.G. **Redes de cooperação: o processo de mudança organizacional em empresas associadas à ASIUS – um estudo de caso**. 135 f. Dissertação (mestrado em administração), Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2008.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n. 5, p.739-744, set./out. 2009.

PIRES, J.C.S.; MACÊDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.1, p. 81 – 105, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>> Acesso em: 05/09/2012.

QUEIROZ, R.G.M.; CKAGNAZAROFF, I. B. Inovação no setor público: uma análise do choque de gestão (2003 – 2010) sob a ótica dos servidores e dos preceitos teóricos relacionados à inovação no setor público. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.44, n. 3, p. 679 – 705, maio/jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122010000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122010000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em 03/09/2012.

QUINTELLA, H.L.; SOUZA, L.P. Cultura de negócios: nova perspectiva dos estudos sobre o comportamento organizacional. O estudo de caso em duas emissoras de TV Educativa. **ADM. MADE Revista do Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial**. n. 3, 2002. Disponível em:<<http://www.estacio.br/revistamade/03/artigo6.asp>> Acesso em: 15/08/2012.

RESSEL, L.B.; et al. O Uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.779-786, out-dez, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>>. Acesso em 08/11/2011.

RIBEIRO, S.B.O.; SAMPAIO, S.F. O processo de trabalho em enfermagem: revisão de literatura e percepção de seus profissionais. In: Encontro de iniciação científica da PUC – CAMPINAS, XIV, 2009, São Paulo. **Anais ISSN 1982-0178**. São Paulo. Disponível em: <[http://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009824\\_225245\\_207357842\\_res58\\_F.pdf](http://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009824_225245_207357842_res58_F.pdf)> Acesso em: 06/10/2011.

ROBBINS, P.S. **Comportamento Organizacional**. 9. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002

ROBBINS, P.S.; JUDGE, T.A.; SOBRAL, F. **Comportamento Organizacional**.14 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

ROCHA, P.K., *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev., 2008.  
ROSSI, F. R.; LIMA, M.A.D.S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n. 4, p. 570-575, dez., 2007.

SALVADOR, P.T.C.O., *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 111-117, jan./mar. 2012.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p. 221-224, mar./abr., 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200018&script=sci_arttext)> Acesso em: 20/08/2011.

SEGUI, M.L.H. **Análise da atuação das enfermeiras em um modelo gerencial de unidades funcionais**. 123 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SPAGNOL, C.A.; FERNANDES, M.S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n.2, p. 157-164, ago. 2004.

SVALDI, J.S.D.; LINARDI FILHO, W.D.; GOMES, G.C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 500-507, jul./set. 2006.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologia na Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.1, p.63-78, jan./abr. 2000.

UNIOESTE Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/huop/>>. Acesso em 06/06/2012.

VASCO, A.V.S., *et al.* Coaching: Nova Referência Teórico-Metodológico para o Enfermeiro Líder Educador. In: CUNHA, K.C. In: **Gestão de Pessoas: Foco na Enfermagem Atual**. São Paulo: Martinari, 2008.p.50-63.

WAGNER III, J.A.; HOLLENBECK. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2000.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2003.

WOOD JR, T. *et al.* **Mudança Organizacional**. 3. e.d. São Paulo: Atlas, 2002.

ZANATTA, L.A. **Reconstituição Histórica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP (1977 – 2003)**. 67f. Monografia (graduação em enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2003.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, \_\_\_\_\_ (enfermeiro), está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: “Implicações da Mudança Organizacional de Hospital Geral para Hospital de Ensino no Trabalho dos Enfermeiros”. O objetivo é descrever as implicações da mudança de um hospital geral para hospital de ensino para o trabalho do enfermeiro.

Mediante este aceite, participará de reuniões denominadas grupo focal, com duração aproximada de duas horas, no local informado pelo pesquisador e horário definido pelos participantes do grupo, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, as fitas serão desgravadas. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas somente para presente pesquisa.

**Riscos e Desconfortos:** Durante as reuniões, se não se sentir a vontade para falar de determinado assunto, tem a liberdade de não responder sobre o mesmo, bem como a liberdade de a qualquer momento desistir da participação.

**Benefícios:** Não haverá benefícios diretos aos participantes do estudo, entretanto, com os resultados desta pesquisa, esperamos estimular a discussão e reflexão sobre o trabalho do enfermeiro em hospitais de ensino.

**Despesas e remuneração:** Não haverá custos e nem remuneração para os participantes do estudo.

A pesquisadora Luciana Aparecida Fabríz, enfermeira, é a responsável pela pesquisa e poderá ser contatada pelo e-mail: [Luciana.fabríz@gmail.com](mailto:Luciana.fabríz@gmail.com) ou pelos telefones: (45) 3321- 5237 de quarta a sexta-feira das 08h00min às 17h30min ou a qualquer momento pelo telefone: (45) 8421-2922 e estará a disposição para esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Luciana Aparecida Fabríz  
Pesquisadora Responsável

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

## APÊNDICE 2

### GRUPOFOCAL

#### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

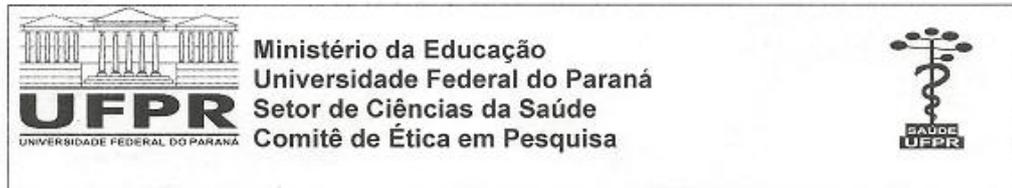
Iniciais: ..... Idade:.....Sexo:.....  
Titulação:.....  
Setores em que atuou:.....  
Setor em que desempenha as suas atividades:.....  
Tempo de formação:.....  
  
Data da Entrevista: ...../...../.....Hora:.....

#### II. QUESTÃO NORTEADORA:

Fale sobre as mudanças percebidas no seu trabalho na transformação em hospital universitário e depois em hospital de ensino.

**ANEXO**

## ANEXO 1



Curitiba, 31 de outubro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Luciana Aparecida Fabríz**  
**Elizabeth Bernardino**

**Nesta**

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “Hospital Universitário – Implicações para o Processo de Trabalho do Enfermeiro”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 26 de outubro de 2011.

Registro **CEP/SD**: 1230.155.11.10    **CAAE**: 0157.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

**Data para entrega do 1º relatório parcial: 1º/05/2012**

Atenciosamente

*Claudia Seely Rocco*  
**Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco**  
Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde