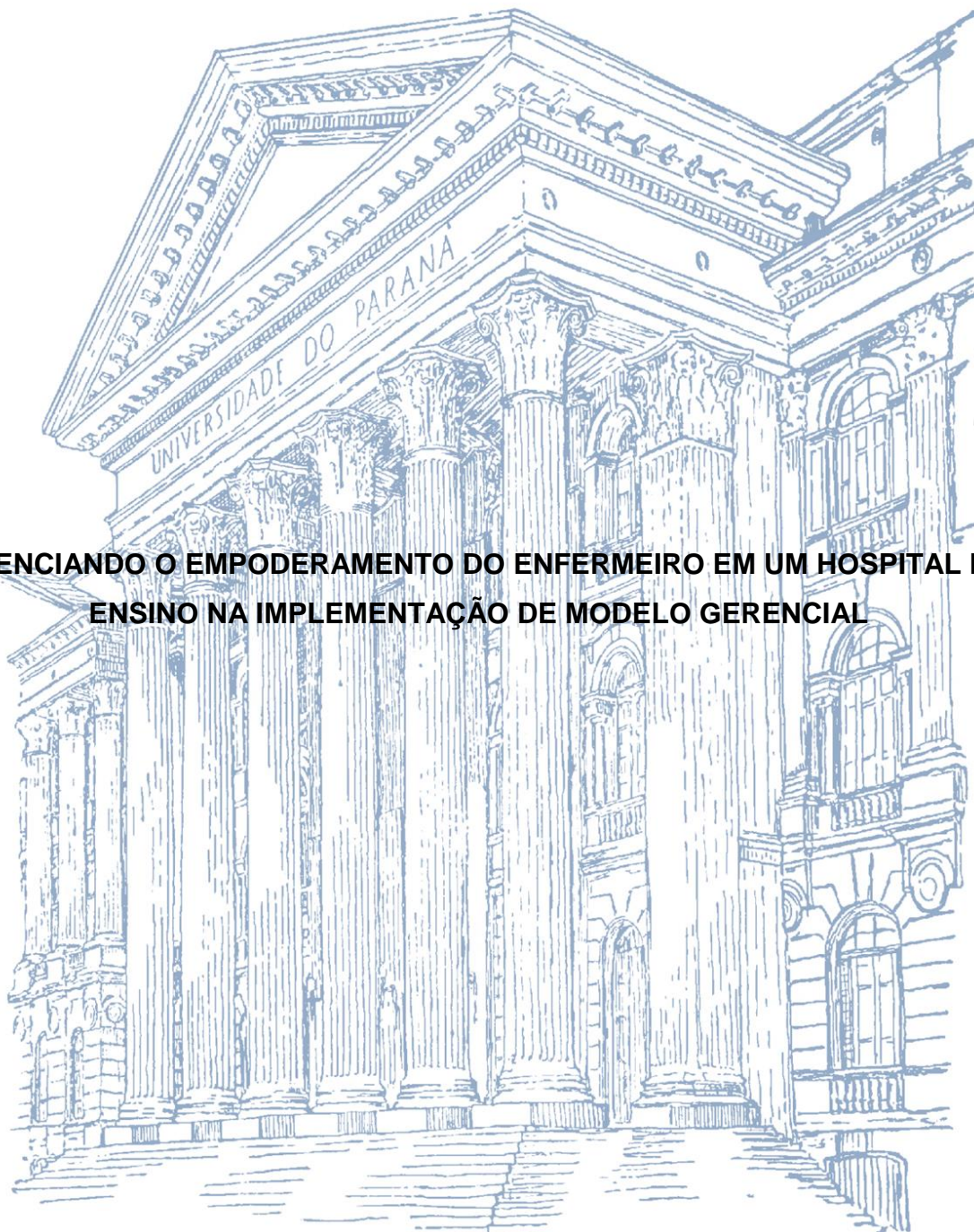


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**LEOMAR ALBINI**

**VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE  
ENSINO NA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL**



**CURITIBA  
2013**

LEOMAR ALBINI

VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE  
ENSINO NA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal do Paraná.

Área de Concentração: Prática Profissional de  
Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de  
cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Maria de Fátima  
Mantovani.

Co-orientadora: Profª. Drª. Liliana Maria  
Labronici

CURITIBA  
2013

A336 Albin, Leomar.  
Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino na implementação de modelo gerencial / Leomar Albin. – Curitiba, 2013.  
114 f.: il.; color.; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani.  
Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Poder (Psicologia). 2. Cuidados de enfermagem. 3. Papel do profissional de enfermagem. 4. Conhecimento. 5. Prática profissional. I. Título. II. Mantovani, Maria de Fátima.

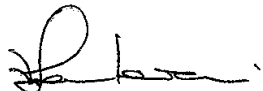
NLM: WY 105

**TERMO DE APROVAÇÃO**

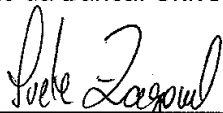
**LEOMAR ALBINI**

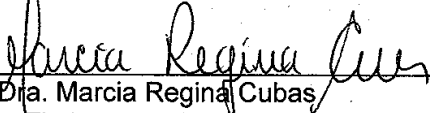
**VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE  
ENSINO NA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL**

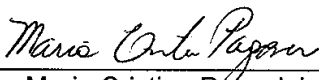
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

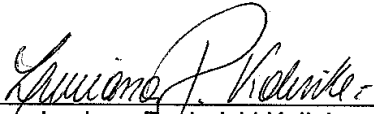
Orientadora: 

Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
Prof. Dra. Ivete Palmira Zagonel  
Membro titular: Faculdades Pequeno Príncipe - FPP

  
Prof. Dra. Marcia Regina Cubas  
Membro Titular: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

  
Prof. Dra. Maria Cristina Paganini  
Membro Titular: Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

  
Prof. Dra. Luciana Puchalski Kalinke  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 11 de dezembro 2013.

*Dedico este trabalho a todos profissionais de enfermagem que exercem a profissão com responsabilidade, ética e dedicação.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção, coragem e amparo em toda minha vida.

À minha família, em especial aos meus pais, Alberico Albini (*in memoriam*) e Emilia Albini (*in memoriam*), pelo exemplo de simplicidade, humildade, honestidade e coragem. Saudades sempre!

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani, grande conhecedora da natureza humana e maravilhosa educadora, foi decisiva para a concretização dessa tese.

À co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Liliana Maria Labronici pelas correções minuciosas e orientações que enriqueceram esta tese.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPR, à Coordenadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum, e a todas as professoras e secretária do PPGENF.

Às Professoras, Dr<sup>a</sup>.Ivete Palmira Sanson Zagonel, Dr<sup>a</sup>. Liliana Maria Labronici, Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Bernardino e Dr<sup>a</sup>. Leila Maria Mansano Sarquis, pelas contribuições recebidas na banca de qualificação.

Às Professoras, Dr<sup>a</sup>.Ivete Palmira Sanson Zagonel, Dr<sup>a</sup> Marcia Cubas, Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Paganini, Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Bernardino, Dr<sup>a</sup>. Leila Maria Mansano Sarquis e Dr<sup>a</sup> Luciana Puchalski Kalinke pelo aceite em participar da banca de defesa dessa tese.

Ao Professor João Tarcísio, pela revisão ortográfica.

Aos membros do Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), aos aos colegas da primeira turma doutorado em enfermagem da UFPR, que se tornaram amigos queridos, Luciane, Luciana, Mariluci, Maria Isabel, Marcio, Ricardo pela troca de experiências, conhecimento sempre com muito carinho e respeito.

As queridas amigas (meus anjos):

Mirela P. Veran, Maria José Mocelin (Mazé), Meriane, Alzira, Cristina Severo (Cristininha), Juliana, Ligia, Ielsa, Mônica.

Às divertidas e dedicadas colegas de trabalho Mary Anne, Euren e Marcia pela paciência em ouvir minhas chorumelas de cansaço e ajudarem a transformar tudo em deliciosas risadas.

Aos Enfermeiros que aceitaram participar da construção deste estudo compartilhando suas vivências profissionais e que gentilmente me acolheram, meu eterno agradecimento!

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná- HC/UFPR, instituição que colaborou em minha formação acadêmica, e na qual tenho muita satisfação e orgulho de atuar como enfermeira.

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, a minha gratidão!

*O que me preocupa não é o grito dos violentos, nem dos corruptos, nem dos desonestos, nem dos sem-caráter, nem dos sem-ética. O que mais preocupa é o silêncio dos bons.*

*Martin Luther King*

*O mundo não está ameaçado pelas pessoas más, mas sim por aquelas que permitem a maldade.*

*Albert Einstein*



## RESUMO

ALBINI, L. **Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino na implementação de modelo gerencial**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. 114 p. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani. Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Liliana Maria Labronici.

O empoderamento é um processo construído socialmente, por meio das inter-relações que o indivíduo estabelece com o meio e pessoas com as quais se relaciona. Resulta em fortalecimento pessoal e profissional, na forma de autonomia, conquistas, motivação, ampliação de atuação e visibilidade. Assumiu-se como opção metodológica a pesquisa qualitativa com base de referência a Teoria Fundamentada em Dados. Foi realizada em hospital público de ensino de grande porte do município de Curitiba. O objetivo foi interpretar a vivência do processo de empoderamento pelos enfermeiros de um hospital de ensino na implementação de um modelo gerencial e desenvolver um modelo teórico desta vivência. Elegeu-se uma Unidade Gerencial (UG) com enfermeiro em todos os níveis hierárquicos: gerência, supervisão de enfermagem, chefia de unidade e assistência. Foram entrevistados 16 Enfermeiros em 3 grupos amostrais. O primeiro foi composto por 4 enfermeiros em cargo de gerente de UG, o segundo por 2 supervisores e 3 chefes de serviço de UG e o terceiro envolveu 7 enfermeiros assistenciais de UG. Da análise comparativa dos dados emergiram três categorias. (1) **“Assumindo novos papéis”**. A expansão de atividades refletiu em oportunidades de empoderamento para os enfermeiros, de acordo com o cargo ocupado na nova estrutura institucional. (2) **“Tornando as ações do enfermeiro visíveis para a instituição”**. Os enfermeiros demonstraram preocupação em se fortalecer e serem valorizados no contexto em que atuam, bem como no cenário institucional. (3) **“Utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento”**. O cuidado foi evidenciado como um diferencial na vivência do enfermeiro no ambiente hospitalar. A análise comparativa e constante entre os dados possibilitou a construção do fenômeno central **“Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino na implementação de modelo gerencial”**. O modelo teórico proposto demonstra que o empoderamento do enfermeiro decorre da interrelação e interdependência entre enfermeiro e instituição. Envolve conhecimento específico, oportunidades de acesso ao poder, experiência profissional refletida em maturidade para a percepção e interação nas estruturas sociais em que está inserido.

Descritores: Poder. Cuidados de enfermagem. Conhecimento. Papel do profissional de enfermagem. Prática profissional.

## SUMMARY

ALBINI, L. **Interpreting the experience of the process of empowerment of nurses in a teaching hospital in implementation of management model.** Thesis (Doctorate in Nursing) Program of Post-graduate students in Nursing, Federal University of Parana, Curitiba, 2013. 114 p. Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani. Co-advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Liliana Maria Labronici.

Empowerment is a process constructed socially, by the inter-relations that person establishes with the environment and with the people to his/her relationships. It results in strengthening personal and professional, in the form of autonomy, achievements, motivation, expansion of activity and visibility. It has been assumed as methodological option to qualitative research with reference base of Grounded Theory. It was performed in a big public hospital of Curitiba. The objective was to interpret the experience of the process of empowerment by nurses of a teaching hospital in the implementation of a management model and to develop a theoretical model of the experience of nurses to experience the empowerment this experience. It was elected a Management Unit (MU) with nurses at all hierarchical levels: management, nursing supervision, leadership of unity and assistance. Sixteen nurses were interviewed in 3 sample groups. The first one was composed of 4 nurses as manager of MU, the second by 2 supervisors and 3 heads of service of MU and the third involved 7 nurses of MU. Of the comparative analysis of data emerged three categories. **"Assuming new roles "**. The expansion of activities reflected in opportunities of empowerment for the nurses, in accordance with the position occupied in the new institutional structure. **"Making nursing actions visible to the institution"**. The nurses showed concern to become stronger and be valued in the context in which they work, as well as the institutional setting. **"Using the care as an instrument for the empowerment"**. The nursing care was evidenced as a differential in the experience of nurses in a hospital environment. The comparative analysis and constant between the data allowed the construction of the central phenomenon **"Experiencing the empowerment of nurses in a teaching hospital in implementation of management model"**. The theoretical model proposed demonstrates that the empowerment of nurses stems from the inter-relation and interdependence between nurse and institution, it involves specific knowledge, opportunities for access to power, professional experience reflected in maturity for perception and interaction in social structures in which it is inserted.

Keywords: Power. Nursing care. Knowledge. Professional nursing role. Professional practice.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1.	Empoderamento estrutural -(KANTER,1993).....	24
Figura 1.	Empoderamento psicológico (SPREITZER,2007).....	26
Quadro 2.	Relação dos artigos que indicavam em seu conteúdo: “empoderamento e cuidado de enfermagem e mudanças organizacionais”.....	31
Figura 2.	Organograma utilizado pelo HC/UFPR até o ano de 2002.....	33
Figura 3.	Organograma atual utilizado pelo HC/UFPR.....	34
Figura 4.	Modelo de organização de uma UG assistencial HC/UFPR.....	36
Figura 5.	Representação das UGs que compõe a das do HC/UFPR.....	37
Figura 6.	Evolução da TFD - Morse <i>et al.</i> (2009,p.17).....	45
Figura 7.	Codificação Strauss, Corbin.....	47
Quadro 3.	Modelo de nota teórica.....	49
Quadro 4.	Modelo de nota metodológica.....	49
Figura 8.	Enfermeiros em Unidade Gerencial.....	52
Figura 9.	Configuração da coleta de dados.....	55
Figura 10.	Configuração final dos grupos amostrais.....	57
Quadro 5.	Exemplo de codificação aberta.....	58
Quadro 6.	Exemplo de codificação axial.....	60
Diagrama 1.	Subcategorias da categoria “Assumindo novos papéis”.....	64
Diagrama 2.	Elementos da subcategoria “Tomando consciência das mudanças estruturais administrativas da instituição”.....	64
Diagrama 3.	Elementos da subcategoria “Participando do processo de mudança”.....	67

Diagrama 4.	Elementos da subcategoria “Empoderamento dos enfermeiros gerentes”.....	69
Diagrama 5.	Subcategorias da categoria “Tornando as ações do enfermeiro visíveis para na instituição”.....	72
Diagrama 6.	Elementos da subcategoria “Buscando o fortalecimento e valorização frente à equipe e a instituição” .....	73
Diagrama 7.	Elementos da subcategoria “Percebendo a importância do enfermeiro na unidade em que atua”.....	76
Diagrama 8.	Subcategoria da categoria “Utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento”.....	80
Diagrama 9.	Elementos da subcategoria “Construindo o poder informal pelo cuidar”.....	81
Diagrama10.	Modelo Teórico "Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino".....	85
Figura 11.	Representação de situações de poder do enfermeiro em diferentes cargos e funções.....	95
Figura 12.	Representação do empoderamento do enfermeiro.....	96

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	56
-----------	---	----

## LISTA DE SIGLAS

HC.....	Hospital de Clínicas
STMO.....	Serviço de Transplante de Medula Óssea
STCTH...	Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas
DE.....	Direção de Enfermagem
SEPE.....	Serviço de Educação Permanente em Enfermagem
ANVISA..	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CT.....	Comitê Transfusional
SUS.....	Sistema Único de Saúde
CE.....	Coordenação de Enfermagem
GEMSA..	Grupo de Estudos Multiprofissional de Saúde do Adulto
UFs.....	Unidades Funcionais
UGs.....	Unidades Gerenciais
CG.....	Conselho Gerencial
DAS.....	Diretoria de Assistência
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
GT.....	Grounded Theory
TFD.....	Teoria Fundamentada nos Dados
CONEP...	Conselho Nacional de Pesquisa
GE.....	Gerente Enfermeiro
SE.....	Supervisora de Enfermagem
CE.....	Chefia de Enfermagem
EA.....	Enfermeiro Assistencial

## SUMÁRIO

<b>APRESENTANDO O TEMA DA PESQUISA</b> .....	16
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
2.1 A ESTRUTURA DE PODER NAS ORGANIZAÇÕES.....	23
2.2 Empoderamento e enfermagem.....	26
2.3 Organização hospitalar em processo de mudança.....	32
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	39
3.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	42
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	48
4.1 PESQUISA QUALITATIVA.....	48
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4.3 FORMAÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS.....	51
4.4 CODIFICAÇÃO DOS DADOS.....	56
<b>5 ANÁLISE</b> .....	62
5.1 CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO.....	62
5.1.1 Categoria “Assumindo novos papéis”.....	63
5.1.1.1 Subcategoria “Tomando consciência das mudanças estruturais administrativas da instituição”.....	64
5.1.1.2 Subcategoria “Participando do processo de mudança”.....	67
5.1.1.3 Subcategoria “Empoderamento dos enfermeiros gerentes”.....	69
5.1.2 Categoria “Tornando as ações do enfermeiro visíveis na instituição”.....	72
5.1.2.1 Subcategoria “Buscando o fortalecimento e valorização frente à equipe e a instituição”.....	73
5.1.2.2 Subcategoria “Percebendo a importância do enfermeiro na unidade em que atua”.....	76
5.1.3 Categoria “Utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento”.....	79
5.1.3.1 Subcategoria da categoria “utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento”.....	80

5.2 VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	83
<b>6 CONVERSANDO COM OS AUTORES.....</b>	<b>86</b>
6.1 DISCUSSÃO.....	92
6.2 CONSIDERAÇÕES.....	98
<b>REFERENCIAS</b>	<b>100</b>
<b>APENDICES</b>	<b>107</b>



## APRESENTANDO O TEMA DA PESQUISA

Minha caminhada profissional foi marcada por desafios, conquistas, perdas, mas a grande marca foi a constante de tentar ir adiante - conjunturas vivenciadas habitualmente por colegas enfermeiros. Porém, sempre tive uma atitude de exigência frente à minha prática profissional, o que despertava, para o aprendizado permanente, a curiosidade, o sentimento de responsabilidade frente à construção da profissão que escolhi e vou continuamente redescobrir, num processo de encantamento pelo meu fazer profissional, em especial pelo cuidado de Enfermagem.

Como enfermeira, fui criando ao longo da minha carreira ideias e ideais sobre a Enfermagem, refletindo continuamente sobre a responsabilidade individual para a construção do coletivo, como um grande mosaico, em que cada enfermeiro seria uma parte, com seu colorido e brilho próprios, que constituiria a paisagem final, o retrato do que somos como profissão.

Neste sentido, procurei ser uma parte que colaborasse e, a cada desafio, exigência, houve determinação. Acreditei no meu fazer, que resultou em autoconfiança e gerou impacto positivo das minhas ações profissionais na instituição em que atuo há vinte e sete anos, o que me faz sentir e ser reconhecida como uma enfermeira empoderada. Compreendendo empoderamento como o fortalecimento pessoal e profissional, um processo de construção de identidade profissional, sendo necessário perceber a si mesmo, ao outro e ao que está ao seu redor, de modo a tomar ações positivas que resultam em autonomia, conquistas e responsabilidades, visibilidade e, conseqüentemente, ampliação de atuação.

Este processo se iniciou em 1981 quando fui aprovada no vestibular do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Após quatro anos, recebi o grau de Enfermeira e ingressei no mercado de trabalho nesta mesma Instituição, na qual atuo até o momento.

O início da minha prática profissional no Hospital de Clínicas (HC) ocorreu em uma unidade de alta complexidade, o Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO), atualmente denominado Serviço de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (STCTH), no qual exerci, ao longo de doze anos, atividades assistenciais, gerenciais e de educação continuada. Foi um período de grande

aprendizado, em que fui desenvolvendo habilidades, competências e a percepção de que precisava ir em busca do que me instigava e motivava - o desejo de ampliar as atividades de educação permanente para toda a Instituição.

Desenvolvi e apresentei para a então Direção de Enfermagem (DE) da Instituição um projeto para implantação de Serviço de Educação Permanente em Enfermagem (SEPE) do HC/UFPR, sonho que almejava há muito, pois era difícil aceitar não haver tal atividade em um hospital de ensino e referência do sul do país em muitas especialidades.

Após um ano de planejamento, coloquei em prática meu projeto para o desenvolvimento do SEPE e permaneci como enfermeira desse serviço durante dezoito meses, período curto, mas extremamente produtivo e representativo, porquanto contribuiu significativamente para o que denomino empoderamento profissional e igualmente marcou a minha trajetória na Instituição, com reconhecimento de uma teia de relações construída e que permanece até hoje.

Aprendi que não basta o poder formal, aquele que o cargo lhe confere, mas o desenvolvimento de habilidades para motivação e estabelecimento de parcerias, relações de confiança e respeito, o que considero como poder informal, algo que construímos individualmente e que permanece mesmo quando mudamos de cargo ou local de atividades.

Neste sentido, há que se ressaltar que, em função das mudanças administrativas que ocorreram em 2002, um novo grupo diretivo assumiu a gestão da instituição. Fui, então, transferida para uma unidade de atenção à saúde dentro da própria universidade, sistema CASA, e lá permaneci durante dois anos como enfermeira assistencial.

Porém, quando, em junho de 2004, foi emitida a Resolução 153 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual referia a necessidade de se instituir um Comitê Transfusional (CT) nas instituições em que houvesse serviço de hemoterapia, fui requisitada para a organização deste comitê no HC/UFPR.

Desta ocasião, meu grande aprendizado foi que as oportunidades surgem das situações mais inesperadas possíveis, sendo o conhecimento, a experiência e o comprometimento profissional valores essenciais apreciados e fundamentais para qualquer instituição, e um profissional empoderado consegue vislumbrar possibilidades de realização e resultados positivos frente a novos desafios.

Trago muito forte a lembrança do convite para retornar ao HC com a finalidade de organizar o CT e participar do Serviço de Hemovigilância da Instituição, o que aceitei prontamente por ser uma nova proposta governamental para a segurança em hemoterapia. Poder voltar à Instituição hospitalar que fazia parte da minha história, apesar de já estar muito bem adaptada e ter estabelecido uma relação de cuidado com os usuários do sistema CASA, foi um acontecimento marcante na minha história profissional.

Retornar ao HC foi algo marcante, pois a valorização da competência e a experiência em educação, hematologia e oncologia, além das relações informais que sedimentei durante os anos de atuação na Instituição, prevaleceram e vejo que esta foi a representação do meu empoderamento como enfermeira naquele momento.

Concomitantemente a estas funções, desenvolvi atividades na área da docência, e a continuidade no aprimoramento profissional me levou a cursar o mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, em junho de 2006, apresentei minha dissertação intitulada “A sujeição do corpo exaurido da Enfermeira na sociedade contemporânea” (ALBINI, 2006), desenvolvida sob a ótica fenomenológica, que me possibilitou compreender, pelo olhar de enfermeiras assistenciais de unidades de cuidados críticos do HC/UFPR, que desenvolvem seus fazeres na mesma Instituição, mas de maneira diferenciada, como essas enfermeiras vivenciavam a tripla jornada de trabalho.

Algumas questões estão relacionadas ao processo de empoderamento, como o desenvolvimento das relações de poder, articulação política no ambiente hospitalar, elementos voltados à própria construção do fazer e, conseqüentemente, fortalecimento e visibilidade pessoal e profissional.

Paralelamente, além da vivência pessoal e do estudo acima mencionado, outra situação que despertou interesse em pesquisar a temática do empoderamento do enfermeiro se refere às intensas mudanças gerenciais que ocorreram na Instituição em tela, a partir de 2002, quando da implantação de um modelo de gerenciamento voltado ao atendimento seguro das necessidades do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a partir da experiência vivida como enfermeira em diferentes contextos, seja na assistência, no gerenciamento, na educação, foram surgindo inquietações e questionamentos relacionados ao desenvolvimento do empoderamento dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Questionava como a

estrutura organizacional influencia e é influenciada pela ação do enfermeiro? Como o enfermeiro vivencia o processo de empoderamento profissional frente às mudanças institucionais? Qual o reflexo desta nova situação na autonomia do enfermeiro no seu processo de cuidar?

Essas inquietações estimularam meu retorno à academia. Assim, ingressei no curso de doutorado em Enfermagem nessa mesma Instituição em 2010, reintegrando o Grupo de Estudos Multiprofissionais de Saúde do Adulto (GEMSA). O estudo em tela permanece inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares no Brasil tiveram sua organização estabelecida em torno da segunda metade do século vinte, incluindo os hospitais de ensino, que, em sua maioria, estavam vinculados às antigas Faculdades de Medicina. Entretanto, o direcionamento destas instituições para o ensino e a pesquisa levou a um distanciamento dos demais serviços assistenciais do país (BARATA, OLÍMPIO, BITTAR, 2010).

Sob essa ótica, os Hospitais Universitários (HU) cresceram de modo significativo nos últimos setenta anos de maneira independente, distantes do perfil epidemiológico do país e voltados a interesses de especialidades médicas acadêmicas. Tornaram-se dispendiosos, porém, muitos ainda mantidos por verbas públicas. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 8080/90, conforme artigo 45, os HUs foram incorporados ao SUS como hospitais de atenção em nível de maior complexidade, mediante convênio, mas preservando sua autonomia (MEDICI, 2001).

Com esta mudança de paradigma, os HUs foram em busca de modelos de gestão e mecanismos administrativos, a fim de permitir o desempenho de suas funções de ensino, pesquisa, sua integração assistencial com a rede do SUS e a regulação de sua assistência. Assim, o Hospital de Clínicas, por ser uma instituição hospitalar de ensino e referência em muitas especialidades, foi inserido no processo de municipalização e buscou uma nova forma de organização institucional - o gerenciamento por unidades.

Esta nova estrutura foi iniciada em 2002, com a alteração do organograma diretivo em relação à enfermagem. Houve a retirada da Direção de Enfermagem (DE), com a inserção de uma Coordenação de Enfermagem (CE), que ocasionou repercussão significativa no corpo de Enfermagem da Instituição, provocando, nos profissionais de enfermagem, diferentes formas de enfrentamento e a necessidade de reorganização deste grupo profissional, vez que representou a perda de poder, autonomia e reconhecimento profissional interno e externo (BERNARDINO, 2007).

Neste sentido, grupos com especificidades ocupacionais tenderam a desenvolver condutas próprias dentro das organizações, expressas em elementos simbólicos, os quais, em sua capacidade de atribuir significações e construir a

identidade organizacional, tanto podem agir como elementos de comunicação e consenso, como podem ocultar e instrumentalizar relações de dominação.

Entender como o enfermeiro percebe, vivencia e tolera tais intervenções e como as transformações se refletem no desenvolvimento do cuidado merece ser aprofundado, especificamente no seu processo de empoderamento no contexto hospitalar.

Este novo modelo implantado apresenta a descentralização da tomada de decisões, uma vez que o processo decisório se dá por meio de um colegiado gestor, constituído por representantes que compõem a equipe de trabalho de cada unidade e não mais por profissão, o que representou a interferência de outros profissionais no processo de trabalho e autonomia da Enfermagem (BERNARDINO, 2007).

Com este delineamento, apresento o objeto do estudo “o empoderamento do enfermeiro no ambiente hospitalar” como um tema pouco explorado na realidade brasileira, especificamente na área do cuidar em Enfermagem, sendo que a maioria das publicações científicas nacionais que abordam esta temática se referem ao usuário do SUS, especificamente, na área de saúde coletiva.

Dentro do panorama mundial e nacional, o tema pode ser situado mais como uma discussão conceitual nas áreas de sociologia e ciência política, em que apresenta vasta produção acadêmica. Estudos voltados para a discussão da prática profissional estão ligados à administração e educação, cuja referência, no Brasil, se encontra em Paulo Freire (BAQUERO, 2012).

Quanto à área de Enfermagem, o tema tem sido explorado nos Estados Unidos, Europa e Canadá desde a década de 1980. Nas duas últimas décadas, o tema foi estudado profundamente pela enfermeira canadense Heather K. Spencer Laschinger. Esta estudiosa fez a relação dos elementos relacionados ao conceito de empoderamento com diversos segmentos da prática da enfermagem, seja em saúde coletiva, educação, enfermagem domiciliar, com predominância de desenvolvimento de trabalhos no ambiente hospitalar (HAUGH, LASCHINGER, 1996; SARMIENTO, LASCHINGER, 2004; DeCICCO, LASCHINGER, KERR, 2006; LASCHINGER, FINEGAN, SHAMIAN, 2001).

Entretanto, em nível nacional, a produção acadêmica se mostra tímida, o que justifica o aprofundamento na temática proposta, a fim de incentivar a análise crítica e o autoconhecimento da prática, conseqüentemente, o exercício de ações do Enfermeiro que favoreçam seu fortalecimento profissional.

Desta forma, tenho como questão norteadora deste estudo:

**Como os enfermeiros de um hospital de ensino vivenciam o processo de empoderamento na implementação de um novo modelo gerencial? E o pressuposto de que o empoderamento do enfermeiro no contexto hospitalar é influenciado pela estrutura da organização.**

Assim, compreende os seguintes objetivos:

- **Interpretar a vivência do processo de empoderamento pelos enfermeiros de um hospital de ensino na implementação de um novo modelo gerencial.**
- **Desenvolver um modelo teórico que explicita a experiência dos enfermeiros ao vivenciar o empoderamento na implementação de um novo modelo gerencial.**

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A ESTRUTURA DE PODER NAS ORGANIZAÇÕES

Diversos são os fatores envolvidos no trabalho. Kanter (1973), ao estudar a estrutura do poder nas organizações, propõe o uso de estruturas teóricas para examinar tais fatores, bem como a maneira como os profissionais interagem na sua prática, por meio de comportamentos e atitudes (LASCHINGER, SABISTON, KUTSCHER, 1997).

Neste sentido, os comportamentos são formados pela posição ocupada pelo profissional na organização. E tanto homens quanto mulheres são produtos das circunstâncias. Isso significa que não são fabricados mecanicamente pelo seu trabalho. Há um processo de interação entre o indivíduo e o meio social a que pertence e reage em forma de ações, que geram resposta daqueles que estão à sua volta, que, por sua vez, suscitam novas ações em inter-relação contínua. Assim, a resposta está nas mudanças estruturais, as quais podem ser necessárias para resolver os problemas humanos e burocráticos (KANTER, 1993).

Outro aspecto abordado pela autora é a questão de gênero, em que desaprova o favorecimento da mulher aos postos de liderança nas organizações, por entender que uma condução adequada independe de quem a lidera. No seu entendimento, liderança e poder são construídos ou não de acordo com as estruturas da organização, independentemente de gênero, e o profissional não se torna líder ou detentor de poder simplesmente pelo posto ocupado (KANTER, 1993).

Para Kanter (1993), o empoderamento do profissional pode evoluir de situações de poder formal e informal. O poder formal resulta de pessoas que tenham definição profissional, flexibilidade, visibilidade e estejam em posições importantes na instituição. O informal é derivado dos relacionamentos e alianças dentro dela com patrocinadores, subordinados, grupos profissionais diversos e conexões com pessoas dentro e fora da organização (Quadro 1).



COMPONENTES DE ACESSO AO PODER	ELEMENTOS
1 Oportunidade	Sentimento de desafio e oportunidade de aprender e crescer.
2 Informação	Dados, conhecimentos e experiência, conscientização dos objetivos (missão) da organização.
3 Suporte	<i>Feedback</i> e orientações recebidas de superiores, pares e subordinados.
4 Recursos	Tempo, materiais e equipamentos para atingir as metas organizacionais.
Poder Formal	Empregos que proporcionam flexibilidade e visibilidade e que são relevantes para os principais processos organizacionais.
Poder Informal	Rede de alianças com os colegas e subordinados, dentro e fora da organização.

QUADRO 1 - EMPODERAMENTO ESTRUTURAL  
 FONTE: (KANTER,1993)

Existem estruturas centrais de acesso ao poder que dizem respeito à (1) oportunidade, (2) informações, (3) suporte e (4) recursos. O primeiro componente de acesso ao poder no que diz respeito à oportunidade se refere à abertura para o crescimento futuro (promoções) na instituição, mobilidade e possibilidade de desenvolvimento de conhecimento e habilidades. Este elemento é determinado pela taxa de promoção a partir de uma função em particular, da situação da posição ocupada na organização, do acesso a desafios e à educação continuada, visando à aquisição de habilidades e melhoria de remuneração (KANTER, 1993).

Seguindo essa linha de pensamento, a capacidade de um indivíduo para o acesso às construções de poder nas organizações é influenciada pela localização do profissional na posição dentro da hierarquia organizacional. Indivíduos com abertura às estruturas de capacitação têm mais autonomia, estão mais satisfeitos com seu serviço e demonstraram comportamentos eficazes, como a diminuição dos níveis de Burnout e tensão do trabalho (MCCARTHY e FREEMAN, 2008).

O segundo componente da estrutura de poder diz respeito à capacidade de acesso e mobilização aos recursos necessários para o desenvolvimento das funções de cada profissional, às informações sobre decisões na instituição, às mudanças políticas, ao apoio para alcançar uma posição de destaque na instituição, além da visibilidade e reconhecimento da importância da sua colocação na organização (KANTER, 1993).

A estrutura de informações, suporte e recursos está relacionada à habilidade para adquirir recursos materiais e humanos necessários para atingir os objetivos institucionais. Indivíduos com acesso a estas estruturas estão em constante

transformação e se mantêm motivados pela participação na origem do poder, enquanto aqueles que não têm se consideram impotentes e podem se sentir paralisados em sua prática profissional por não terem acesso a oportunidades de crescimento ou participação na tomada de decisões (KANTER, 1993).

É importante ressaltar que indivíduos em ambientes que não favorecem o empoderamento têm pouco ou nenhum controle sobre seu destino na instituição e são dependentes dos que os rodeiam. Neste sentido, são profissionais menos maleáveis, desmotivados, que demonstram pouca iniciativa, menos comprometimento com o cumprimento de metas organizacionais, além de serem mais resistentes às mudanças. Estão fora do poder e podem desenvolver sentimentos de frustração e incapacidade (KANTER, 1993).

Estas questões remetem ao empoderamento psicológico, que, segundo Spreitzer (2007), está relacionado às crenças pessoais que o profissional tem em relação à função que exerce na organização em que atua. Ligado às relações de poder e controle, ele está em todos os níveis hierárquicos, não apenas em funções gerenciais. Concentra-se na experiência profissional de cada um, representado na Figura 1.

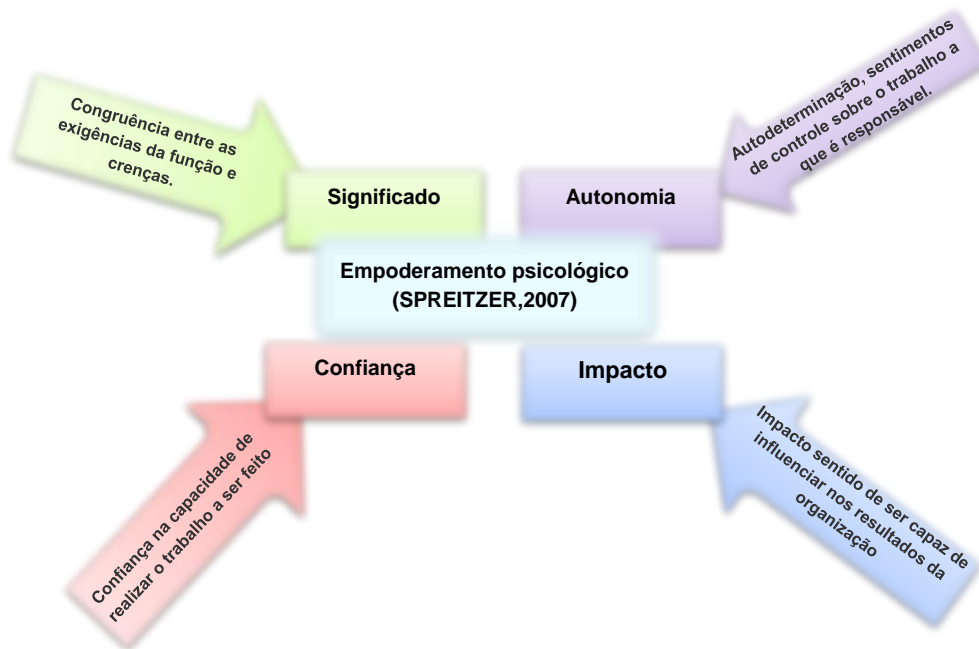


FIGURA 1 - EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO - (SPREITZER, 2007)  
 FONTE: ALBINI (2013).

As dimensões do empoderamento psicológico não devem ser vistas como uma característica da personalidade do indivíduo, mas como algo que se inter-relaciona com as relações de poder que acontecem na organização.

## 2.2 EMPODERAMENTO E ENFERMAGEM

Para ampliar a compreensão da palavra empoderamento inserida no contexto da saúde, explicito conceituações em diferentes aplicações.

O termo vem sendo explorado de forma crescente a partir da metade do século XX, estando relacionado aos movimentos emancipatórios sociais e direitos humanos das mulheres e negros nos Estados Unidos. O termo *empowerment* tem suas origens na Reforma Protestante no século XVI, na Europa, estando ligado a movimentos de justiça social, nos quais Martinho Lutero teve participação marcante ao traduzir a bíblia para o alemão, a fim de facilitar o acesso do povo mais humilde ao seu teor e socializar o conhecimento, até então, restrito à igreja e ao clero (BAQUERO, 2012).

Desta forma, a ligação do empoderamento com o conhecimento, que é a liberdade de expressão que transcorre entre o individual e o coletivo, pode ser expressa em forma de organização e/ou sociedade/ comunidade, que leva a uma amplitude conceitual sem caráter universal (GOHN, 2002).

Assim, diversas são as formas apresentadas na literatura para conceituar empoderamento. Uma delas, como construção individual, se apresenta como uma estratégia ou dispositivo, por meio do qual os vários sujeitos e atores sociais, individuais e coletivos tomam consciência de que têm habilidade e competência para produzir, criar, gerir e transformar suas próprias vidas, seus entornos, tornando-se protagonistas de suas histórias, com influência nos processos que determinam suas vidas (BAQUERO, 2012; COSTA, 2004).

Deste modo, o empoderamento individual resulta da percepção que o sujeito tem de sua relação com o meio e pessoas, influenciado por fatores psicológicos e comportamentais com base em experiências pessoais e profissionais, podendo ser medido pelo aumento no nível de autoestima e de autoconfiança (MEIRELLES e HOROCHOVSKI, 2007). Pode ainda ser compreendido como conduta que abrange a percepção do indivíduo sobre as estruturas sociais que o cercam e como as utiliza a seu favor, de maneira a desempenhar a sua prática com habilidades e competências necessárias, com poder para participar das decisões de como atingir os objetivos apresentados pelo meio que o circunda (McCARTHY e FREEMAN, 2008).

No Brasil, empoderamento foi um conceito explorado por Paulo Freire no contexto da educação, como um movimento que não ocorre de fora para dentro, mas, internamente, pela conquista individual. Resulta de um sentimento de consciência derivado da educação, envolve aquisição de poder de quem irá desenvolvê-lo e a cessão de poder da parte do outro ou da estrutura envolvida (FREIRE, 2003).

Nesta visão freiriana, o empoderamento se mostra como algo que emerge do meio social, decorrente da influência mútua entre indivíduos. Neste contexto, a percepção individual é imprescindível, mas de modo crítico sobre a realidade social vivenciada. É um processo de conhecimento que vem de uma relação dialética homem-mundo, numa práxis, num ato de ação-reflexão, no qual cada indivíduo assume a sua realidade da forma mais crítica possível (FREIRE, 2003). Há papel

ativo do cidadão nos diferentes contextos pertinentes à cidadania, participação efetiva nos processos decisórios e no acesso às informações (McGEER, 2008).

Empoderamento, segundo Mayoux (2000), também pode ser visto como um processo multidimensional, interligado às mudanças nas relações de poder em suas diversas formas:

- Interno - que consiste na capacidade individual de articular as próprias aspirações e estratégias nos processos de mudanças;
- Direcionado - que favorece o desenvolvimento de determinadas habilidades que favorecerão o acesso aos recursos indispensáveis para atingir as próprias aspirações;
- Compartilhado - que permite analisar e se inserir nas lutas pelos interesses coletivos, estabelecer ligações internas e externas à organização para a participação nos processos de mudanças;
- Externo - que está direcionado às diferenças que estão ao seu redor e aos recursos que restringem as aspirações profissionais e capacidade de atingí-las, ou seja, fatores que estão além do controle pessoal.

Estas formas de poder operam em diferentes esferas da vida econômica, social e política, bem como nos níveis individual, familiar, comunitário e institucional (MAYOUX, 2000).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), o empoderamento é um processo social, cultural, psicológico ou político e é por meio do seu desenvolvimento, individual ou em grupo que o ser humano consegue expressar suas necessidades e preocupações e projetar estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão, além de executar ações políticas, sociais e culturais para alcançar essas necessidades. Assim, as pessoas conseguem visualizar a relação entre os seus esforços, na vida pessoal e/ou profissional, bem como os resultados subsequentes.

Em nível organizacional, os significados se modificam de pessoa para pessoa, de acordo com a vivência profissional, o que implica uma tarefa difícil: a de exibir uma percepção simples e precisa. Assim, o termo em questão pode ser

considerado um processo, como forma de reconhecimento, construção e utilização de recursos, de instrumentos e de oportunidades pelos indivíduos, grupos e comunidades. Traduz-se em acréscimo de poder, seja psicológico, sociocultural, político, estrutural e econômico, e permite aos sujeitos empoderados aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania (BAQUERO, 2012).

É interessante destacar que quando associado a serviços e profissionais, o objeto em foco é uma ferramenta eficaz que possibilita uma organização do trabalho, voltada para a qualidade de serviços e descentralização, de modo a beneficiar todos os envolvidos no processo (KAZLAUSKAITE, 2009).

Merece destaque o trabalho de Rosabeth Moss Kanter, responsável pela ênfase atribuída ao termo empoderamento na década de 1970, que foi um marco na área de gestão organizacional, visto ter trabalhado sob uma perspectiva humanista, em que analisa a vida nas organizações e identifica seu potencial a partir das capacidades humanas.

Para a autora, empoderamento é compreendido como o resultado de estruturas sociais no local de trabalho, que permite aos profissionais estarem satisfeitos e serem mais eficientes quando lhes são atribuídas mais responsabilidades e autonomia na tomada de decisões. O que empodera e influencia atitudes de trabalho, a produtividade e a eficiência organizacional é o acesso à informação, apoio, recursos e oportunidades para aprendizagem e desenvolvimento do indivíduo (KANTER, 1993).

Nesta linha de valorização profissional, o aproveitamento de conhecimentos já existentes, a valorização da experiência e a utilização da capacidade de motivação individual são pontos básicos do empoderamento e não devem embutir a ideia de algo direcionado exclusivamente à aquisição de resultados positivos em termos organizacionais, mas, igualmente, estabelecer possibilidades de concretização dos direitos individuais e sociais (BLANCHARD *et al.*, 2001; PEREIRA, 2006).

Desta forma, a concepção de empoderamento transpõe contextos específicos associados a ações de fortalecimento de grupos tradicionalmente esquecidos nos processos políticos, mas, do mesmo modo, consiste em local institucional de articulação e emergência de novos agentes políticos voltados para modificações entre Estado e sociedade (PEREIRA, 2006). E como pode ser observado, ele tem diferentes interpretações de acordo com a perspectiva em que o autor está inserido, seja na educação, administração, filosofia, sociologia.

Visualizo o empoderamento como um processo construído socialmente, por meio das inter-relações que o indivíduo estabelece com o meio em que está situado e as pessoas com as quais se relaciona. Faz-se necessária a consciência do que acontece ao seu redor, autoconhecimento e disposição, que se manifestam em ações e resultam em fortalecimento pessoal e profissional na forma de autonomia, conquistas, motivação, ampliação de atuação, visibilidade e, conseqüentemente, mais responsabilidades (ALBINI, 2014).

Assim, estudo realizado em 2002, cujo objetivo foi compreender os fatores determinantes da satisfação no trabalho para os enfermeiros hospitalares, demonstrou, que através da condução cuidadosa do gerenciamento no ambiente hospitalar a nível estrutural, o empoderamento do enfermeiro pode ser aumentado, resultando em maior satisfação no fazer profissional e, conseqüentemente, na satisfação do usuário (MANOJLOVICH, LASCHINGER, SPENCER, 2002).

Seguindo nesta mesma linha, pesquisa de autoavaliação referente à satisfação do gerente de Enfermagem sugere que os relacionamentos profissionais e pessoais são importantes determinantes para a satisfação no trabalho como gerente de enfermagem (LASCHINGER, PURDY, ALMOST, 2007).

O componente capacitação do enfermeiro foi um dos mais estudados por Laschinger e tornou-se um fator cada vez mais importante na determinação da saúde e bem-estar empregado nos serviços de saúde reestruturados. Segundo a autora, a facilitação ao acesso à informação e participação nas atividades de qualificação e capacitação influencia enfermeiras a uma prática profissional com autonomia e de alto nível, contribuindo para a qualidade excelente no atendimento do paciente e, conseqüentemente, para resultados positivos para a organização (LASCHINGER, ALMOST, TUER-HODES, 2003; MATTHEWS, LASCHINGER, SPENCE, JOHNSTONE, 2006; LASCHINGER, FINEGAN, 2005).

Quanto ao ambiente organizacional, Laschinger (2004) realizou pesquisa na área hospitalar e constatou que mais da metade dos enfermeiros participantes do estudo sentiu que os gestores não mostram preocupação em estabelecer relações de forma sensível e verdadeira em relação às decisões que afetam seu trabalho e que a falta de reconhecimento, as relações interpessoais precárias e a exaustiva carga de trabalho levam à perda de confiança nos gestores e à exaustão emocional.

O estudo apontou que um ambiente organizacional positivo aumenta a

percepção de respeito dos enfermeiros e resulta de forma positiva tanto para o profissional como para a organização.

Quanto a estudos envolvendo Enfermagem, fiz uma revisão integrativa em janeiro de 2013, alicerçada na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), tendo utilizado a combinação dos descritores empoderamento, cuidados de enfermagem e mudança organizacional.

Desta ligação, surgiram sete artigos publicados no período de 2002 a 2012. Após sua leitura, foi possível visualizar que três publicações abordavam como as organizações influenciam o empoderamento do enfermeiro no cuidado (Quadro 2).

Autores	Título do artigo	Objetivo	Periódico	Ano
FERRAZ CA, GOMES ELR, MISHIMA SM	O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde	Apresentar a temática da gestão de serviços e organização de saúde, focando os saberes como recurso de ação que se revertem em fontes de autonomia, autoridade e poder dos sujeitos nos contextos de suas práticas.	Revista Brasileira de Enfermagem	2004
VELLOSO ISC, CECI C, ALVES M	Reflexões sobre relações de poder na prática de Enfermagem	Refletir sobre relações de poder na prática da Enfermagem.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2010
PENNAFORT VP DOS S, FREITAS CHA, JORGE MSB, QUEIROZ MVO, AGUIAR CA DE ARAÚJO	Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem	Analisar a possibilidade do empoderamento da enfermagem à proposta de inserção das práticas integralizantes no ato de cuidar em enfermagem.	Revista Mineira de Enfermagem	2012

QUADRO 2- RELAÇÃO DOS ARTIGOS QUE INDICAVAM EM SEU CONTEÚDO: "EMPODERAMENTO E CUIDADO DE ENFERMAGEM E MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS". PERÍODO 2002 A 2012

FONTE: ALBINI. CURITIBA, 2013.

O primeiro artigo tem quase uma década de publicação, mas é bastante atual, uma vez que apresenta os saberes específicos como fonte de confirmação do exercício do trabalho de cada profissional, funcionando como base para a construção da autonomia e das relações de poder que permeiam a prática dos profissionais envolvidos, entre eles, o enfermeiro. Trata especificamente das



posições funcionais e estruturais dos gestores e dos níveis hierárquicos instituídos nas organizações (FERRAZ, GOMES, MISHIMA, 2004).

Nesta linha das relações de poder, o trabalho de Velloso, Ceci e Alves (2010) aporta uma reflexão sobre relações de poder na prática de enfermagem. Segundo as autoras, para o entendimento dos conflitos intrínsecos do exercício da enfermagem, fazem-se necessárias investigações e reflexões críticas de como se desenvolvem em contextos específicos e como o conhecimento é indissociável das normas, fazeres e discursos que envolvem os profissionais de enfermagem.

O último estudo apresenta uma pesquisa teórico-reflexiva, construída com base na leitura crítica da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. O objetivo foi analisar a possibilidade do empoderamento da enfermagem à proposta de inserção das práticas integralizantes no ato de cuidar em enfermagem. Para as autoras, é essencial que o enfermeiro adote e se aproprie de práticas alternativas cientificamente aprovadas e legais que surgem na área da saúde (PENNAFORT *et al.*, 2012).

### 2.3 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR EM PROCESSO DE MUDANÇA

Transformações sociais e avanços tecnológicos são uma constante no mundo contemporâneo, repercutindo na produção e no estilo de vida das pessoas e dos trabalhadores. Para estes, o impacto destas alterações exigiu e exige adaptações constantes, bem como mudanças na sua prática profissional. Neste sentido, os profissionais de saúde tendem a assumir cuidados de maior complexidade, decorrentes da reorganização política municipal, estadual e federal (LLAPA-RODRIGUEZ, 2006).

Seguindo os preceitos do SUS e da necessidade de reorganização do processo de trabalho, o HC/UFPR iniciou em abril de 2002 modificações no modelo gerencial vigente, quando um novo grupo diretivo assumiu a gerência da Instituição em parceria com a Reitoria da Universidade e ocasionou impacto significativo, gerando respostas individuais que se refletiram no contexto da organização. A proposta se sustentava em linhas de cuidado que seriam fluxos assistenciais seguros, de acordo com as necessidades dos usuários, com base na descentralização da gestão, por meio de Unidades Funcionais (UFs), hoje

denominadas Unidades Gerenciais (UGs) (BERNARDINO, 2007; HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2002).

O modelo proposto foi construído tendo como norma a junção de unidades com processos de trabalho semelhantes e planejamento estratégico específico a nível operacional. Assim, as UGs seriam gerenciadas por um colegiado gestor, seguindo os princípios da descentralização e do caráter democrático.

Os colegiados foram constituídos por membros eleitos dentro da própria equipe, tendo como gerente um profissional de nível superior, assessorado por um administrador, médico ou enfermeiro, de acordo com a característica da Unidade Gerencial (UG) de assistência ou de infraestrutura. Uma das funções do gerente era participar do Conselho Gerencial (CG), que tinha como encargo o Planejamento e Diretrizes de novas UGs a serem implantadas (HOSPITAL de CLÍNICAS, 2002).

A base deste modelo está na equipe multiprofissional, e a prática profissional específica tende a ser subjugada. Neste cenário, foi a enfermagem que sentiu o impacto maior, porquanto esteve hierarquicamente subordinada à Direção de Enfermagem durante 14 anos, o que favoreceu avanços importantes na área da assistência, educação e pesquisa. Além disso, ocupava dentro do Organograma da instituição a mesma posição de outras diretorias, conforme mostra a Figura 2.

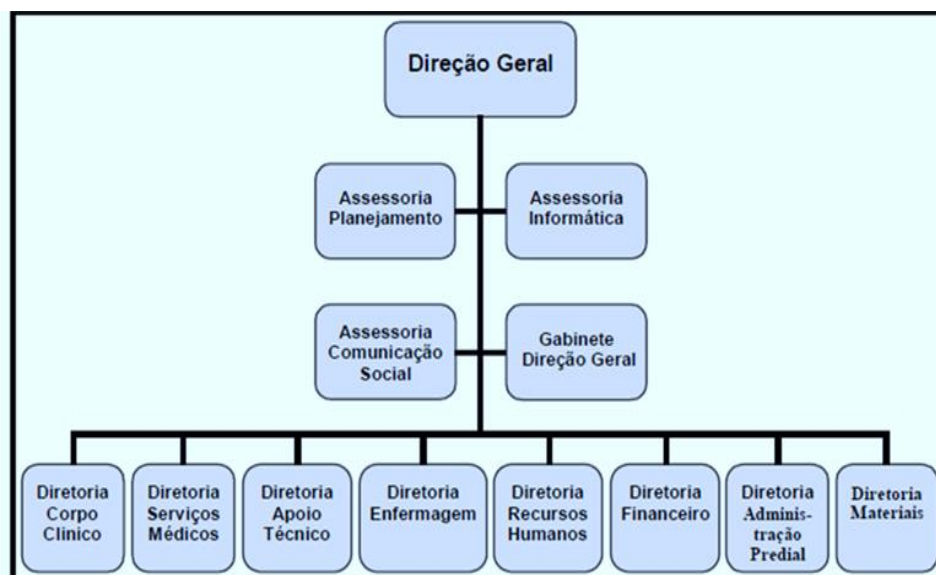


FIGURA 2- ORGANOGAMA UTILIZADO PELO HC/UFPR ATÉ O ANO DE 2002  
 FONTE: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – HC/UFPR (2002)

O organograma vigente até 2002, Figura 2, com estrutura vertical, foi substituído por outro com a alteração promovida pelo novo grupo diretivo, com descentralização e inter-relação entre os diversos níveis hierárquicos (Figura 3).

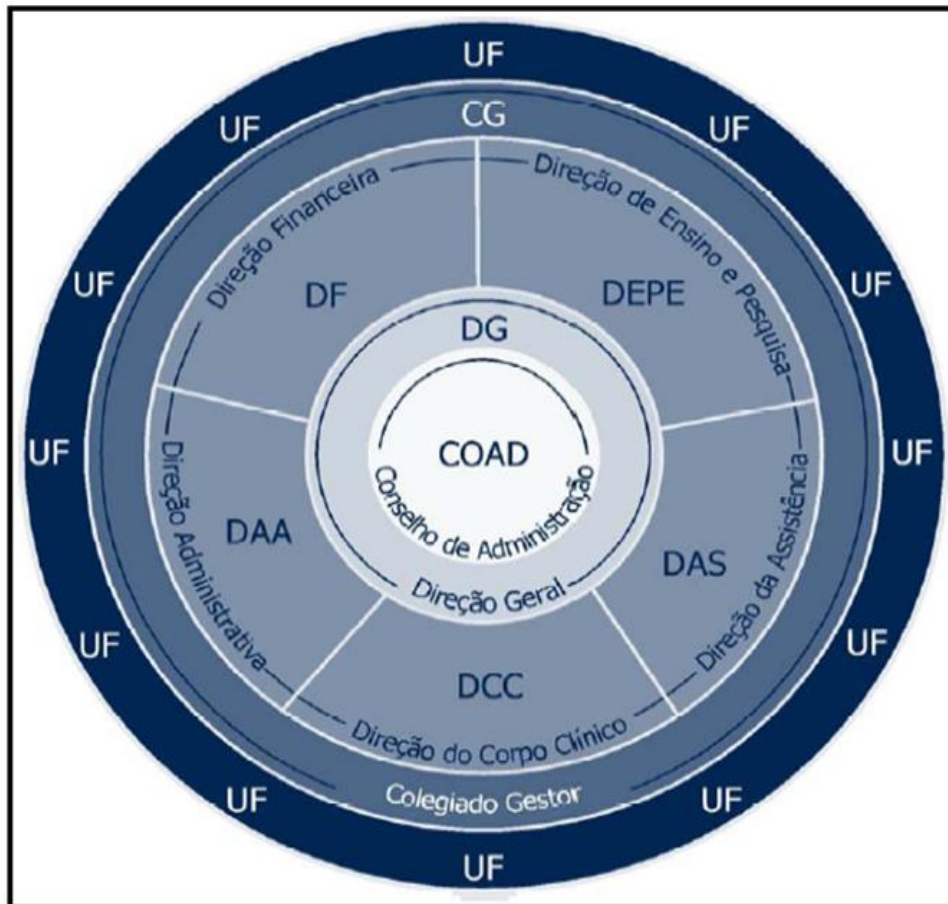


FIGURA 3 – ORGANOGAMA ATUAL UTILIZADO PELO HC/UFPR  
 FONTE: HC/UFPR (2002).

**COAD** – Conselho de Administração  
**DG** – Direção Geral  
**DEPE** – Direção de Ensino e Pesquisa  
**DAS** – Direção da Assistência  
**DCC** - Direção de Corpo Clínico  
**DAA** – Direção Administrativa  
**DF** - Direção Financeira  
**CG** – Colegiado Gestor  
**UF** – Unidade Funcional atual **UG**- Unidade Gerencial

A comparação entre os modelos explicita as intensas mudanças nos serviços e unidades e a marcante diminuição de 8 para 5 diretorias (BERNARDINO, 2007). A mudança mais acentuada recaiu sobre a Enfermagem, que deixou de ter sua

direção, para ficar ligada a uma Coordenação criada para essa finalidade, não mencionada no novo organograma proposto, e que estava subordinada à Direção da Assistência.

Com a extinção da DE, houve a formação de um grupo para discutir as mudanças, principalmente aquelas relacionadas à inserção da enfermagem no novo organograma do Hospital, decorrentes das transformações pelas quais passam os hospitais brasileiros, principalmente os de ensino, como consequência direta do modelo de assistência proposto pelo SUS (BERNARDINO, 2007).

As alterações propostas para o gerenciamento da instituição foram intensas, mas a criação das UGs ocorreu de forma gradual, pois cada unidade necessitava ser estruturada e construir um planejamento embasado em metas específicas da UG, além da assinatura de contratos de gestão.

As transformações foram iniciadas pelas unidades administrativas e de apoio. Lentamente, elas progrediram para as de assistência, uma vez que nestas, o processo de trabalho é bastante complexo e envolve uma diversidade maior de profissionais, bem como um quantitativo muito superior que as demais unidades hospitalares.

A ideia das UGs é que cada uma delas tenha seu gerenciamento próprio, com uma estrutura hierárquica centrada no gerente local. Desta forma, a implantação destas novas estruturas foi lenta e, após dez anos do início das modificações na estrutura organizacional do HC/UFPR, ainda não foi possível a implantação de todas aquelas previstas em 2002.

Uma vez que o modelo era direcionado para o gerenciamento por equipes, as decisões eram discutidas em colegiados, e o gerente era eleito pelos membros das unidades que compõem a UG. Desta maneira, todos os profissionais de nível superior que atuam na unidade podem almejar ascensão ao cargo de gerente (Figura 4).

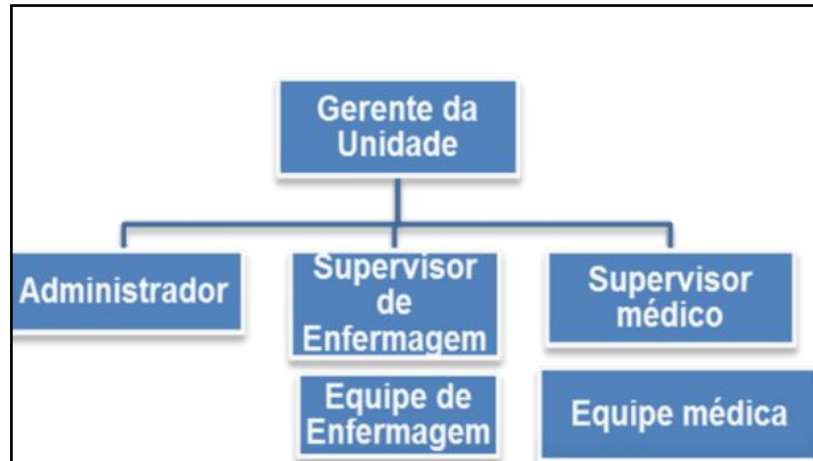


FIGURA 4 - MODELO DE ORGANIZAÇÃO DE UMA UG ASSISTENCIAL HC/UFPR  
FONTE: ALBINI, 2013.

Atualmente, as diferentes UGs estão ligadas a uma direção específica, em que a Diretoria de Assistência (DAS), responsável pela gerência da assistência, médico de apoio, de diagnóstico e de terapia, integrada ao ensino, pesquisa e extensão, é composta por 14 unidades assistenciais, estando ainda em fase final de implantação as unidades de Clínica Médica, Pediátrica e Cirúrgica (Figura 5). A DAS também representa a Instituição na execução e no acompanhamento da contratação de prestação de serviço pelo Hospital junto ao gestor de saúde local, a Secretaria Municipal da Saúde.

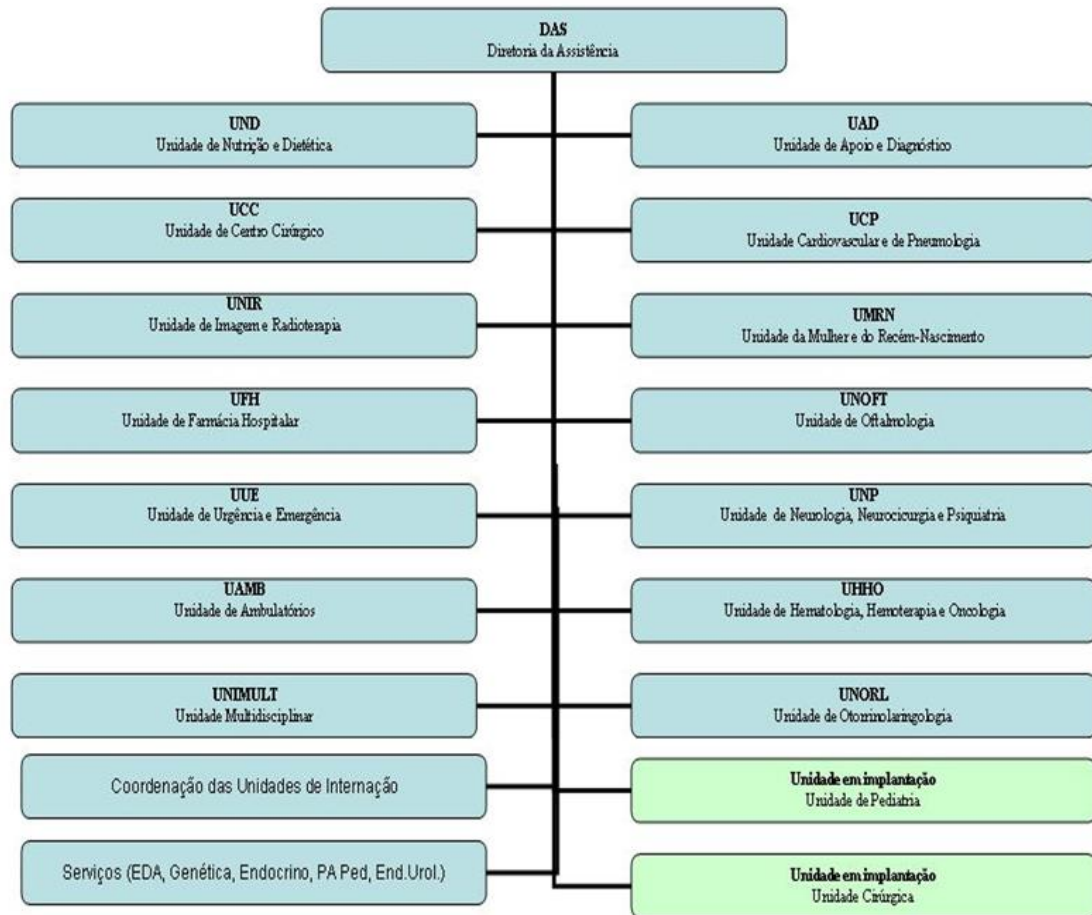


FIGURA 5 – REPRESENTAÇÃO DAS UGs QUE COMPÕEM A DAS DO HC/UFPR EM 2013  
 FONTE: HC/UFPR, 2013.

Neste novo sistema, especificamente, a equipe de enfermagem ficou mais distante do grupo diretivo institucional, tendo procurado formas de se reorganizar em relação à estrutura organizacional vigente, buscando maior inserção nas tomadas de decisões e discussões institucionais frente aos novos e diferentes contextos, mas com a constante reivindicação do retorno da Direção de Enfermagem.

Após grande movimentação, apresentação e debates da necessidade de uma direção para o corpo de enfermagem do HC/UFPR, propostas foram encaminhadas ao reitor da UFPR. Esta mobilização proporcionou abertura de espaço para discussão e negociações entre o representante máximo da universidade, profissionais de Enfermagem do HC e docentes e discentes do Departamento de Enfermagem desta Instituição. Em outubro de 2011, houve a apresentação da Direção de Enfermagem para o conselho diretivo do HC/UFPR, estando à frente desta nova direção uma docente de Enfermagem desta Universidade.

Desde então, um dos grandes desafios tem sido a reconstrução da enfermagem na Instituição, a qual consiste em que os profissionais e a organização sigam de forma harmoniosa, mesmo com valores, convicções e expectativas diversas decorrentes de cada sistema afetado pelas mudanças (LLAPA-RODRIGUEZ, 2006). Se não houver sintonia harmoniosa, o próprio modelo pode ser desmantelado, ou as equipes profissionais perdem seu espaço e a autonomia no seu fazer, ocorrendo, como, consequência, a desestruturação e a desmotivação do grupo, comprometendo todos os envolvidos no processo.

Neste sentido, Santos (2009) enfatiza que a reorganização das estruturas de uma organização, tanto pode se estabelecer em pontos de consenso sobre a construção de metas desejadas e o caminho a transpor, quando a construção é coletiva, como em argumentos contrários, sendo representada por uma resistência que, depois de ultrapassada, gera grandes transformações.

É importante salientar que a estrutura formal, mesmo em organizações que propõem um sistema participativo, está sob a sombra da estrutura política de um amplo e complexo sistema que centraliza o poder, reduz a autonomia de ação de determinados profissionais e faz suas funções depender sempre de outros (KANTER, 1993).

Seguindo esta linha de pensamento, as instituições hospitalares devem acompanhar as políticas governamentais com o intuito de melhorar a qualidade da assistência ao usuário do SUS. Porém, deve-se tomar cuidado para que as mudanças almejadas nas organizações tenham propósito claro, e as novas políticas institucionais sejam a chave para a permanência das pessoas que dela fazem parte, bem como da motivação e valorização da atuação destes profissionais.

Desta forma, os envolvidos com a instituição hospitalar tendem a se sentir reconhecidos e importantes em todo o processo, sejam eles usuários ou profissionais, o que se estabelece como uma configuração de empoderamento.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A opção pelo referencial teórico foi direcionada para o Interacionismo Simbólico (IS), que tem suas bases na sociologia interpretativista. A utilização e a intervenção por distintas especialidades desta linha sociológica instigaram o desenvolvimento e o desenrolar por diferentes caminhos: **interacionismo simbólico**; dramaturgia e dramatismo; hermenêutica; etnometodologia e etnografia (PINTO, SANTOS, 2008).

Estes diferentes direcionamentos seguiram as mesmas essências do interpretativismo, que são a construção social, a intersubjetividade e a noção de entendimento do processo subjetivo de construção da realidade, características presentes nas obras de clássicos da Escola de Chicago como Charles Cooley, John Dewey, William Thomas e, sobretudo, de George Mead, visto como precursor do movimento interacionista. Entretanto, foi Herbert Blumer quem formulou os pressupostos do IS, tendo como base os princípios teóricos de Mead (CARVALHO, BORGES, REGO, 2010).

Desta forma, o IS visualiza a ação do indivíduo como o centro da sociedade humana, constituindo a estrutura social em qualquer de seus aspectos, sendo representado por posição social, papel, autoridade e reconhecimento e tendo como propósito interpretar comportamentos, sentimentos e expectativas no que se refere a como as pessoas se relacionam entre si e ao que está ao seu redor (COLLINS, 2009).

Na concepção de Mead, o comportamento humano tem como elemento básico o ato social, não apenas pelo comportamento externo que pode ser observado, mas, de igual modo, pela atividade velada do ato (CARVALHO, BORGES, REGO, 2010).

Neste sentido, Kanter (1993) apoia esta perspectiva para o desenvolvimento de estudos da vida social, visto apresentar uma visão humanística, percebendo, nas pessoas, a capacidade de raciocínio e utilização de símbolos para entender e se moldar às situações vividas de acordo com suas próprias interpretações.

Este processo tem por base três premissa: a primeira premissa afirma que o indivíduo age em relação às coisas que estão ao seu redor em função do que elas significam para ele; a segunda afirma que os significados resultam ou surgem como



consequência da interação entre o indivíduo e os outros em determinado local; e a terceira premissa é que os significados correspondem a um processo interpretativo que o indivíduo desenvolve pela construção de imagens e símbolos, de acordo com fatos e situações com as quais se depara em seu ambiente (BLUMER, 1998).

Estas imagens e símbolos retratam a natureza complexa e contínua das atividades envolvendo grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como um ator e a ação humana. Os grupos humanos ou sociedades são constituídos por indivíduos que executam ações e reagem às situações que lhes são impostas ao longo da vida. Tais ações podem ser de forma individual, coletiva, em nome dos outros, ou representantes de um indivíduo ou grupo de pessoas, realizadas em determinado contexto social (LIRA, 2012).

Deste modo, a interação social é o ponto de partida do IS, pois, de acordo com Blumer (1998), as ações dos outros devem ser constantemente consideradas no processo de tomada de decisão de cada indivíduo, determinando a adequação das atividades de cada um, em um espaço de ação social. Estes indivíduos se tornam sujeitos sociais componentes de um grupo com as representações, tensões e angústias geradas por estas relações. Portanto, é a interação, real ou imaginária com os outros, um determinante do comportamento individual, que se apresenta por meio de símbolos que podem ser interpretados.

Assim, o sujeito social, ao mesmo tempo em que (re) constrói seu meio, é (re)construído continuamente por ele. Neste cenário, os conceitos centrais compreendem o *self*, a mente, os símbolos, os objetos, as ações, as interações sociais, as ações humanas e a sociedade. *Self* significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, de si mesma, que possibilita agir de forma única e modificar sua relação no mundo, com base no caráter social da linguagem humana e capacidade de interpretação. Permite que a pessoa se veja sob a perspectiva da outra e, assim, formar uma concepção de si mesma, um autoconceito (BLUMER, 1998).

Neste sentido, o **self** constitui um processo social individual que abrange o Eu. É a impulsividade, a espontaneidade do indivíduo, as ações irrefletidas, o aspecto desorganizado da experiência humana. O Mim representa o outro no indivíduo. Compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas, mediante as interações com os outros. Representa o

processo reflexivo, a capacidade de refletir a respeito de suas próprias ações dentro da sociedade (HAGUETTE, 1990).

Este processo reflexivo se apresenta na forma de autoconceitos e autossentimentos, como orgulho ou vergonha, e decorre da forma como as pessoas percebem e avaliam sua relação com os outros e dos outros consigo. Reflete o conteúdo e a organização da sociedade, mostra-se evidente no que se refere às funções que são internalizadas como papéis, o ser enfermeiro, por exemplo. As funções são expectativas de comportamento associadas a um estado dentro de um conjunto de relações e constituem importante elo entre a organização social e pessoal. Dentro do IS contemporâneo, este processo é chamado de avaliações refletidas, considerado o principal processo no desenvolvimento do *self* (HAGUETTE, 1990).

A **mente**, outro conceito importante para o entendimento do IS, se mostra como um processo em que o indivíduo define as coisas para si mesmo a cada situação com que se depara. É a organização psicológica do indivíduo de modo a revelar o *self*, uma vez que se mostra sempre que o indivíduo interage consigo mesmo, utilizando símbolos significantes. Em decorrência da atividade ou processo mental, surge uma resposta em forma de ação, que traduz o significado dos objetos para o indivíduo. Desta forma, a mente é social tanto em sua origem como em sua função, pois surge da interação com os outros e determina a ação entre indivíduo, objetos e situações (LIRA, 2012).

Desta forma, os **símbolos** são o ponto central do IS. São fundamentais para a interação humana, uma classe de objetos que podem ser físicos, ações humanas ou palavras, sendo utilizados para o pensamento, a representação e a comunicação. Neste sentido, a linguagem, um tipo especial de símbolo, é a chave e a base simbólica do ser humano. Através dela, ocorre a interação entre o ser humano e a sociedade. Assim, o símbolo se torna simbólico apenas quando exprime um significado, uma representação, uma intencionalidade. É por meio dele que nasce a interação social, e os indivíduos compreendem o seu papel social.

### 3.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Para manter os princípios de validade da pesquisa no propósito da ciência, a metodologia deve ser escolhida de acordo com o paradigma que conduz à trajetória da pesquisa (KUHN, 2009). Assim, optou-se pela abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), termo empregado nesta tese pela possibilidade de este método gerar uma teoria substantiva, utilizando a análise sistemática dos dados em uma realidade específica e delimitada, sobre um fenômeno social específico (GLASER, STRAUSS, 1967; STRAUSS, CORBIN, 2008).

O que foi ao encontro dos propósitos desta pesquisa:

- Interpretar a vivência do processo de empoderamento pelos enfermeiros em um hospital de ensino na implementação de um novo modelo gerencial.
- Desenvolver um modelo teórico que explicita a experiência dos enfermeiros ao vivenciar o empoderamento na implementação de um novo modelo gerencial.

Cabe salientar que, na TFD, a intenção é permitir a mínima interferência por ideias predeterminadas de teorias preexistentes, que a revisão de literatura não é imprescindível no início do planejamento, mas uma entrada no campo para coleta das informações. Desta forma, a pesquisa foi iniciada por um alicerce básico em princípios teóricos e ideias agregadas ao tema empoderamento. Esta reserva teórica prévia visa a não interferir no olhar do pesquisador na descoberta dos fenômenos emergentes. São os dados advindos de quem vivencia a realidade estudada que servem como base para a construção e sustentação de uma teoria substantiva que explicita o fenômeno em tela (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Esta forma de desenvolvimento da pesquisa está ligada às origens acadêmicas dos seus criadores. Neste sentido, uma das grandes influências está no movimento conhecido como interacionismo simbólico, cujas origens estão na obra de Charles Cooley (1864-1929) e George Herbert Mead (1863-1931). A inquietação destes estudiosos era evitar os extremos do psicologismo e do sociologismo. Psicologismo é uma visão que tem por base a suposição de que o comportamento social é explicável em termos genéticos e de processos lógicos ou neurológicos. Sociologismo pode ser entendido como uma errônea visão para o comportamento pessoal, como se estivesse de alguma forma programada por normas sociais (BLUMER, 1998).

Para compreender a TFD e sua evolução, é apropriado contextualizar e discorrer sucintamente sobre a história de seus autores. Anselm Strauss, descendente de judeus, nasceu na cidade de Nova Iorque em 1916. Formou-se em biologia pela Universidade de Virgínia em 1939. Concluiu o mestrado (1942) e o doutorado (1945) em sociologia pela Universidade de Chicago (CHARMAZ, 2009).

Strauss recebeu grande influência de seu orientador Herbert Blumer e de Robert Park, na área de interacionismo simbólico. Lecionou nas Universidades de Indiana e Chicago até ser convidado em 1960 a fazer parte do grupo científico da escola de Enfermagem da Universidade de São Francisco. Desenvolveu pesquisas com base na necessidade de ir a campo para a busca de dados para perceber o que ocorre e como ocorre em determinado local (CHARMAZ, 2009).

Igualmente mentor da TFD, Barney Glaser nasceu e cresceu em São Francisco. Formou-se em Sociologia em Stanford, no ano de 1957. Finalizou o doutorado pela Universidade de Columbia em 1961, utilizando pesquisas quantitativas. Em seguida, regressou à Califórnia para o pós-doutorado direcionado a pesquisas teóricas, tendo desenvolvido parceria com Strauss. Estudaram durante quatro anos o fenômeno da morte de doentes terminais em hospitais (CHARMAZ, 2009).

Desta pesquisa, veio, em 1965, o livro *Awareness of Dying*, que causou grande impacto na área médica ao expor como os pacientes à beira da morte e suas famílias eram tratados. Strauss e Glaser desenvolveram um processo sistemático, ordenado e caracterizado pelo rigor com que empregaram os dados, abrangendo a coleta, análise, resultando em um modelo teórico. Strauss colaborou com seu conhecimento em interacionismo simbólico, enquanto Glaser utilizou sua habilidade em estatística descritiva. Este trabalho resultou na elaboração do livro inicial da TFD, intitulado *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, lançado em 1967 (SAKAMOTO, 2011).

Em 1971, Glaser fundou sua editora e voltou-se a publicações, palestras e oficinas sobre TFD, enquanto Strauss continuou no ambiente acadêmico como pesquisador. No período em que atuou na Universidade de São Francisco, Anselm Strauss desenvolveu pesquisas com diferentes e proeminentes sociólogos, como Leonard Schatzman e Fred Davis. Orientou diversos alunos de doutorado, entre eles Barbara Bowers (1985), Kathy Charmaz (1972), Phyllis Stern (1976) e Adele Clark

(1985). Destaca-se a favorável parceria em pesquisa com a enfermeira Juliet Corbin (1981), que persistiu por um período aproximado de 16 anos (SAKAMOTO, 2011).

Na sequência, após a publicação do livro *Basic of Qualitative Research*, de Corbin e Strauss, em 1990, Glaser publica o livro *Emergence vs. Forcing: Basics of Grounded Theory Analysis*, em 1992, visualizado como uma crítica ao livro de Corbin e Strauss apresentado em 1990. Os diferentes encaminhamentos não afetaram definitivamente o relacionamento entre os mentores da TFD, a relação estabelecida ao longo de anos se conservou consistente, e Glaser continua a dedicar seus livros a Strauss (STERN, 2009).

São diversas as definições de TFD. Seus elaboradores, Glaser e Strauss, a conceituam como “a descoberta da teoria a partir dos dados sistematicamente obtidos e analisados na pesquisa social” ou como um método “sistemático, com orientações flexíveis para coleta e análise qualitativa dos dados para a construção de teorias, fundamentadas nos próprios dados” (CHARMAZ, p.2, 2006). A teoria evoluiu durante o processo de investigação em si, configurando um produto da influência recíproca e contínua entre coleta e análise dos dados.

Por consequência, o pesquisador não aguarda até que todos os dados sejam coletados para iniciar a análise. De fato, realiza ambos simultaneamente, construindo a pesquisa desde o início da coleta de dados (GLASER & STRAUSS, 1967; GLASER 1992). Desta forma, a TFD tem como princípio a reflexão contínua sobre as informações coletadas, como um processo de conceituação, de teorização dos dados, de maneira que o resultado final seja apresentado como uma teoria substantiva gerada pelo pesquisador a partir dos elementos coletados da vida cotidiana (MORSE, STERN, CORBIN, BOWERS, CHARMAZ, CLARKE, 2009).

Este processo compreende envolvimento com o objeto da pesquisa, disponibilidade de tempo, entrada no campo de investigação, sensibilidade teórica, habilidade indutiva e dedutiva, além de apropriação do método. Com estes elementos, os dados podem ser ordenados adequadamente para a construção de uma teoria. Segundo Strauss e Corbin (2008), a teoria pode ser entendida como o agrupamento de categorias que estão inter-relacionadas, formando uma estrutura teórica que venha a tornar o fenômeno desejado compreensível e contribua para o desenvolvimento do conhecimento.

Entretanto, no método em questão, existem divergências principalmente quanto à forma como a análise dos dados é conduzida. Esta diferença de ideias se

torna marcante após a divulgação da obra de Strauss e Corbin em 1990, quando os autores mencionam separar o processo de codificação em quatro etapas prescritivas: codificação aberta, axial, seletiva e processo de codificação. Glaser emprega somente três: aberta, seletiva e codificação teórica com graus simples de abstração. Neste sentido, a TFD pode ser vista, segundo descrição de Glaser, como paradigmaticamente neutra, tornando possível seu uso como método de análise em investigações de diferentes paradigmas (BRYANT, CHARMAZ, 2007).

Outra controvérsia consiste em Glaser ser contrário ao uso de modelos de codificação que promovam o processo de conceituação. Para o autor, isto influencia a codificação, o que prejudica a base da TFD, ignorando a condição emergente da teoria (GLASER, 1992; URQUHART, LEHMANN, MEYERS, 2010).

Essa visão distinta na etapa de codificação conduziu a diferentes formas de encaminhamento da TFD (Figura 6). Contudo, mesmo seguindo caminhos diversos, o método permanece único em sua essência, e seu uso vem sendo ampliado mundialmente para diferentes áreas do conhecimento. Vale ressaltar a importância de o pesquisador ter definido no início da pesquisa a vertente que seguirá.

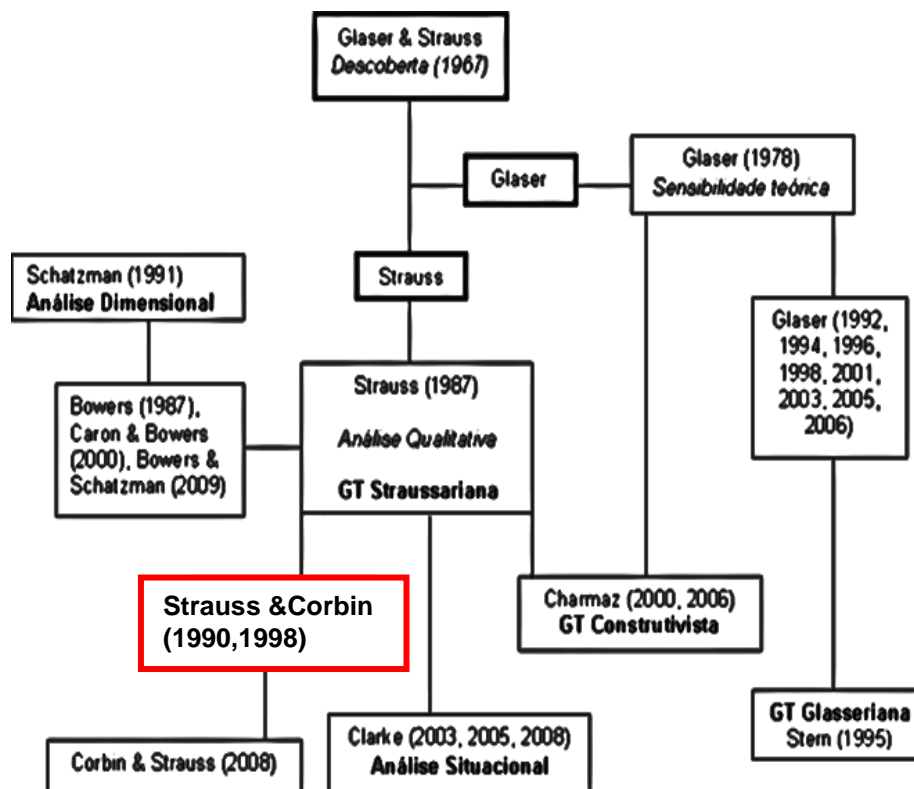


FIGURA 6 : EVOLUÇÃO DA TFD  
FONTE: MORSE *et al.* (2009, p.17)

De modo inicial, a TFD é similar a diferentes modelos de pesquisa. O método se inicia com o interesse em determinada área ou tema que se deseja investigar mais profundamente. Geralmente os pesquisadores optam pela TFD quando o objeto de interesse tem sido de alguma forma menosprezado na literatura, ou que a atenção tenha sido apenas superficial (GOULDING, 2000).

Neste sentido, a função do pesquisador seria construir sua própria teoria iniciando a coleta de dados de forma simplificada, sem recorrer a bases aprofundadas da literatura sobre o tema. O desenvolvimento da teoria se baseia em dados coletados e analisados de forma ordenada e contínua, tendo como características marcantes a circularidade e a comparação constante entre eles. A fonte de dados pode ser única ou múltipla, como entrevistas, observações, grupos focais, histórias de vida, entre outras (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Neste sentido, o pesquisador vai ao encontro de questões que fazem parte da vivência dos participantes para conseguir descobrir o que ocorre em determinado contexto e momento da vida dos participantes. Nessa convivência no mundo dos participantes, o pesquisador consegue desenvolver novos conhecimentos com as características e propriedades do fenômeno em estudo (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Desta forma, o modelo teórico é construído de forma processual utilizando sensibilidade teórica, raciocínio indutivo e dedução no tratamento de dados empíricos, resultando em abstrações conceituais que ocorrem simultaneamente em movimentos de ir e vir entre os tipos de codificação aberta, axial e seletiva (Figura 7) (BRYANT, CHARMAZ, 2007; STRAUSS, CORBIN, 2008).

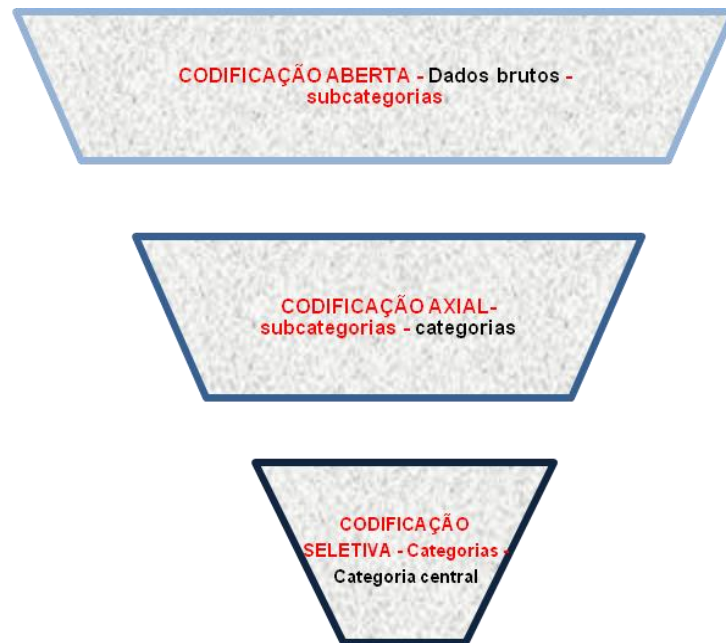


FIGURA: 7 – CODIFICAÇÃO STRAUSS, CORBIN  
FONTE: ALBINI, 2013.

Com a finalidade de auxiliar o entendimento do processo da TFD, optou-se pela apresentação do método de forma conjunta à construção da pesquisa em questão. Início com a exposição dos aspectos éticos e, na sequência, faço a descrição do processo de coleta e análise dos dados.



## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou a Grounded Theory (GT) também denominada Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método. A opção em seguir este caminho metodológico foi motivada pelo desejo de interpretar determinado fenômeno sob a ótica de quem o vivencia em um contexto previamente estabelecido.

### 4.1 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa é interpretativa e se propõe a descobrir conceitos e relações nos dados brutos para, em seguida, organizá-los em um esquema explicativo teórico. A escolha do método depende da natureza do problema a ser investigado (TURATO, 2005).

De acordo com Strauss e Corbin (2008), três componentes são essenciais na pesquisa qualitativa. Primeiro, os dados podem ser obtidos por meio de entrevista, observação participante ou não, documentos, registros, entre outros. Segundo, o método aponta a forma de conceitualizar, elaborar categorias conforme suas propriedades e dimensões, reduzir os dados e racionalizar por meio de proposições, todos eles denominados de codificação. O processo analítico inclui, ainda, amostra não estatística, memorandos, diagramas, notas teóricas. Finalmente, o terceiro se refere à produção científica e apresentações públicas dos resultados.

Os memorandos ou memos são ideias que ocorrem durante o processo de coleta de dados como um meio de documentar as impressões do pesquisador, descrevendo a situação vivenciada e auxiliando a reorientar a obtenção de informações da pesquisa (GOULDING, 2000). Strauss e Corbin (2008) também destacam a relevância dos *insights* e do empenho em anotá-los o mais breve possível, o que leva à necessidade de o pesquisador ser experiente e manter um diário de campo. Segundo os autores, os memorandos podem ser de diferentes formas, como notas teóricas, notas metodológicas, notas de observação.

As notas teóricas são construídas quando o pesquisador registra interpretações e inferências, cria hipóteses e desenvolve novos conceitos e categorias que fundamentam o modelo teórico desenvolvido. As notas

metodológicas são uma instrução a si próprio, um lembrete, uma crítica às suas próprias estratégias e se relacionam aos procedimentos e estratégias metodológicas utilizadas e às decisões sobre o desenvolvimento da pesquisa, servindo como guia para a condução da pesquisa ( Quadros 3 e 4).

As notas de observação são descrições de eventos observados principalmente por meio da visão e da audição (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS *et al.*, 2009).

#### Modelo de Nota Teórica

Nota teórica 1, GE 1 – Data:15/02/13	
Códigos	Nota teórica
Utilizando o conhecimento e experiência como Enfermeira para o exercício (desempenho) no cargo de gerente (GE1.C7.E1) Considerando a necessidade de o enfermeiro buscar seu espaço na instituição (GE1.C17.E1)	A experiência em cuidar interfere no desempenho do cargo de gerente  Na parte de gestão, mais enfermeiros poderiam ter sido inseridos, ele deve buscar seu espaço, se mostrar, ter visibilidade na Instituição

QUADRO 3 - MODELO DE NOTA TEÓRICA  
FONTE: ALBINI, 2013.

#### Modelo de Nota Metodológica

Data:15/02/13 -Nota metodológica - MEMOS GE1. E1
Perguntas acrescentadas: 1. Você acredita que ser enfermeiro é um diferencial para ser gerente de unidade? 2.Como você vê sua inserção na Instituição de acordo com o cargo/função que desempenha ?

QUADRO 4 - MODELO DE NOTA METODOLÓGICA  
FONTE: ALBINI, 2013.

Os resultados não são alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação, podendo abranger experiências vividas, comportamentos, emoções, sentimentos, bem como funcionamento organizacional, movimentos sociais e fenômenos culturais (PINTO, SANTOS, 2008).

Tal metodologia é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Permite o entendimento do sentido do fenômeno a ser estudado não apenas para o pesquisador, mas também para quem o tem como experiência de vida (TURATO, 2005).

Neste sentido, Strauss e Corbin (2008) exploram a forma de existir dos participantes da pesquisa em determinado contexto, levando em consideração o

conhecimento decorrente do vivido e suas consequências, refletidas em sentimentos, forma de viver, influências a que estão submetidos e influências que promovem no seu contexto social ou dinâmica organizacional. A intenção é trazer os conceitos e as relações decorrentes de dados coletados.

## 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa se iniciou seguindo a Resolução 196/96 e continuou pela Resolução 466/12, estando asseguradas, a cada participante, a garantia de anonimato, a possibilidade de desistência sem ônus pessoal e a retirada dos seus dados a qualquer momento da pesquisa. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Instituição, CAAE – 0259.0.208.000-11 (Anexo I). As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a setembro de 2013.

Previamente ao ingresso no campo da pesquisa, foi feita solicitação formal para a coleta de dados à Coordenação de Enfermagem da Instituição, atualmente Direção de Enfermagem, por envolver enfermeiros. Este documento contemplou resumidamente o interesse, os objetivos da pesquisa e a autorização para as entrevistas com enfermeiros dos serviços envolvidos no estudo (Anexo II).

Antes do início da coleta de dados, foi necessária uma primeira aproximação com os enfermeiros que estivessem de acordo com os critérios de inclusão, tendo sido feitos convites para participação, esclarecimento quanto aos objetivos, riscos e benefícios, relevância da pesquisa, apresentação do roteiro da entrevista (Apêndice I) e esclarecimento do tempo estimado para cada encontro. Após o aceite dos participantes, foram definidos local e horário para as entrevistas, de acordo com a disponibilidade e a escolha dos entrevistados.

A inclusão dos participantes ocorreu após sua concordância em participar da pesquisa. Houve apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias: uma foi entregue ao participante e a outra permaneceu com o pesquisador (Apêndice II). Foi assegurado que os dados coletados seriam utilizados apenas para o estudo em questão e que os resultados divulgados manteriam o anonimato dos participantes.

### 4.3 Formação dos Grupos amostrais

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público de ensino de grande porte do município de Curitiba. Foram eleitas Unidades Gerenciais (UGs) em que houvesse enfermeiro em todos os níveis hierárquicos da UG, gerência, supervisão de enfermagem, chefia de unidade e assistência. Neste sentido, quatro unidades abrangeram estas características e foram selecionadas para o início da pesquisa.

Em relação aos participantes, foram observados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro (a), atuar por pelo menos um ano na unidade selecionada, independentemente de sexo, turno de trabalho ou idade. Os critérios de exclusão compreenderam estar em período de férias ou período de licença, independentemente do motivo.

Por conseguinte, é de extrema importância a definição dos locais para o início da pesquisa, que devem ser o mais próximo ao fenômeno a ser investigado, o que facilitará a obtenção de informações que contribuirão para o seguimento da pesquisa, num processo contínuo de confrontação dos dados, na busca de padrões e temas emergentes. A comparação examina as diferenças e semelhanças entre os elementos recolhidos e fornece orientações para a coleta de informações adicionais (GLASER e STRAUSS, 1967).

Esta análise contínua estabelece o tamanho da amostra, que é construída por grupos amostrais. Desta maneira, a TFD requer a inserção de grupos amostrais em situações e características diferentes, o que proporcionará maior riqueza e profundidade quando da comparação dos dados ao longo da pesquisa (GLASER e STRAUSS, 1967).

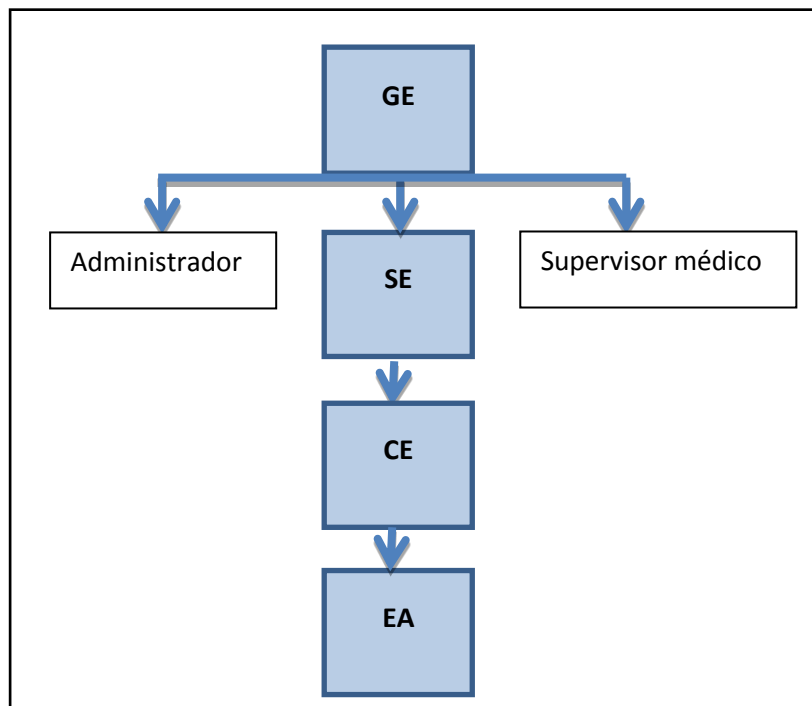
A alternância de indução e dedução aconteceu durante todo o desenvolvimento da pesquisa, pois, para a elaboração das questões para as entrevistas, foi utilizado o processo de indução e, de acordo com os dados que surgiram, ocorreram dedução para formulação de novos questionamentos, a volta ao campo e novamente a indução, em processo contínuo.

A indução é construída gradualmente ou emerge após a coleta de informações ter sido iniciada, enquanto na dedução, ocorrem a derivação dos primeiros códigos, indutivos, as diretrizes conceituais ou as hipóteses, com o intuito

de voltar a campo na intenção de obter maiores subsídios para formar a teoria (CASSIANI; CALIRI, PELÁ, 1996).

Neste processo, foi seguida a amostragem teórica, processo em que o pesquisador simultaneamente recolhe e analisa os dados e, a partir disto, decide quais informações serão coletadas e, na sequência, onde poderá encontrá-las, além de determinar quando iniciar e concluir a coleta de dados em cada grupo, a fim de desenvolver a teoria como ela emerge. Neste processo, o pesquisador utilizar-se-á de sua sensibilidade teórica (GLASER, 1992).

Assim, para o alcance dos objetivos propostos e de acordo com o método adotado, os grupos amostrais foram construídos por enfermeiros que atuam em UGs, em cargos de gerência da unidade, chefias de unidade e assistência. Estas diferenças entre os grupos amostrais são necessárias, pois, para que o fenômeno seja explicitado, é preciso compreender as distintas percepções dos participantes, nas diferentes formas como o vivenciam, conforme apresentado na Figura 8.



**GE** – Enfermeiro Gerente de Unidade (Funcional) Gerencial  
**SE** - Enfermeiro Supervisor de Enfermagem  
**CE** – Enfermeiro Chefia de Enfermagem  
**EA** – Enfermeiro Assistencial

**FIGURA 8 - ENFERMEIROS EM UNIDADE GERENCIAL**  
 FONTE: ALBINI, 2013.

Assim, de acordo com este critério, inicialmente foram selecionadas quatro UGs para a realização da pesquisa. Nestas unidades, foram apontados os enfermeiros gerentes, configurando o primeiro grupo amostral. Todos os enfermeiros gerentes de UGs da Instituição foram entrevistados, o que compreendeu um total de quatro participantes.

Para coleta das informações desta pesquisa, optou-se pela entrevista semiestruturada. As perguntas iniciais incluíram questões relacionadas ao contexto, condições, estratégias e consequências da vivência do empoderamento, que inspiravam cada participante. Neste primeiro grupo, a pergunta inicial foi: Descreva como é ser enfermeiro e estar no cargo de gerente de uma UG, e na sequência, foi seguido o roteiro geral estabelecido no início da pesquisa. A flexibilidade do referencial metodológico utilizado permitiu que as perguntas pudessem ser alteradas, de acordo com novos questionamentos que surgiram no decorrer da pesquisa.

Os dados foram gravados, transcritos e analisados durante o processo de coleta, pela própria pesquisadora. Os encontros tiveram a duração média de trinta minutos. No intuito de garantir o anonimato dos participantes deste grupo, eles receberam a denominação de GE1, GE2, GE3, GE4.

Não houve necessidade de voltar a campo para uma entrevista de completção, uma vez que os discursos foram muito semelhantes. Entretanto, a afirmação de todos de que a experiência em cuidar e o apoio dos enfermeiros administrativos interferem no desempenho do cargo de gerente, associados aos memos feitos, sinalizou os caminhos a serem seguidos na continuidade da pesquisa.

Destarte, outras questões apresentadas direcionaram o seguimento da pesquisa, como o longo tempo despendido para a análise contínua dos dados. Assim, a ideia inicial, que consistia na inserção de todos os enfermeiros das UGs apresentadas, necessitou ser reavaliada.

Assim sendo, foram retiradas da pesquisa duas unidades que ainda estavam em processo de implantação, pois, mesmo tendo a estrutura de uma UG, ainda não estavam totalmente estruturadas. Os enfermeiros nestas unidades ainda se reportavam à DAS para deliberações administrativas e assistenciais, o que não caracterizava a vivência de atuar em uma UG.

Deste modo, o segundo grupo amostral foi composto por enfermeiros supervisores e enfermeiros chefes de serviço de duas unidades gerenciais que já se

encontravam em funcionamento há oito e três anos, respectivamente. Estas duas unidades já haviam incorporado no seu processo de trabalho a dinâmica do funcionamento de uma UG: ter um colegiado multiprofissional envolvido na tomada de decisões e o poder de definição local pertencer ao gerente da unidade.

A busca de dados nesta fase foi iniciada pelo roteiro preestabelecido, e duas questões foram acrescentadas ao roteiro original com base nos memos advindos de cada encontro entre pesquisador e participantes no primeiro grupo amostral. Além disso, foi necessário voltar a campo para uma segunda entrevista com dois enfermeiros deste grupo, pois, durante a análise, permaneceram dúvidas relativas ao objeto da pesquisa.

A organização da coleta de dados ao final do segundo grupo amostral levou a um total de cinco participantes, todos eles enfermeiros supervisores de enfermagem e enfermeiros chefes de enfermagem das UGs selecionadas, os quais receberam a denominação de SE1, SE2, CE1, CE2, CE3.

O desenvolvimento da análise dos dados indicou a formação do terceiro e último grupo amostral devido à importância que estava sendo evidenciada na figura do enfermeiro assistencial. Desta forma, este grupo compreendeu unidades de internação, uma vez que nelas havia enfermeiros assistenciais nos três diferentes turnos, manhã, tarde, noite, o que possibilitou maior riqueza de dados, porque são vivências diferentes em uma mesma unidade de internação, que compõe uma UG em uma instituição hospitalar de grande porte.

A configuração da coleta de dados ao final do terceiro grupo amostral está representada na Figura 9. Fizeram parte deste grupo sete enfermeiros assistenciais de três unidades da UG selecionadas, os quais receberam a denominação de EA1, EA2, EA3, EA4, EA5, EA6, EA7.

O número de participantes nesta etapa da pesquisa seguiu outra característica marcante da TFD, que corresponde à amostragem teórica. Sua finalidade está em potencializar as condições de obtenção de dados que possam contribuir para o significado das categorias elencadas em suas dimensões e propriedades em busca de conceitos. Deste modo, não está previamente determinada por ser um processo contínuo definido pela teoria emergente e pela circularidade dos dados (STRAUSS, CORBIN, 2008).

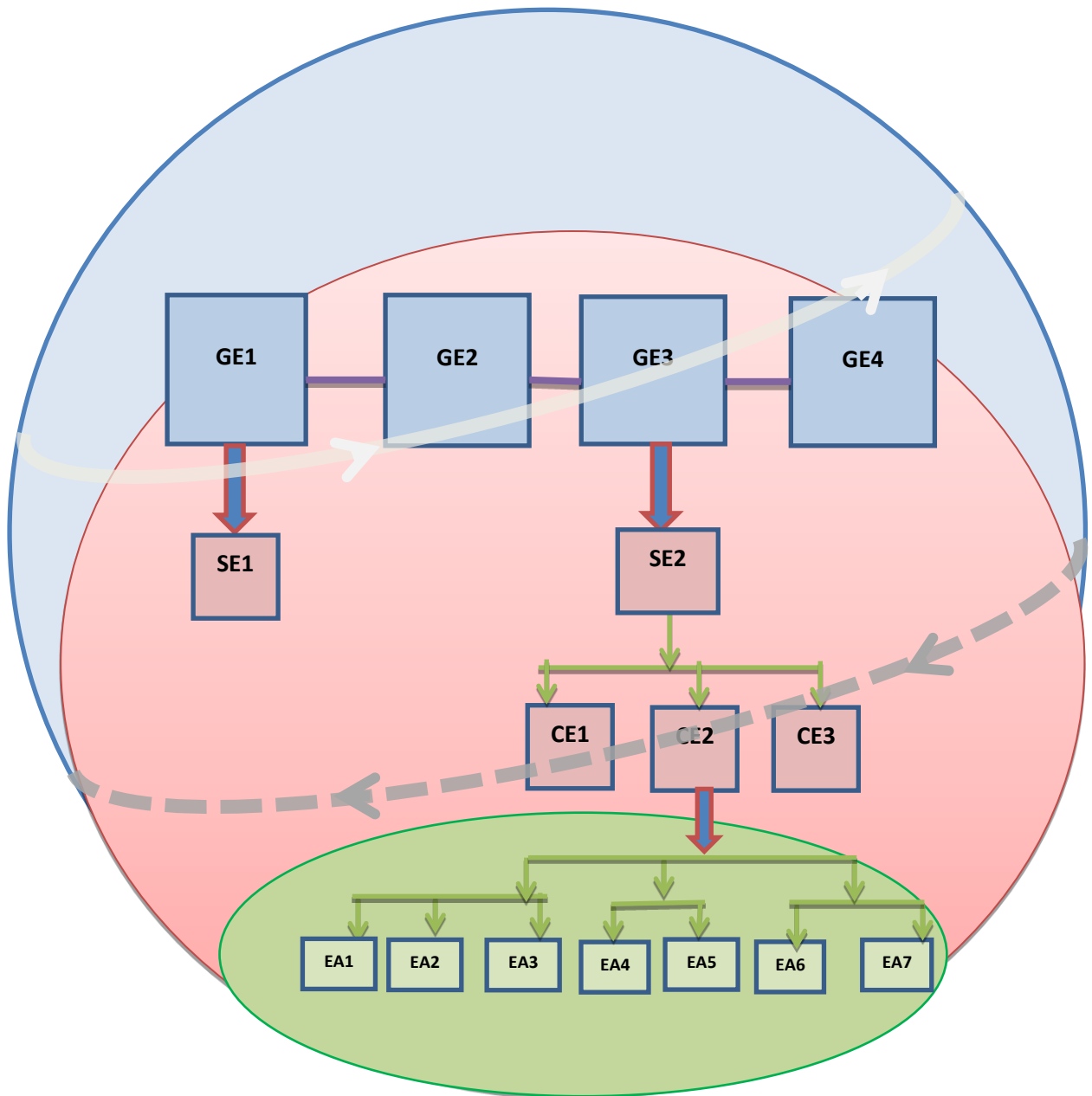


FIGURA 9 - CONFIGURAÇÃO DA COLETA DE DADOS  
FONTE: ALBINI, 2013.



A Tabela 1 apresenta o total de enfermeiros participantes e sua caracterização.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA  
FONTE: ALBINI, 2013.

Enfermeiro	Cargo	Tempo de formado em anos	Tempo de atuação na instituição em anos	Tempo de atuação no cargo atual em anos	Formação
1	Gerente Enfermeiro de Unidade Funcional (GE)	32	32	3	Mestranda
2	Gerente Enfermeiro de Unidade Funcional (GE)	30	30	8	Mestre
3	Gerente Enfermeiro de Unidade Funcional (GE)	31	31	1	Doutoranda
4	Gerente enfermeiro de Unidade Funcional (GE)	16	16	1	Mestre
5	Supervisor de Enfermagem (SE)	16	16	3	Doutoranda
6	Supervisor de Enfermagem (SE)	17	15	3	Mestre
7	Chefia de Enfermagem (CE)	16	16	3	Mestranda
8	Chefia de Enfermagem (CE)	17	17	2	Especialista
9	Chefia de Enfermagem (CE)	7	7	7	Mestre
10	Enfermeiro Assistencial (EA)	26	26	26	Mestranda
11	Enfermeiro Assistencial (EA)	7	7	7	Especialista
12	Enfermeiro Assistencial (EA)	16	16	16	Especialista
13	Enfermeiro Assistencial (EA)	11	7	7	Especialista
14	Enfermeiro Assistencial (EA)	11	9	9	Especialista
15	Enfermeiro Assistencial (EA)	18	16	11	Especialista
16	Enfermeiro Assistencial(EA)	9	7	7	Especialista

#### 4.4 CODIFICAÇÃO DOS DADOS

Conforme apresentado anteriormente, os três grupos amostrais, Tabela 10, foram construídos ao longo da coleta e análise dos dados, tendo sido possível desenvolver, refinar categorias e identificar o fenômeno central, conforme será exposto a seguir.

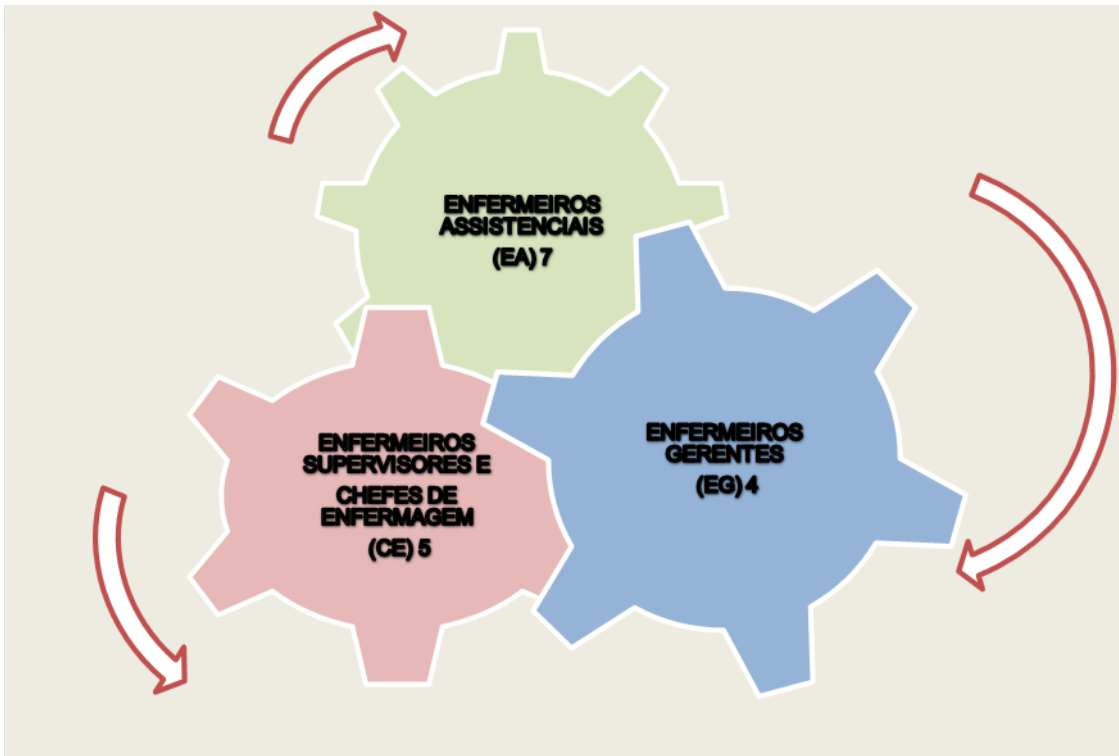


FIGURA 10- CONFIGURAÇÃO FINAL DOS GRUPOS AMOSTRAIS  
 FONTE: ALBINI, 2013.

Destarte, nesta pesquisa, foram adotados os princípios de Strauss/Corbin, versão epistemológica construtivista, na qual a realidade é construída pelos atores no contexto em que ocorrem. Os fenômenos traduzem-se em processos socialmente construídos, nos quais o investigador assume a responsabilidade de seu papel interpretativo e inclui as perspectivas dos participantes. Isto compreende conceituar e reduzir dados, formar categorias, que são comparadas, relacionadas e interconectadas nos processos de codificação aberta, axial e seletiva (STRAUS, CORBIN, 2008).

Assim, cada entrevista foi gravada e transcrita logo após a coleta. Em seguida, foi iniciada a microanálise, que consiste na leitura minuciosa e atenta dos dados, em que palavras, frases, parágrafos ou expressões passaram por um processo de reflexão envolvida pela objetividade, subjetividade, experiência e conhecimentos prévios da pesquisadora.

Desta forma, na busca de compreender o processo de empoderamento dos enfermeiros, houve um diálogo constante com os dados e atenção para o aparecimento de palavras como sempre, nunca e jamais, que poderiam não

significar ausência do fenômeno, mas a aceitação, negação ou indiferença dos participantes frente a ele (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Este processo resultou em recortes do texto denominados de unidades de análise, tendo possibilitado a formação de esquemas interpretativos, bem como mostrado os caminhos a serem percorridos nas entrevistas subsequentes, o que permitiu a inclusão de novas perguntas ao roteiro inicial e retorno a participantes que haviam sido entrevistados anteriormente.

Esta fase, denominada de codificação aberta, deve ser conduzida em fluxo livre e criativo para não transformar a análise em processo estruturado, restrito ou fechado em si mesmo. O uso do gerúndio para a codificação traz o entendimento de processo, de ação, de continuidade, como forma de a TFD apresentar um fenômeno social (STRAUSS, CORBIN, 2008). O Quadro 5, exemplo de codificação aberta, ilustra esta etapa do trabalho.

Dados brutos da entrevista	Códigos substantivos
<p>Na verdade, eu tenho um cargo de gerente. O papel que eu executo tem muito a ver com a assistência e a parte administrativa, e a gente se vê dentro de uma unidade especial no meu ponto de vista, (...) até porque como enfermeira você olha, você tem conhecimento, você vive na ponta, você vive no processo de trabalho diário, você tem muito mais argumentação, muito mais embasamento para fazer, para tomar as decisões, discutir com a equipe que você faz parte do processo, então este eu acho que é um ponto fundamental para mim (GE3.C6.E1).</p> <p>GE: Gerente C: Código E: Entrevista</p>	<p>Mostrando a importância do enfermeiro para o cargo de gerente.</p>

QUADRO 5 – EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA  
FONTE: ALBINI, 2013.

Este procedimento envolveu os dezesseis participantes da pesquisa, utilizando o processo de circularidade dos dados, que consiste na comparação da entrevista mais recente com todas as realizadas anteriormente, de modo sucessivo, conforme apresentado anteriormente na descrição da construção dos grupos amostrais. Desta comparação constante, surgiram os códigos substantivos, assim

denominados pela utilização, em geral, de palavras ou termos apresentados pelos participantes da pesquisa, manifestando comportamentos que estão sendo explicados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste processo, os dados empíricos contribuem para a sustentação dos componentes teóricos, conforme Strauss e Corbin (2002) descrevem ao enfatizar que todos os procedimentos da TFD têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, vistos como acontecimentos semelhantes em sua essência. Para eles, a construção de uma teoria indutiva gerada pelos dados pode promover novos conhecimentos, aumentando a compreensão e trazendo à área do fenômeno estudado novas perspectivas de entendimento.

Na sequência, foi desenvolvida a codificação axial. As subcategorias foram reagrupadas na busca de conexão entre as categorias quanto às suas propriedades e dimensões, como Strauss e Corbin (2008) nominam. Segundo os autores citados, seus componentes básicos constituem as condições em que os fenômenos ocorrem: por que? onde? quando? como?; as respostas pelos indivíduos ou grupos (quem?) e as situações em que ocorrem (como?). Essas **condições**, que se mostram como **ações e interações**, significam as manifestações dos participantes em relação ao que está ocorrendo, como se mostram quanto ao fenômeno.

Finalmente, os resultados dessas ações e interações se expressam pelas **consequências** que representam o que acontece e por que acontece. Podem ser únicas ou variadas, com tempo indeterminado, permanente ou temporário, presumidas ou não e de impacto variável. Para Corbin e Strauss (2008), ação/interação se apresentam como medidas utilizadas para responder ao fenômeno ou situação estudada sob determinada condição, enquanto as consequências representam o resultado da ação ou da estratégia escolhida.

Na intenção de situar o fenômeno em relação à estrutura e processo, neste caso, uma instituição hospitalar em processo de mudança gerencial, os dados foram examinados utilizando questões tais como onde ocorre, por que ocorre, quem provoca, quais as consequências, seguindo eixos norteadores referentes às suas propriedades e dimensões.

Assim, os nomes das categorias procuraram descrever o que está acontecendo no local da pesquisa, sob o olhar de quem constrói e vivencia tal realidade, remetendo ao contexto da pesquisa, descrevendo o processo.

Os dados foram coletados até se obter a saturação teórica, expressão utilizada para definir o estágio em que o pesquisador evidencia que não há novas informações, sentidos, propriedades ou dimensões, em relação ao que foi analisado e codificado. Deste momento em diante, a coleta não origina mais esclarecimentos para o fenômeno, de modo a colaborar para a elaboração do modelo teórico. O Quadro 6 mostra um exemplo de codificação axial.

Códigos substantivos	Subcategorias	Categoria
Mostrando a importância do enfermeiro para o cargo de gerente.	Empoderamento dos enfermeiros gerentes	Assumindo novos papéis.

QUADRO 6 – EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO AXIAL  
 FONTE: ALBINI, 2013.

A terceira etapa sugerida por Strauss e Corbin (2008) é denominada codificação seletiva. Representa a fase em que o pesquisador percebe o surgimento de uma possível categoria central que possa exprimir o fenômeno estudado a partir das categorias construídas e da relação entre elas. É o momento de maior refinamento dos dados, exigindo também um elevado nível de abstração, de modo a manifestar a vivência dos participantes da pesquisa na forma de uma teoria substantiva.

Neste sentido, a designação do tema central da pesquisa deve emergir do próprio contexto em que se situa o fenômeno. Constitui uma abstração do pesquisador, a partir de códigos que seleciona como relevantes, estabelecendo conexão e aprimorando categorias, permitindo a construção do modelo teórico proposto. É uma construção interpretativa, mas deve ser a mais clara possível, de maneira a ser compreendida por outros pesquisadores, independentemente de linhas de pensamento. É a narração do fenômeno com base nas suas condições causais, conforme apresentado anteriormente (STRAUSS, CORBIN, 2008).

O fenômeno principal consiste na descrição do que ocorre no contexto da pesquisa, que se configura no agrupamento de situações que permeiam esta realidade socialmente constituída. Por fim, os dados são discutidos com a literatura, e a teoria é apresentada sob um olhar acadêmico.

A validação do esquema teórico pode ser feita comparando-se o diagrama com os dados brutos, verificando a coerência e a relação entre ambos; ou pode ser solicitado aos participantes que leiam o esquema teórico e apontem o modo como se identificam nele.

**O fenômeno central** construído por esse processo no presente estudo foi **VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO NA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL.**

## 5 ANÁLISE

De acordo com as premissas do IS, as instituições, independentemente de sua forma, familiar, cultural, organizacional, são estruturas sociais construídas das ações do indivíduo e se mostram sob diversos aspectos, seja na posição social ocupada em cada contexto, nos papéis assumidos ou não e se refletem em comportamentos, sentimentos e expectativas do grupo, de forma individual e coletiva (COLLINS, 2009).

A análise comparativa realizada de forma constante entre os dados utilizou os princípios do IS e possibilitou a construção do fenômeno central:

**“Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino na implementação de modelo gerencial”.**

### 5.1 CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO

O fenômeno é analisado e apresentado pela relação e inter-relação das categorias centrais entre si, nas quais o enfermeiro em um hospital de ensino vivencia o processo de empoderamento ao assumir novos papéis, torna suas ações visíveis na instituição e utiliza o cuidado como instrumento para o empoderamento, em conformidade com as três categorias identificadas:

- Assumindo novos papéis
- Tornando as ações do enfermeiro visíveis para a instituição
- Utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento

Estas categorias resultaram de seis subcategorias e vinte elementos. As categorias são expostas e explicadas por trechos das entrevistas dos participantes, representadas em forma de diagramas, finalizando com um esquema central retratando o fenômeno central.

### 5.1.1 Categoria “Assumindo novos papéis”

Atuar em uma instituição hospitalar em processo de mudança é um desafio para todos que dela fazem parte. Ocorre uma reorganização estrutural, organogramas são revistos, profissionais envolvidos modificam suas ações, e são criadas novas situações a serem enfrentadas, de tal modo que os efeitos originados desta realidade são vivenciados por todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para que ela ocorresse e fosse mantida, pois atuam como construtores e participantes deste novo contexto.

O foco das mudanças ocorridas compreendeu a formação das unidades gerenciais, e a figura do gerente de unidade se tornou destaque no modelo adotado pela Instituição. As histórias de como os enfermeiros de um hospital de ensino vivenciam o processo de empoderamento, narradas por enfermeiros gerentes, supervisores, chefes de serviço e assistenciais, são iniciadas apresentando como o enfermeiro foi assumindo novos papéis e construindo seu empoderamento neste modelo de gestão.

Na categoria “Assumindo novos papéis”, foi destacada pelos participantes da pesquisa a figura do gerente de unidade (Diagrama 1).

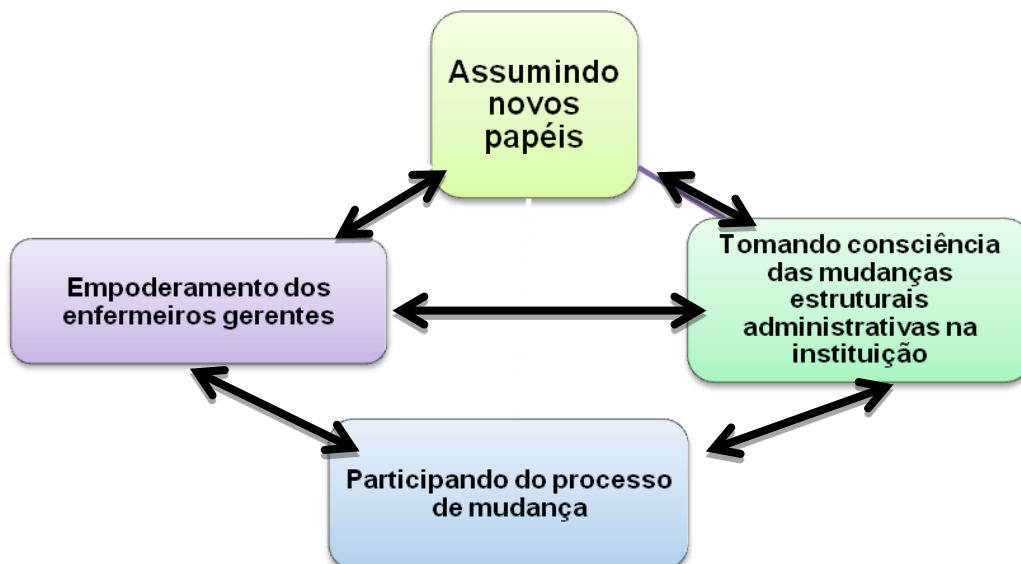


DIAGRAMA 1 – SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “ASSUMINDO NOVOS PAPÉIS”  
FONTE: ALBINI, 2013.



Na Instituição em que esta pesquisa foi realizada, os profissionais reagiram de forma diferenciada frente ao processo de mudança nela ocorrida. Alguns se direcionaram para as oportunidades apresentadas, outros se distanciaram, e houve aqueles que se mostraram indiferentes. Por conseguinte, enfermeiros acabaram **“assumindo novos papéis”**, o que os levou a refletir sobre o empoderamento que estavam obtendo em função do cargo assumido na nova estrutura institucional.

#### 5.1.1.1 Subcategoria **“Tomando consciência das mudanças estruturais administrativas da instituição”**

A subcategoria **“Tomando consciência das mudanças estruturais administrativas da instituição”** envolveu, de modo particular, os elementos **“reconhecimento da necessidade em assumir novos papéis”** e **“incorporação de novas atividades ao fazer do enfermeiro”**, que resultaram em uma **“modificação no processo de trabalho do enfermeiro”**, conforme expresso no Diagrama 2.

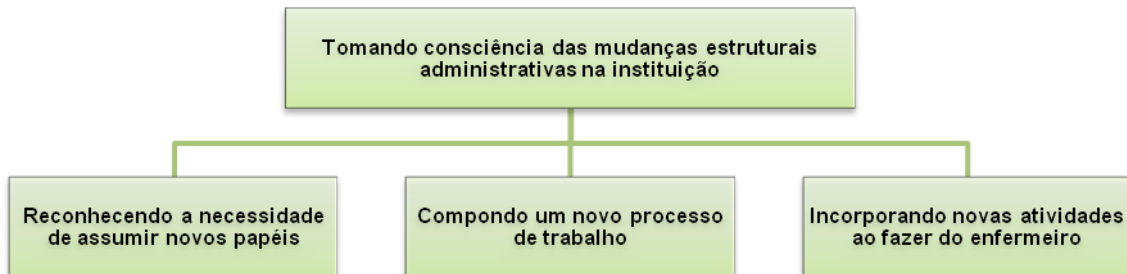


DIAGRAMA 2 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “TOMANDO CONSCIÊNCIA DAS MUDANÇAS ESTRUTURAIS ADMINISTRATIVAS DA INSTITUIÇÃO”  
 FONTE: ALBINI, 2013.

Em relação ao elemento **“Reconhecendo a necessidade de assumir novos papéis”**, há uma percepção dos enfermeiros de que as mudanças, apesar de terem sido iniciadas em 2002, ainda são um desafio. A reação inicial repercutiu tanto na ocupação de espaço de enfermeiros nas instâncias decisórias, quanto nas perdas decorrentes da forma como se posicionaram naquele momento diante de uma nova realidade. Entretanto, segundo um dos enfermeiros gerente, esta situação pode ser modificada, desde que haja empenho em assumir novos papéis.

Igualmente é verbalizada a preocupação, não apenas diante da necessidade de ocupação de espaços no âmbito gerencial, mas também em relação a enfermeiros líderes estarem deixando a Instituição, normalmente por aposentadoria, e poucas lideranças estarem surgindo entre os novos profissionais.

Da mesma forma é manifestado que existem enfermeiros que poderiam ter destaque na área gerencial, mas é necessário ter empenho para conquistar os espaços.

*Da parte administrativa em alguns momentos de mudanças estruturais no hospital o enfermeiro ficou acanhado, e mesmo hoje eu estou preocupada, porque eu vejo assim, que o enfermeiro perdeu aquele momento. Alguns assumiram alguns cargos, mas poderiam ter assumido muito mais, muito bem. Perdemos o momento, mas o momento está aí. Está acontecendo e a direção do hospital está precisando de líderes, e as pessoas que são líderes estão saindo, e novas estão entrando, e a gente tá vendo que estão surgindo poucos líderes (GE2. C29. E1).*

*Na parte de gestão, quantos enfermeiros deveriam ter nome na Instituição e poderiam ter, eu acho que podemos fazer muito mais. E eu acho assim, ninguém dá espaço para ninguém, as pessoas têm que buscar o seu espaço (GE1. C52. E1).*

*Quando colocam a unidade que gerencio como exemplo em várias situações a gente entende que isto é um reconhecimento do trabalho, não pela gerente, mas pelo grupo, porque ninguém trabalha sozinho. Eu tenho a felicidade de ter um grupo bom de trabalho, talvez porque eu consegui construir isto com o grupo, né, mas eu tenho vários líderes na minha unidade, a nível de enfermeiros, a nível de médico. É um grupo forte (GE2. C35. E1).*

Ademais, a vivência na área de saúde se reflete de forma positiva na “incorporação de novas atividades ao fazer do enfermeiro”, agindo como elemento facilitador para o desempenho da posição de comando de UGs, auxiliando no estabelecimento de relações com a equipe multidisciplinar, em especial na área médica. Isto é mostrado quando o enfermeiro gerente manifesta que é inserido pela equipe como parceiro nas discussões e na tomada de decisões.

*Eu vejo assim, que por serem na Instituição outros profissionais que não são da área de saúde estão em cargo de gerente em unidades especiais. Eles têm muito mais dificuldade de entrada no grupo multidisciplinar, principalmente na categoria médica. Vejo que quem tem essa vivência da área de saúde, no caso de uma gerência em um hospital universitário, dá esse subsídio, com certeza (GE4, C10. E1).*

*Vou discutir qualquer procedimento, vou discutir um protocolo, o grupo me fala como se eu estivesse dentro do processo. Não é uma pessoa que veio dar uma ordem no meio do processo. Eu participo do processo. Eles me*

*veem como um parceiro, um igual, né, e eu acho que isto faz a diferença pra aceitabilidade do grupo (GE2. C41. E1).*

Desta forma, enfermeiros gerentes seguem “compondo um novo processo de trabalho”, de acordo com a realidade da UG, na qual estão inseridos, utilizando estratégia de comunicação e controle, situações formais como o colegiado da unidade, reuniões diárias e semanais. Entretanto, ao mesmo tempo em que verbaliza a preocupação, sendo enfermeira e gerente, em se mostrar disponível para toda a equipe da unidade, não direcionando a atenção apenas para a própria categoria, para a prestação de cuidado, refere que há necessidade de olhar, além da unidade, na inserção do enfermeiro na instituição como um todo.

*Existe também uma coisa formal, que é marcada por reuniões através do supervisor, do colegiado, uma estrutura que forma uma rede, né, de comunicação e de retorno (GE2. C39. E1).*

*Com as pessoas com que trabalho, que estão hierarquicamente subordinadas a mim, temos reuniões diárias e semanais que são de feedback e ponto de controle (GE3. C16. E1).*

*Você não pode ficar pensando só enquanto enfermeira, só na tua unidade, só em prestar cuidado, só na tua categoria. Eu acho que você tem que pensar como um todo, na sua inserção como categoria dentro da Instituição (GE1. C13. E1).*

Conforme a subcategoria **“tomando consciência das mudanças estruturais administrativas da instituição”**, verificou-se que, quando houve a mudança gerencial da Instituição, os enfermeiros “perderam” oportunidades de assumir cargos de destaque no modelo que estava sendo implantado. Entretanto, aqueles que assumiram a gerência de unidades referiram a vivência de um novo processo de trabalho, no qual incorporaram novas atividades, porém reforçam a necessidade de líderes entre os enfermeiros da Instituição.

Os enfermeiros, ao tomarem consciência das mudanças, além de assumirem novos papéis, buscam estratégias para serem aceitos pelo grupo em que estão inseridos, trabalham as relações interpessoais, a conquista pelo seu espaço, o autoconhecimento e a reflexão das suas ações por meio do *feedback* dos seus subordinados.

O gerente para avaliação do seu trabalho utiliza a própria estrutura da UG, busca a comunicação com o grupo de trabalho em reuniões formais periódicas, oportunidades para verificar o reconhecimento e aceitabilidade do seu trabalho.

#### 5.1.1.2 Subcategoria “Participando do processo de mudança”

Estar à frente de uma UG é apresentado pela subcategoria “Participando do processo de mudança” e seus elementos (Diagrama 3).

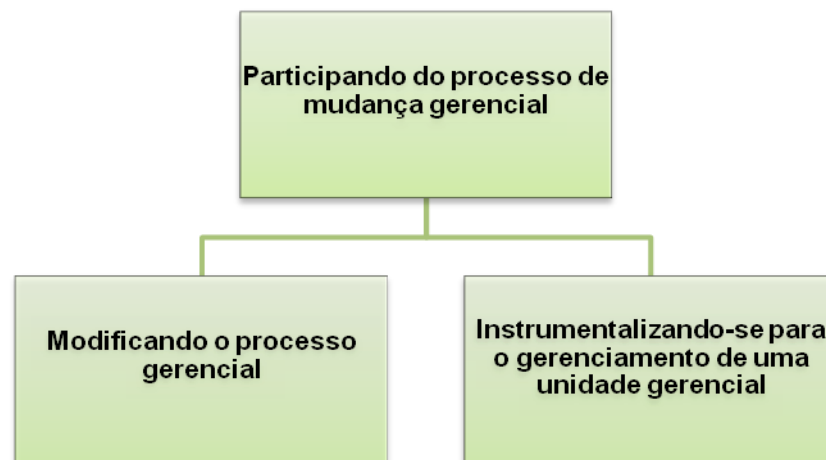


DIAGRAMA 3 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “PARTICIPANDO DO PROCESSO DE MUDANÇA”

FONTE: ALBINI, 2013.

No elemento “Modificando o processo gerencial”, o enfermeiro relata como ocorre a ligação entre a UG e o corpo diretivo, pela participação no Conselho Diretivo (CODIR) e pelo diretor de área, assinalando, entre outras questões, que o gerente é quem está próximo ao poder decisório máximo da Instituição e assumiu o papel de interlocutor entre a equipe da unidade e a direção da Instituição.

*Nós temos a reunião de diretores e gerentes, que é o CODIR. Acontece semanalmente, e é onde são passadas algumas informações e mudanças de ações, que têm que ser feitas pelas gerências e, com consequência, aquelas que a gente tem que repassar para as supervisoras, e as supervisoras para os demais. A gente também tem um dia de despacho com a direção de área, que é a direção de assistência, onde ela também passa as orientações. A gente recebe os e-mails com algumas alterações, algumas orientações, e quando necessário, é feita alguma reunião pontual*

*com as gerências das áreas. A diretora de assistência chama e repassa essas informações (GE4. C46. E1).*

Esta modificação no processo gerencial da Instituição se mostra no relato de outro gerente, ao referir que sua função está mais em representar os interesses da unidade, ser o elo de negociação entre a equipe e o “meio externo”, corroborando o expresso na fala acima.

*Hoje eu estou nesse papel, e percebo que o cargo que eu ocupo é muito mais de se fazer uma ponte com o meio externo, de fazer as negociações. É alguém que está negociando os interesses da unidade fora, e trazendo as informações para dentro, e a gente tem que ter um repasse nas hierarquias onde você faz esse papel, e o restante da equipe vai fazer o operacional. Senão não tem nenhum interlocutor lá fora (GE1. C68. E1).*

No que diz respeito ao gerenciamento da unidade, é expressa a importância de profissionais que auxiliem e proporcionem o suporte para a atuação do gerente. Neste sentido, são citados os supervisores, especificamente os de enfermagem, que cuidam da parte da enfermagem, e o supervisor administrativo.

*O cargo de gerente é um cargo muito mais de você manter relações com as pessoas, e você não consegue fazer muito operacional. Tem que ter alguém para te auxiliar nisso. Neste caso, a gente tem o supervisor de enfermagem, que cuida da parte da enfermagem, e o supervisor administrativo (GE4. C1. E1).*

No elemento “Instrumentalizando-se para o gerenciamento de uma unidade gerencial”, os participantes citaram que, para assumir o cargo de gerente, houve preocupação em preparar os profissionais que seriam responsáveis pela implantação das UGs. Também foram relatadas a disposição da Instituição para manter os gerentes capacitados e a preocupação em sedimentar as unidades formadas.

Em relação ao conhecimento de gerenciamento, os dados revelam que a participação nos planejamentos da Instituição é uma oportunidade de aprendizagem e que a formação em enfermagem é um fator positivo.

A formação em enfermagem auxilia no gerenciamento:

*Eu participei da primeira turma de gerentes implantadores. Então daquela época já se sentiu uma necessidade de esse grupo se instrumentalizar como gestor, para que a gente pudesse realmente sedimentar as unidades gerenciais (GE3. C15. E1).*

*A gente fez uma formação antes de assumir o cargo de gerência. Eu assumi o cargo de supervisora de enfermagem da unidade. A gente teve uma capacitação gerencial, e todos os cursos que a gente se propõe a fazer o hospital permitem que a gente faça também (GE4. C24. E1).*

*A gente participa dos planejamentos estratégicos do hospital, que também dão uma base de conhecimento de gerenciamento. Não é um conhecimento que um administrador teria, mas eu acho que também a enfermagem dá uma visão ampla da assistência, o que nos ajuda no gerenciamento. Diferentemente de ser só um administrador (GE4. C25. E1).*

Os dados desta subcategoria **“Participando do processo de mudança”** revelaram que os enfermeiros gerentes de UGs acreditam que a formação na área da saúde, especificamente em enfermagem, contribui para melhor desempenho dos gerentes, que detêm o poder formal que o cargo lhes confere, sendo representantes da UG nas instâncias decisórias, cujo papel é de interlocutor entre a direção e a equipe.

Destaca-se que o enfermeiro, ao tomar consciência do processo de mudança, vai ao encontro de instrumentos que o auxiliem no desempenho das ações gerenciais, seja por meio de capacitação específica, pelas oportunidades que surgem da sua prática na participação em planejamentos institucionais e pelo conhecimento que a enfermagem proporciona na área da assistência e gerenciamento.

#### 5.1.1.3 Subcategoria **“Empoderamento dos enfermeiros gerentes”**

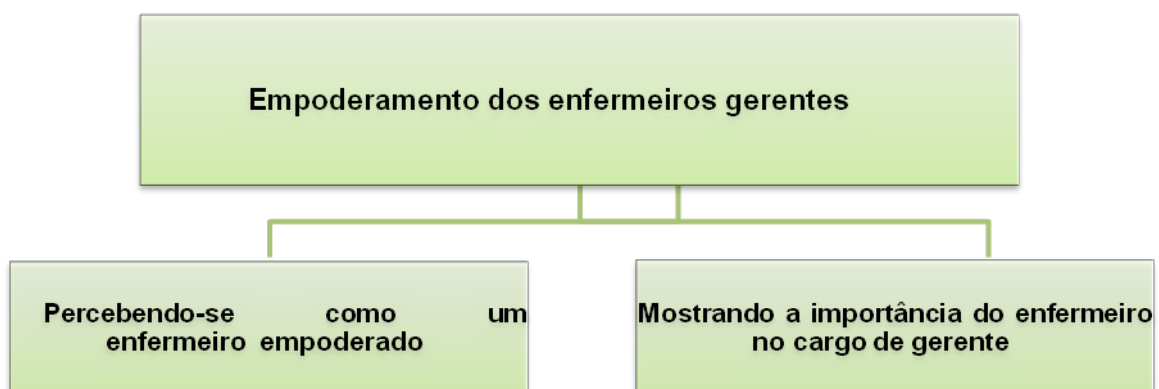


DIAGRAMA 4 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS GERENTES”  
 FONTE: ALBINI, 2013.

A subcategoria “**Empoderamento dos enfermeiros gerentes**”, Diagrama 4, é composta pelos elementos “percebendo-se como um enfermeiro empoderado” e “mostrando a importância do enfermeiro no cargo de gerente”, que complementa a subcategoria apresentada anteriormente.

No elemento “Percebendo-se como um enfermeiro empoderado”, os participantes referem que a figura do gerente de uma UG tem visibilidade na Instituição, mas que isto foi sendo construído. No início, houve dificuldade, pois nem todos acreditavam no modelo que estava sendo implantado, e isso está explicitado abaixo:

*Eu acredito que sim, que o cargo de gerente tenha visibilidade na Instituição. Eu acho que esses cargos foram implantados nessa nova gestão. Então, quando começou, foi uma coisa difícil, nem todo mundo aceitava, nem todo mundo acreditava, até no modelo. Eu acho que hoje tem visibilidade, mas falar especificamente caso a caso, eu acho que a gente pode falar de uma maneira geral, o cargo de gerente de uma maneira geral tem (GE1. C24. E1).*

Da mesma forma, a visibilidade provém da forma diferenciada de gestão. Isto pode ser motivo de desconforto da parte do enfermeiro gerente, que verbaliza estar incomodado com a parte política do cargo, e que prefere fazer parte do processo de trabalho do cuidado, da assistência. O que parece contraditório, na medida em que este mesmo profissional foi ao encontro de novos papéis e, nesta posição, se mostra um enfermeiro empoderado, tendo o poder formal advindo do cargo ocupado, e o poder informal retratado pelo reconhecimento e respeito expresso pelos participantes:

*Que o cargo de gerente tenha visibilidade, acredito. Tem porque é uma forma diferenciada de gestão, porque ele agrega vários profissionais. Então ele não tem visibilidade só dentro da minha classe. E ele tem uma organização, uma disciplina diferenciada, tem mudado a forma como as pessoas têm visto a gerência. Não é só mais um cargo. Ele realmente tem feito a diferença. (GE3. C19. E1).*

*Tenho muita visibilidade, até demais pro meu gosto. Na verdade, eu sou muito técnica, sempre fui. Política faz parte, mas não é o meu foco, nunca foi, né! Eu gosto de fazer assistência, eu gosto de fazer cuidado, de participar do processo de trabalho do cuidado. Eu, às vezes, falo, me deixem quieta no meu canto, né, porque essa visibilidade tem um lado bom, como, às vezes, tem um lado que a gente não gosta dele, a inveja, e a gente tem uma visibilidade muito grande, entendeu? (GE2. C42. E1).*

*Nós enfermeiros somos os detentores do conhecimento nessa área, e o que a gente fala a gente é respeitado. A gente tem que ter muito cuidado com aquilo que a gente toma de decisão, porque o que a gente fala para eles é o que vale. Então eu acho que isso é uma valorização profissional do conhecimento e uma autonomia que a gente tem. Que não se compara a qualquer outro hospital fora. (GE4. C19. E1).*

*Eu só acho assim, o enfermeiro não sabe o poder que tem. O enfermeiro tem muito, muito, muito, é conhecimento. Ele tem uma formação, tanto no cuidado, como na sua formação, a questão administrativa, coisa que os outros profissionais não têm isso. Então ele abre muitos campos em que a gente pode atuar (GE2. C47. E1).*

No entanto, é necessário autoconhecimento, se reconhecer como um profissional fundamental para a instituição, pois, ao não saber o poder que tem, não vislumbra formas de utilizá-lo a seu favor e da sua profissão, configurando ausência de poder representado pela perda de oportunidades. Ao contrário, profissionais conscientes utilizam o conhecimento e habilidades específicas como diferenciais para o exercício da gerência de uma UG, o que é apresentado no elemento “Mostrando a importância do enfermeiro no cargo de gerente”.

Segundo os participantes, o enfermeiro, por conhecer a parte assistencial e administrativa, está mais adequado para estabelecer alianças, fazer a ligação entre profissionais dos vários serviços que compõem a UG, referindo ser o profissional mais preparado para as discussões e tomadas de decisões.

*Na verdade, eu tenho um cargo de gerente. O papel que eu executo tem muito a ver com a assistência e a parte administrativa, que a gente se vê dentro de uma unidade especial no meu ponto de vista, (...) até porque, como enfermeira, você olha, você tem conhecimento, você vive na ponta, você vive no processo de trabalho diário, você tem muito mais argumentação, muito mais embasamento para fazer, para tomar as decisões, discutir com a equipe de que você faz parte. . Então, este, eu acho que é um ponto fundamental para mim (GE3. C6.E1).*

*Acredito que há uma diferença, sendo enfermeira e assumir o cargo de gerência porque a gente tem o conhecimento técnico da área de saúde também. Tem conhecimento para discutir as situações, auxilia muito mais, diferentemente do que, por exemplo, só um administrador. Te ajuda muito mais nas discussões, nos embates (GE3. C20. E1).*

*Onde tem unidades de internação, eu acho que o enfermeiro faz a diferença nessa parte da gerência, porque se a gente for analisar, o enfermeiro é um elo entre vários profissionais que atuam em cada serviço, porque é a enfermagem que está 24 horas com o paciente. Eu sempre tive essa visão, que o enfermeiro é quem liga todos esses profissionais que trabalham ali em determinados serviços, e a gente acaba se inteirando mais até por saber melhor da estrutura do hospital, como funciona quase tudo (GE1. C12. E1).*



Na subcategoria “**Empoderamento dos enfermeiros gerentes**”, pode ser observado que o enfermeiro, ao assumir o cargo de gerente de uma UG, utiliza competências, articulando conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas como enfermeiro assistencial e administrativo. Estas competências lhe proporcionam segurança para discussão de situações gerais e específicas relacionadas ao paciente por estar mais próximo dos profissionais de cada serviço. Referem que o conhecimento da estrutura hospitalar favorece o estabelecimento das relações interpessoais, sendo o elo entre os profissionais dos serviços da UG.

### 5.1.2 Categoria “**Tornando as ações do enfermeiro visíveis na instituição**”

A formação das UGs fortaleceu a figura do gerente de unidade, e enfermeiros que ocupam este cargo expressam a valorização e visibilidade na instituição. Entretanto, a estrutura administrativa fez com que determinados profissionais se tornassem invisíveis neste contexto, apesar de contribuírem de forma significativa para a sustentação e fortalecimento dos gerentes e das UGs.

A categoria “**Tornando as ações do enfermeiro visíveis na instituição**” é composta pelas subcategorias “**Buscando o fortalecimento e valorização frente à equipe e à Instituição**” e “**Percebendo a importância do enfermeiro na unidade em que atua**” (Diagrama 5) .

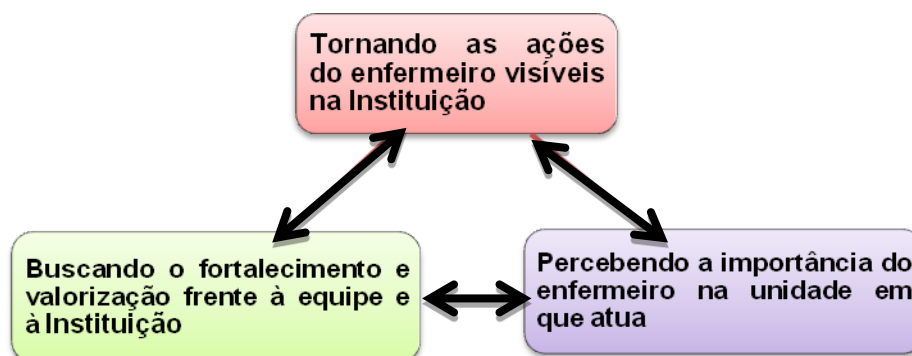


DIAGRAMA 5 –SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “TORNANDO AS AÇÕES DO ENFERMEIRO VISÍVEIS PARA A INSTITUIÇÃO”  
 FONTE: ALBINI, 2013.

### 5.1.2.1 Subcategoria “**Buscando o fortalecimento e valorização frente à equipe e à Instituição**”

Na subcategoria **Buscando o fortalecimento e a valorização frente à equipe e à Instituição**, os enfermeiros de uma UG retratam a preocupação em se fortalecer e serem valorizados na UG em que atuam, bem como no cenário institucional. Os elementos que compõem esta subcategoria podem ser visualizados no Diagrama 6.

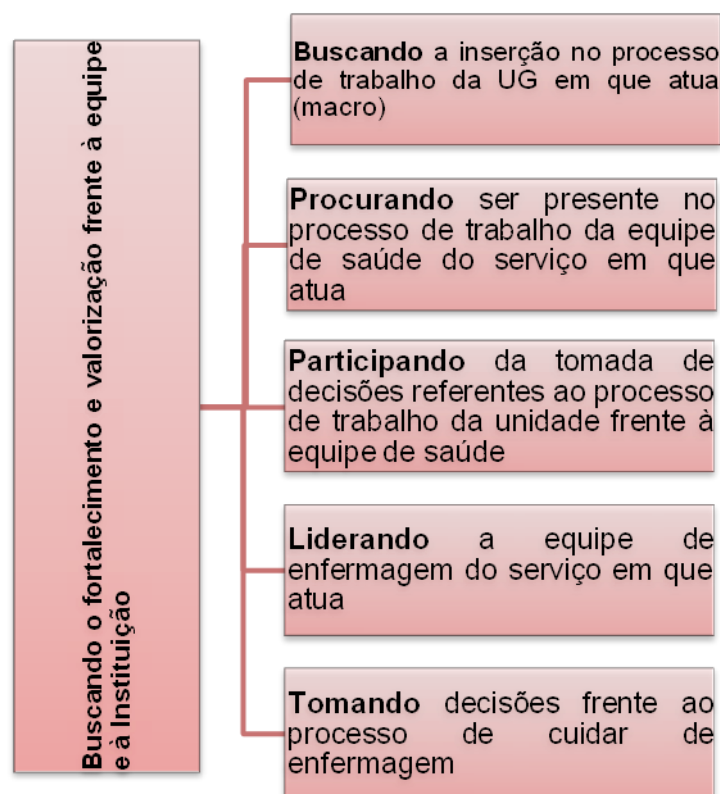


DIAGRAMA 6 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “ BUSCANDO O FORTALECIMENTO E VALORIZAÇÃO FRENTE À EQUIPE E À INSTITUIÇÃO”  
 FONTE: ALBINI, 2013.

No elemento “Buscando a inserção no processo de trabalho da UG em que atua (macro)”, o enfermeiro, de acordo com o cargo que ocupa, estabelece diferentes estratégias para se incluir na dinâmica da unidade. Refere fazer um bom trabalho, ter espaço, mesmo frente às dificuldades institucionais. Mostra-se contraditório, ao referir que a liberdade está ligada ao espaço proporcionado pelo

gerente da unidade, ou seja, é uma liberdade condicionada, conforme expresso nas falas dos participantes.

*Eu sinto assim (...), participando de todos os níveis, de todos os níveis de discussão. Eu consigo participar, convocar, pedir, desde a lavanderia, a zeladoria, até a direção do hospital. Eu vejo assim, que eu não tenho dificuldades de ser enfermeiro e estar participando ou discutindo, ou levando e trazendo situações em nenhum dos níveis (GE2.C16. E1).*

*Mas a gente tem espaço. O enfermeiro, quando ele quer, ele tem, às vezes, as suas dificuldades institucionais, até de chefias, mas ele consegue fazer um bom trabalho dentro da unidade em que você está trabalhando. Você consegue de certa forma trabalhar naquilo que você acredita. Dentro da sua unidade, se você tiver espaço, se você tiver liberdade, se a gerente der espaço, você consegue (SE1.C1. E1).*

Nas entrevistas, os enfermeiros demonstraram não apenas ir em busca da inserção no processo da UG, mas também a preocupação em estar presente na equipe, conforme apresentado no elemento “Procurando estar presente no processo de trabalho da equipe de saúde do serviço em que atua”. Os participantes referiram que caminham em direção à equipe, que buscam estar juntos, auxiliar, fazer parte, mas estão atentos à hierarquia, respeitando os limites de atuação dos colegas em suas diferentes funções.

*Eu também nunca coloquei essa questão de chefia como uma barreira entre mim e a equipe. Tanto que, se há uma emergência, eu vou lá ver se precisam de ajuda. Mas se o enfermeiro da assistência está lá dentro, eu não interfiro no trabalho dele, mas eu entro e pergunto se querem que eu faça alguma coisa. Eu procuro estar assim, fazendo parte da equipe, respeitando a equipe (CE2. C22. E1).*

*Procuro não atropelar a supervisora de enfermagem, mas a gente trabalha muito junto. Tem coisas que eu prefiro que a gente resolva junto. Coisas que têm ver junto, até porque eu quero estar inteirada. Não é que eu vá resolver sem falar com ela, mas eu quero participar. (GE1. C8. E1).*

*Eu procuro ajudar a equipe em tudo e, em contrapartida, eu tenho o retorno deles no dia a dia no cuidado do paciente, na ajuda na escala (CE2.C19. E1).*

O enfermeiro, na busca pela valorização e fortalecimento, procura desenvolver a liderança frente à equipe, representada no elemento “Liderando a equipe de enfermagem do serviço em que atua”. Alguns participantes demonstram não apresentar dificuldade em assumir a posição de líder, de ser o carro-chefe, independentemente dos profissionais envolvidos.

Entretanto, neste quesito de liderança, as relações interpessoais são apresentadas como algo a ser trabalhado, construído gradativamente. Necessita de conhecimento, respeito, de preparação e valorização das pessoas que trabalham na equipe de se fazer presente para a equipe, conforme as falas apresentadas a seguir:

*É o respeito mesmo que o pessoal tenha reconhecimento de você como profissional líder de uma equipe, que, na verdade, consegue isso de todos os membros sem dificuldades. A gente sabe que existe muito hoje ainda do cooperativismo de outras categorias, que a gente sabe que ser enfermeiro em relação ao ser médico em vários locais existe uma barreira, eu não sinto essa barreira aqui, né (GE2. C47. E1).*

*O relacionamento interpessoal é muito difícil, mesmo quando você vai colocar alguma coisa que tem que ser feita, para não ser impositiva, autoritária. Você tem que ir conhecendo as pessoas, assim vai sabendo como lidar com as pessoas. É uma construção e é um processo gradativo. Vai ser construído no dia a dia. Vai construindo esse relacionamento diariamente, vai conhecendo não só as pessoas, a rotina, tudo (GE1. C23. E1).*

*Você mantém boas relações e valoriza o outro, e o outro respeita você também por essa valorização (CE1. C14. E1).*

*A gente precisa estudar muito mais, porque isso é muito amplo. Uma coisa é o relacionamento interpessoal, isso é uma coisa que não é só o livro que te dá. É experiência de vida. É o teu dia a dia. Lidar com pessoas, lidar com tristeza (C7. SE1. E1).*

No elemento “Tomando decisões frente ao processo de cuidar de enfermagem”, os participantes referem vivenciar esta situação de forma diferenciada, sendo que os enfermeiros assistenciais se mostram mais fortalecidos por estarem diretamente no cuidado. Os enfermeiros que estão em cargo de chefia de unidade mostram-se frágeis frente ao processo decisório, uma vez que as decisões são tomadas por um colegiado da UG.

*O elo de comunicação entre direção de enfermagem e chefia de enfermagem é através do colegiado de enfermagem, que, geralmente também, quem participa são os supervisores de enfermagem. Eles nos trazem a supervisora participar de uma reunião do colegiado que eu acho que é semanal ou quinzenal, não sei direito (CE3.C8. E1).*

*São definidas algumas decisões em relação a condutas e rotinas. A gente está tentando mexer com a troca de plantões. Está muito difícil lidar com a escala. A gente vai decidir isso no colegiado, então a gente leva para o colegiado para as decisões (CE2.C15. E1).*

Neste mesmo elemento, o enfermeiro chefe de enfermagem descreve a dificuldade de tomada de decisão e autonomia no gerenciamento de recursos humanos em uma instituição pública que apresenta uma estrutura hierárquica complexa, e depende de concurso para ampliação do quadro de enfermeiros.

*Eu não tenho autonomia para ter mais enfermeiros. A contratação é só via concurso. Então é assim, a Instituição sabe dessa necessidade, porém, se não tiver um concurso, eu não tenho como ter mais enfermeiros. Eu não tenho autonomia direta, eu tenho, veja, eu coloco essa necessidade para a supervisora, para a gerente da unidade. Isso é levado para a unidade de administração de pessoas. Mas eu não tenho poder de dizer assim “chamem um enfermeiro porque eu estou precisando”. Isso não (CE3. C5.E7).*

#### 5.1.2.2 Subcategoria “Percebendo a importância do enfermeiro na unidade em que atua”

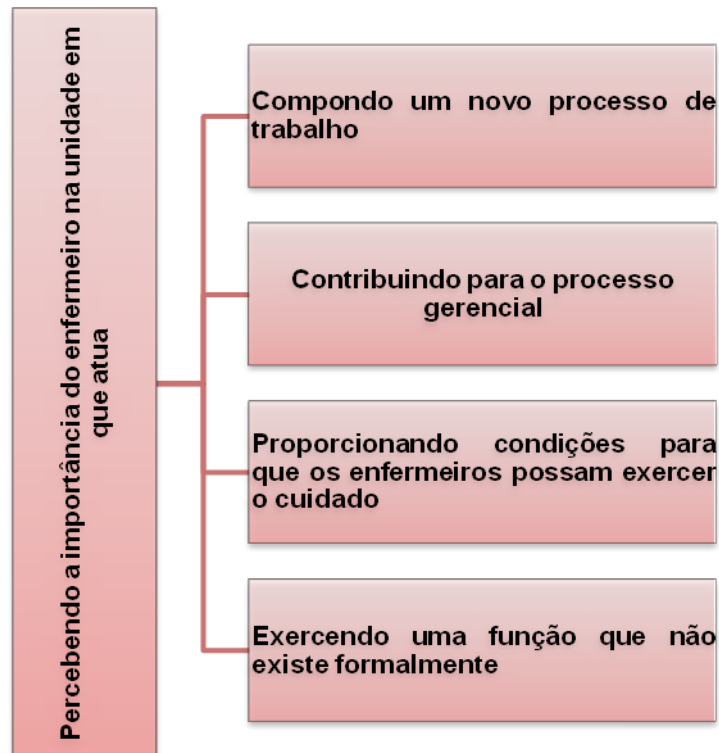


DIAGRAMA 7 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “ PERCEBENDO A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA UNIDADE EM QUE ATUA”  
 FONTE: ALBINI, 2013.

Na subcategoria “**Percebendo a importância do enfermeiro na unidade em que atua**”, Diagrama 7, os enfermeiros exprimem que o enfermeiro é fundamental em uma unidade gerencial assistencial em todos os níveis hierárquicos. Entretanto, a valorização está nos enfermeiros que atuam nos extremos, no cargo de gerente de unidade e na função de enfermeiro assistencial. Os elementos que traduzem esta realidade são apresentados a seguir.

No elemento “Compondo um novo processo de trabalho”, os enfermeiros relatam que, apesar de a UG em que atuam já ter sido implantada há quase dez anos e de existir um colegiado aberto à participação de todos os profissionais da unidade, ainda há dificuldade na diferenciação de papéis, especialmente em nível operacional. Outra questão apontada foi que a falta de definição de papéis pode levar os enfermeiros a absorver as atividades de outros profissionais.

*A gente tem trabalhado muito no colegiado da unidade, nas reuniões, quais são os papéis de cada um dentro da unidade. Porque, apesar de a unidade funcional ter sido implantada aqui há oito, quase dez anos, muitas pessoas da base, do operacional, desconhecem a diferenciação de papéis. Algumas ainda me veem como enfermeira. Eles não conseguem distinguir bem as posições que a gente vem ocupando. (GE4. C33. E1).*

*A gente tem conversado e discutido nas reuniões a respeito da definição de papéis, entre nós mesmos, porque algumas coisas se perderam, ou porque as pessoas desconheciam, ou porque as pessoas que ocupavam aquelas posições não desempenhavam a sua função, e algumas delas foram engolidas por outros, que hoje a gente tem, por exemplo: a gente tem o supervisor administrativo, que é a pessoa que deveria administrar toda a parte de materiais e equipamentos das unidades. Em algum momento ficou uma lacuna em que alguém teve que fazer isso. Então as enfermeiras acabaram absorvendo isso pela necessidade, e hoje elas acabam fazendo muitas coisas que são do supervisor administrativo e cruzam os papéis. Ficam todos fazendo tudo e, ao mesmo tempo, ninguém fazendo nada. Isso também no meu papel. (GE4. C38. E1).*

Outra questão trazida pelos participantes foi a criação do colegiado interno, uma das características de uma UG, que consiste num espaço aberto a toda a equipe, local de discussões, tomada de decisões, sendo coordenado pelo gerente da unidade.

*O meu elo com todos os funcionários é através das pessoas que trabalham com os meus colaboradores, supervisores, os responsáveis técnicos do serviço, né, mas, independentemente desse elo que se faz através de reuniões, pelo próprio colegiado interno que nós fazemos a cada quinze dias, que é aberto, quem quer participar pode participar, mas as pessoas líderes de equipe obrigatoriamente têm que estar nesse colegiado (GE2. C37. E1).*

No elemento “Contribuindo para o processo gerencial”, a figura do enfermeiro Chefe de Enfermagem é peculiar, uma vez que se apresenta como fundamental para a organização da equipe de enfermagem, sendo estratégico para o funcionamento de uma UG assistencial. Entretanto, não existe formalmente, conforme um enfermeiro CE descreve.

*Este modelo gerencial acaba nos supervisores, e daí os enfermeiros das unidades diretamente na assistência, então a gente manteve, justamente porque foi visto pela gerência que é uma necessidade de ter os enfermeiros administrativos próximos da equipe para fazer todo esse papel, porque ele não vai conseguir ser administrativo e assistencial ao mesmo tempo (CE2.C4. E1).*

Esta situação se complementa no elemento “Proporcionando condições para que os enfermeiros possam exercer o cuidado”. O enfermeiro administrativo, por estar mais próximo da equipe de enfermagem, participa do gerenciamento do cuidado, favorecendo o exercício das funções do enfermeiro assistencial e da equipe de enfermagem. Contudo, apesar de ser importante no processo gerencial e assistencial, não se percebe no contexto institucional.

*É uma função necessária, porque estamos mais próximos da equipe para gerenciar o cuidado, a questão de material, a escala. Mas a visibilidade eu nunca vi assim, diante da Instituição, da direção, uma visibilidade dessa função, é necessária, mas não há visibilidade (CE2. C3.E1).*

A vivência relatada acima se manifesta de forma explícita no elemento “Exercendo uma função que não existe formalmente”, em que os enfermeiros chefes de enfermagem expõem a sua situação no contexto local, UG e institucional. Alguns depoimentos descrevem a falta de valorização, de reconhecimento, e como não têm espaço na organização da UG.

*É que é assim, eu sou um grão de arroz dentro de um pote, digamos assim, eu estou na ponta. Eu não tenho poder de decisão sozinha, eu tenho que seguir algumas regras. Então é assim, deveria se dar mais valor a quem está na ponta, e eu acho que a Instituição nem sempre dá o valor. Nós não temos reconhecimento na Instituição, nós estamos lá na ponta do iceberg prestes a afundar, e nem sempre a Instituição está vendo isso e não é fácil (...). Acho que a Instituição deveria dar um reconhecimento maior para*

*quem está na ponta, e no meu ponto de vista, a Instituição não dá esse reconhecimento, no HC, na universidade (CE3. C7. E1).*

*Como Enfermeira administrativa, eu vejo assim, (...) é uma função que foi colocada pela necessidade da Instituição, tanto que não consta no quadro, não consta em nenhum organograma. Não consta porque nós estamos em uma unidade gerencial, e os cargos que existem em uma unidade gerencial são de gerentes e de supervisores, e chefia de enfermagem diretamente ligada à equipe não existe (CE2. C1.E1).*

Assim, os dados da subcategoria **“Percebendo a importância do enfermeiro na unidade em que atua”** revelam que a inserção deste profissional, em todos os níveis de organização de uma UG, é relevante. Porém, além da necessidade de definição dos papéis e funções, quando ocorre a construção de um novo processo de trabalho, há que se pensar a realidade do enfermeiro administrativo, tanto em nível de UG, como institucional, tendo em vista sua importância no gerenciamento do cuidado. Outra questão que chama a atenção está na liberdade condicionada, no espaço proporcionado pelo gerente da unidade para a atuação do enfermeiro administrativo, conforme expresso nas falas dos participantes.

#### 5.1.3 Categoria **“Utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento”**

Os participantes do estudo inseriram o cuidado como um diferencial na sua vivência no ambiente hospitalar. Desta forma, a categoria **“Utilizando o cuidado como instrumento para o empoderamento”** emergiu dos dados e refletiu na subcategoria **“Construindo o empoderamento pelas ações de cuidar”**, conforme representado no Diagrama 8.



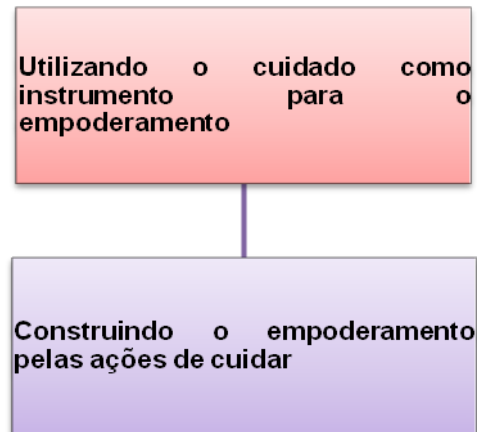


DIAGRAMA 8 – SUBCATEGORIA DA CATEGORIA “UTILIZANDO O CUIDADO COMO INSTRUMENTO PARA O EMPODERAMENTO”

FONTE: ALBINI, 2013.

#### 5.1.3.1 Subcategoria “**Construindo o empoderamento pelas ações de cuidar**”

Na subcategoria “**Construindo o empoderamento pelas ações de cuidar**”, os participantes da pesquisa apresentam a dimensão do cuidado na sua prática profissional.

*Você é dono da sua casa, você é dono do seu poder, vai ser respeitado e vai ter reconhecimento. Quantas enfermeiras colegas nossas que só trabalharam na assistência, no cuidado e têm nome (...) com reconhecimento da assistência, do cuidado feito... (GE2. C31.E1).*

Esta subcategoria foi construída tendo como base três elementos que podem ser visualizados no Diagrama 9.

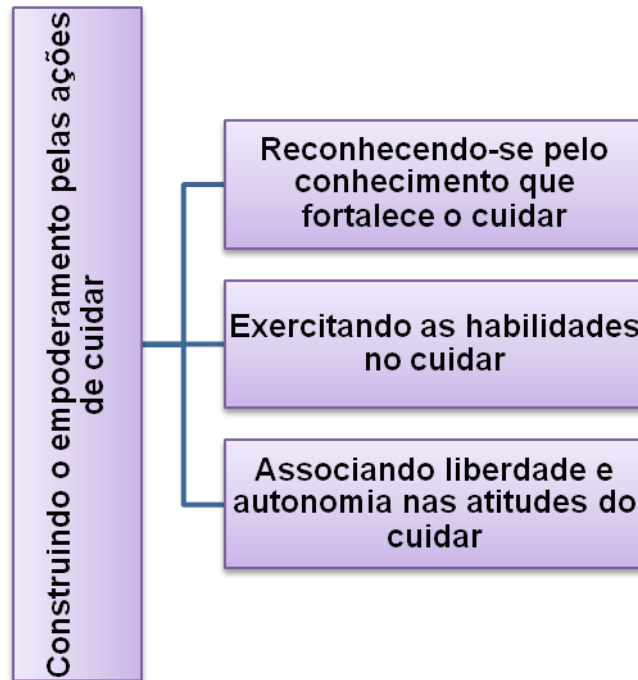


DIAGRAMA 9 – Elementos da subcategoria “Construindo o empoderamento pelas ações de cuidar”  
 FONTE: ALBINI, 2013.

Os dados do elemento “Reconhecendo-se pelo conhecimento que fortalece o cuidar” mostram que enfermeiros em cargos de gerência, supervisão e chefia de serviço procuram não se afastar da assistência, reconhecendo que o cuidado proporcionou conhecimento e favoreceu o acesso a outros cargos, como chefe de serviço e gerência de unidade.

*Aqui dentro, eu tenho um conhecimento, porque eu trabalhei a minha vida inteira aqui. Então as pessoas que trabalham comigo me conhecem desde que eu entrei. Eu entrei como enfermeira na assistência e não como enfermeira chefe do serviço. Eu não fui chefe do serviço sempre. A assistência me abriu os caminhos (CE2. C21. E1).*

*Ter o conhecimento, ter participado, devido à prática assistencial, o conhecimento científico, com certeza me ajuda muito. E acredito que sem ele, eu não conseguiria (...). O enfermeiro tem o conhecimento, mas a gente tendo esse conhecimento, você consegue, muitas vezes, discutir e realmente ser a pessoa que decide naquela situação como vai conduzir aquele caso (GE2. C8. E1).*

Desta forma, os enfermeiros destacam o conhecimento como um diferencial para ampliar os espaços de atuação na Instituição e favorecer a atuação

profissional. Neste sentido, referem que há necessidade de aprofundar conhecimentos direcionados à assistência, conforme apresentado a seguir:

*O enfermeiro faz a diferença quando ele tem conhecimento, quando ele tem vontade. Ele entra em uma comissão, ele entra em um serviço. Ele faz a diferença. É isso que eu sinto, assim, dentro dessa Instituição. Basta ocupar o espaço (GE1. C18. E1).*

*Eu acho que, do ponto de vista assistencial, nós temos que nos aprofundar mais, né, estudar mais, participar mais, ter mais conhecimento (GE2. C28. E1).*

*Eu acredito que o conhecimento é imprescindível para a gente atuar da melhor forma possível (EA4. C23. E1).*

Os enfermeiros relatam que as ações de cuidado efetuadas por eles fazem a diferença na recuperação do paciente. Este prazer é expresso, não apenas pelo enfermeiro assistencial, mas surge também na fala de quem gerencia a unidade, na forma de preocupação em saber das intercorrências e dificuldades que envolvem o paciente.

*Eu me sinto gratificada quando o paciente de quem eu cuidei tem alta e volta para agradecer, porque eu sei que um pouquinho do que eu fiz fez a diferença (...) ele me reconhece como enfermeira... (EA6.C15.E1)*

*E acho assim, não sei se está certo ou não, mas eu não quero me distanciar da assistência. Eu gosto disso. Se acontece alguma intercorrência com o paciente, eu gosto de saber por que aconteceu, saber das dificuldades (GE1. C11. E1).*

Nesta mesma direção, a aproximação do cuidado é complementada no elemento “Exercitando as habilidades no cuidar”. A satisfação e o gostar de cuidar movem o enfermeiro, mesmo em funções administrativas, a procurar manter contato com a assistência, ainda que de forma indireta, indo até às unidades, procurando saber o que está acontecendo.

*Eu gosto de ir lá e entrar na enfermaria junto com elas, saber o que está acontecendo, e o que eu posso fazer para ajudar. Veja então não é só vir trazer as coisas para a gente. Você indo lá, você consegue visualizar muita coisa. Isso no início eu falei, eu não quero me afastar completamente da assistência porque eu gosto disso (GE1. C11. E1).*

O enfermeiro se sente fortalecido e importante no processo de cuidado pelo retorno positivo proveniente da equipe em forma de elogios, que é um grande fator de motivação conforme apresentado nas falas a seguir:

*A equipe me dá um retorno. Eu já tive vários elogios da equipe. Isto é uma grande motivação (...) quando a equipe diz que eu faço a diferença, eu me sinto empoderada (EA4. C43. E1).*

*É, o enfermeiro assistencial é imprescindível para a recuperação do paciente. É ele que vai discutir as condutas, vai buscar o melhor para o paciente (EA8. C31. E1).*

O elemento “Associando liberdade e autonomia nas atitudes do cuidar” apresenta a associação do cuidado com a liberdade de ação e autonomia profissional do enfermeiro. De acordo com as falas dos participantes, eles têm liberdade e autonomia para a realização de ações de competência do enfermeiro envolvendo conhecimento específico.

Neste sentido, quando se trata de mudança de rotina, a questão é discutida entre os enfermeiros da unidade, a conduta tomada é levada ao colegiado e comunicada ao gerente da UG, conforme as narrações apresentadas.

*Eu tenho muita autonomia na assistência em si. Autonomia para discutir com o enfermeiro da unidade e dizer “vamos mudar isso a partir de hoje”. A rotina de mudança de decúbito (...) a mudança de procedimento da rotina do paciente (...) junto com as enfermeiras a gente discute, a gente tem total autonomia, a gente só traz para o colegiado e comunica à gerente (SE1. C6. E1).*

*As minhas ações raramente são questionadas. Eu tenho liberdade para fazer, para cuidar. Eu sigo a Lei do exercício profissional, eu não faço aquilo que não me compete. Nunca encontrei entraves, barreiras para desempenhar minhas ações de enfermeira (EA1. C8. E1).*

*Eu sou enfermeira, tenho conhecimento. Eu não estou aqui para esperar que alguém decida as coisas por mim (EA4. C18. E1).*

## 5.2 VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO NA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL

O fenômeno “**Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino na implementação de modelo gerencial**” foi construído a

partir dos dados brutos obtidos nas entrevistas com os enfermeiros participantes da pesquisa, dos quais emergiram as categorias, subcategorias e elementos. O resultado deste processo é apresentado na forma de um modelo teórico, que procura mostrar a interação entre as categorias, suas interconexões, efeitos mútuos, interdependências, consequências, causas e efeitos. O modelo proposto é apresentado no Diagrama 10.

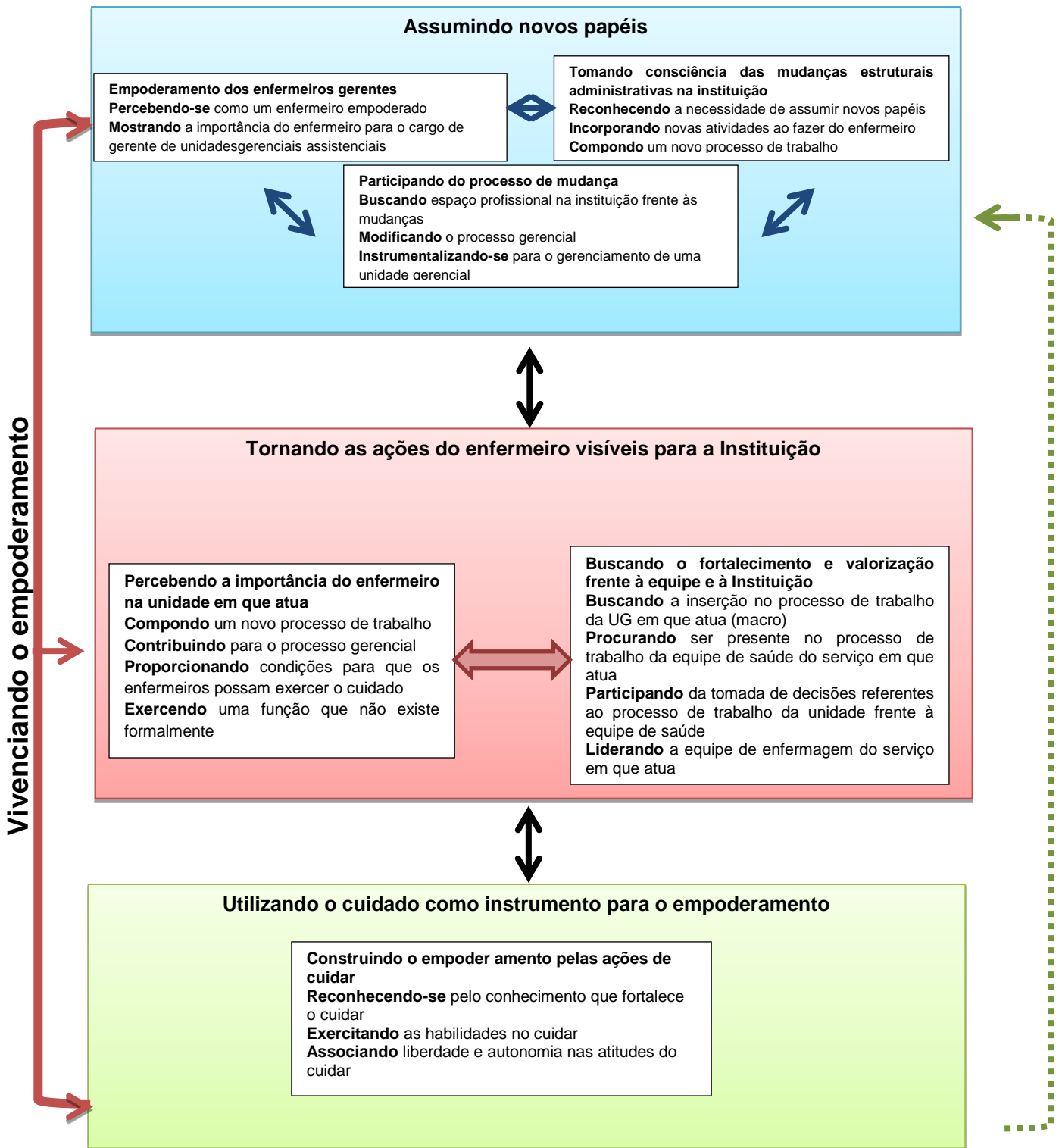


DIAGRAMA10: MODELO TEÓRICO: VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO NA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO GERENCIAL  
 FONTE: ALBINI, 2013.

## 6 CONVERSANDO COM OS AUTORES

*Devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou o fazemos diferente, ou não o será (FREIRE, 2002).*

A TFD e os princípios do IS auxiliaram na construção de um modelo teórico retratando a experiência dos enfermeiros ao vivenciar o empoderamento na implementação de um novo modelo gerencial. A narração apresenta a realidade de uma UG pela perspectiva dos enfermeiros que atuam neste espaço social, em meio a uma rede de interações em que definem e redefinem a si mesmos, assumindo novos papéis em um processo contínuo de criação e recriação.

Neste cenário, a prática profissional do enfermeiro está associada a resultados sociais, econômicos e políticos da instituição, bem como à relação/interação enfermeiro-paciente e enfermeiro-profissionais de saúde. Assim, o trabalho em uma instituição hospitalar de ensino é amplo e complexo, refletindo-se nas relações e interações com o outro e com o meio em que está inserido. Diante do constante processo de aprendizagem e influência mútua, são gerados novos comportamentos frente às contínuas mudanças (BACKES, BACKES, SOUZA, ERDMANN, 2008; TREVISAN *et al.*, 2005).

Desta forma, o ponto de partida deste estudo foi uma instituição hospitalar de ensino vista como meio social (macroambiente) composto por ambientes designados de UGs (microambiente). Estes espaços sociais expressos em meio ao ensino, pesquisa e assistência na área de saúde e correlacionados entre si, constituem sistemas compostos por sujeitos sociais, como profissionais e usuários do SUS, com suas vivências apresentadas por meio de símbolos que podem ser interpretados (BLUMER, 1998).

Assim, em decorrência da implantação de um novo modelo gerencial na Instituição, houve necessidade de reorganização dos envolvidos neste sistema. Quanto à enfermagem, o órgão centralizador das questões relativas à assistência de enfermagem e às condições de trabalho dos profissionais da categoria estava representado pela Direção de Enfermagem. As oportunidades que se apresentavam para o enfermeiro fora do contexto da enfermagem estavam na sua inserção em comissões e comitês institucionais.

Na estrutura de UG, houve a criação do cargo de gerente, que pode ser ocupado por profissionais de nível superior, administradores ou gestores em saúde, bem como por integrantes da área de saúde. Quanto à enfermagem, foi instituído o cargo de supervisor de enfermagem, destinado especificamente a enfermeiros, que se refletiu em oportunidades de acesso ao poder para estes profissionais na Instituição.

Assim, a história narrada por enfermeiros gerentes, supervisores e chefes de serviço e assistenciais apresenta o processo de empoderamento vivenciado pelo enfermeiro frente a estas mudanças, iniciando-se pela necessidade de reorganização perante a estrutura apresentada, tendo o gerente como figura central.

Os enfermeiros gerentes de unidade mostraram ter participado do processo de mudanças desde que ele foi iniciado e, ao tomarem consciência das alterações que ocorreram na Instituição, se mostraram atentos e abertos às oportunidades; reconheceram-se na definição consciente do caminho que desejavam seguir, seja no cuidado, em cargos administrativos, ou caminharam em busca de novos papéis diante das oportunidades apresentadas; e perceberam que suas ações se refletiram nos resultados da Instituição e na manutenção do modelo proposto, independentemente, do cargo ou função que exerciam.

As ações destes enfermeiros caminham ao encontro das ideias de Ferreira *et al.* (2013), ao referirem que, em um cenário de crescentes e profundas mudanças gerenciais e de novos referenciais do sistema de gestão de recursos humanos, o enfermeiro deve posicionar-se de forma aberta e sensível para acompanhar a evolução e adequar-se aos novos desafios organizacionais, administrativos e assistenciais.

A vivência em uma UG proporcionou ao enfermeiro descobrir-se como um profissional diferenciado para assumir a posição de gerente pelo conhecimento técnico proporcionado pela sua formação e experiência profissional. Os enfermeiros ressaltaram que, independentemente, do cargo ou função que ocupam na UG, sentem maior segurança quando há um profissional da mesma profissão como gerente e o reconhecem como a figura de maior visibilidade, relevância para o processo organizacional adotado, e como o detentor do poder formal.

A importância da experiência profissional está na associação entre o conhecimento teórico e o conhecimento advindo da prática, que facilita o saber agir de acordo com a situação vivenciada. Para Benner (1984), o profissional, ao passar



por diferentes níveis de experiência, vai construindo sua trajetória profissional, tornando-se capacitado para assumir cargos de maior complexidade. Além disso, a idade do profissional se relaciona à maturidade e à capacidade de decisão, que culminam na construção e utilização do empoderamento de forma positiva (RIBEIRO, 2013).

Neste aspecto, os enfermeiros que assumiram cargos de gerente têm muito tempo de formados e de experiência profissional, variando entre 16 a 32 anos. Também têm aperfeiçoamento com nível de mestrado e doutorado, fatores que podem ter influenciado o acesso à posição ocupada.

O conhecimento da enfermeira facilita a compreensão do que ocorre no encontro entre ela a sociedade, e as experiências adquiridas ao longo da vida contribuem para as reações diante do que é vivenciado e no desenvolvimento de competências específicas (GÓMEZ TORRES, MÉNDEZ SALAZAR, WHESTELL, 2013).

Assim, o enfermeiro utiliza suas competências de conhecimento, habilidades e atitudes adquiridas ao longo do exercício profissional na área assistencial, administrativa quando assume o cargo de gerente. Estas competências lhe proporcionam segurança para discussão de situações gerais e específicas da unidade. Além disso, o conhecimento da estrutura hospitalar também favorece as relações com os demais serviços e UGs da Instituição.

Da mesma forma, a inserção do enfermeiro em cargos que não sejam específicos da enfermagem, como o de gerente de unidade, pode ampliar a influência da categoria na Instituição e, conseqüentemente, sua visibilidade e fortalecimento, contribuindo para o empoderamento do grupo (BERNARDINO, 2007).

Neste sentido, a estrutura organizacional influencia as ações do enfermeiro gerente, que passa a vivenciar uma relação interna de ambigüidade, na qual deve olhar o grupo como um todo. De um lado, busca uma relação mais próxima com a equipe de enfermagem e, como resultado destas ações, desenvolve o poder informal, visibilidade e fortalecimento individual. Passa a construir alianças que o fortalecem em sua posição. De outro, exerce o poder formal frente a estes profissionais que mantêm a UG em funcionamento e contribuem para sua manutenção no cargo de gerência e visibilidade da unidade em que atua na Instituição.

Deste modo, o enfermeiro influencia a organização pelo poder informal que constrói frente ao seu grupo (micro), e o amplo conhecimento da estrutura institucional (macro) o faz perceber-se como empoderado. Trabalha as relações interpessoais, a conquista pelo seu espaço, o autoconhecimento, a reflexão das suas ações por meio de *feedback* dos seus subordinados, e passa a utilizar a própria estrutura da UG em reuniões formais periódicas diárias e semanais, como oportunidades para verificar o reconhecimento e a aceitabilidade do seu trabalho pelo grupo.

Assim sendo, têm consciência de que a vivência na área de saúde facilita o desempenho da posição de comando de UGs, auxiliando no estabelecimento de relações com a equipe multidisciplinar, as quais mantêm o espaço social existente e constroem a imagem que o enfermeiro tem de si mesmo e que se reflete no seu comportamento social (LIRA, 2012). Isto é mostrado quando o enfermeiro gerente se manifesta que é inserido pela equipe como parceiro nas discussões e tomada de decisões.

Neste sentido, ao interagir amplamente com todos os profissionais da saúde e valorizar o saber interdisciplinar, o enfermeiro expressa capacidade administrativa e crítica na liderança da complexa rede que envolve a assistência (BACKES, SOUZA, ERDMANN, 2008; PIRES, 2013). Por conseguinte, procura estar disponível para toda a equipe da unidade, não direcionando a atenção apenas para a própria categoria. Assume a ligação da unidade ao corpo diretivo, que se expressa pela participação no Conselho Diretivo (Codir). Está próximo ao poder decisório máximo da Instituição e tem a percepção de ser o interlocutor entre a equipe da unidade e a direção da Instituição.

Deste modo, ao buscar novas oportunidades, o enfermeiro foi construindo seu empoderamento ao assumir a gerência de uma UG, uma vez que, além de deter o poder formal pela relevância e visibilidade do seu trabalho na Instituição, desenvolveu o poder informal, a partir da rede de relações com seus pares, subordinados e superiores, dentro e fora da organização, o que lhe proporcionou acesso às estruturas de poder (KANTER, 1993).

Para os enfermeiros, ter um colega na gerência é um diferencial pois, ao conhecer o processo de trabalho da enfermagem, haverá um processo de interdependência entre os envolvidos no gerenciamento da unidade e do cuidado.

Neste contexto, a figura do enfermeiro Chefe de Enfermagem mostra-se peculiar, apesar de não existir formalmente, mas se torna importante no processo gerencial e assistencial, fato que acarreta para eles a percepção de desvalorização no contexto da UG. Paradoxalmente, participam do gerenciamento do cuidado, favorecendo o exercício das funções do Enfermeiro Assistencial (EA) e contribuindo de forma significativa para a sustentação e fortalecimento dos gerentes e das UGs.

Este sentimento de contradição entre o ser e o sentir-se necessário se apresenta como angústia que pode afetar o corpo, a mente, as relações interpessoais, dificultando a este profissional assumir plenamente o gerenciamento do cuidado. Este é um processo amplo e complexo que conjuga o processo de cuidar e as ações administrativas no e para o paciente (BARLEM *et al.*, 2013; WILLIG, 2004).

Assim sendo, o chefe de unidade é apontado como o profissional que promove condições para o trabalho da equipe da unidade ou serviço em que atua, proporcionando suporte para que os enfermeiros possam exercer o cuidado. Busca harmonizar os objetivos da unidade com os da equipe de enfermagem, visando à qualidade do cuidado, em processo dinâmico e sistemático (BACKES, BACKES, SOUZA, ERDMANN, 2008; SERRANO, COSTA, COSTA, 2011).

Entretanto, mesmo frente à relevância das suas ações, os enfermeiros com cargo de chefia mostraram-se frágeis em relação ao processo decisório. Sua liberdade está condicionada ao espaço proporcionado pelo gerente da unidade para sua atuação e suas decisões colegiadas.

Os enfermeiros relatam que, apesar de a UG em que atuam já ter sido implantada há quase dez anos e de existir um colegiado aberto à participação de todos os profissionais da unidade, ainda há dificuldade na diferenciação de papéis, especialmente em nível operacional. Outra questão apontada foi que indefinição de papéis pode levar os enfermeiros a absorver as atividades de outros profissionais.

Porém, além da necessidade de definição dos papéis e funções quando ocorre a construção de um novo processo de trabalho, há que se pensar a realidade do enfermeiro administrativo, tanto em nível de UG, como institucional, tendo em vista sua importância no gerenciamento do cuidado, porquanto o modelo gerencial influencia o posicionamento do enfermeiro no hospital, advindo, de questões organizacionais, modelos assistenciais e administrativos (BACKES, BACKES, SOUZA, ERDMANN, 2008).

O enfermeiro necessita ser preparado para assumir os papéis que lhe são apresentados, o gerente de unidade considera-se empoderado, porém, houve um investimento institucional para que isto ocorresse. Segundo Kanter (1993), os comportamentos profissionais estão ligados à posição exercida por ele no contexto em que se encontra, e o empoderamento do profissional pode ser desenvolvido a partir de situações de poder formal e informal.

Na busca pela valorização e fortalecimento, o enfermeiro procura desenvolver liderança frente à equipe. A ênfase está nas relações interpessoais, apresentadas como algo a ser trabalhado, construído gradativamente. Para tanto, é necessário conhecimento, confiança, respeito, preparação e valorização das pessoas que trabalham na equipe. É necessário fazer-se presente para a equipe.

O trabalho em equipe é uma constante para o enfermeiro. Ser líder implica não apenas ser competente tecnicamente e assumir as situações mais críticas de cuidado, é necessário estabelecer uma relação de confiança entre o grupo de trabalho, criar vínculo positivo, mostrar-se disponível, trabalhar as relações interpessoais de forma positiva, o que conduzirá ao empoderamento dos chefes de enfermagem (YAÑEZ GALLARDO, VALENZUELA SUAZO, 2013).

Enfermeiros em cargos de gerência, supervisão e chefia de serviço procuram não se afastar da assistência, reconhecendo que o cuidado proporciona conhecimento e favorece o acesso a outros cargos. A satisfação e o gostar de cuidar movem o enfermeiro, mesmo em funções administrativas, a procurar manter contato com a assistência, ainda que de forma indireta, indo até às unidades e procurando saber o que está acontecendo.

Este sentimento é expresso, não apenas pelo enfermeiro assistencial, mas também pelos que ocupam cargos administrativos, na forma de preocupação em saber das intercorrências e dificuldades que envolvem o paciente. É necessário o entendimento de que a assistência e o gerenciamento não são excludentes, mas que as funções são diferenciadas de acordo com o papel exercido pelo enfermeiro, caso contrário, a equipe pode perder a referência de liderança (DE MOURA, 2013).

## 6.1 DISCUSSÃO

Na Instituição em que esta pesquisa foi realizada, os profissionais reagiram de forma diferenciada frente ao processo de mudança ocorrido. Alguns se direcionaram para as oportunidades apresentadas, outros se distanciaram e houve aqueles que se mostraram indiferentes. Por conseguinte, a expansão de atividades e novos papéis se refletem em oportunidades de empoderamento dos enfermeiros, de acordo com o cargo ocupado na nova estrutura institucional.

Ao reconhecerem a necessidade de assumir novos papéis, há uma percepção, por parte dos enfermeiros, de que as mudanças, apesar de terem sido iniciadas em 2002, ainda são um desafio. A reação inicial repercutiu tanto na ocupação de espaço dos enfermeiros nas instâncias decisórias, quanto em perdas decorrentes da forma tímida como se posicionaram naquele momento, diante de uma nova realidade.

Contudo, ao mesmo tempo em que se tem consciência das perdas, há uma visão otimista de a situação pode ser modificada. Entretanto, é preciso que haja empenho dos enfermeiros em assumir novos papéis. Alguns enfermeiros poderiam se destacar, mas é necessário esforço para a conquista de espaços.

Nesta perspectiva, existe a preocupação, não apenas diante da necessidade de ocupação de espaços no âmbito gerencial, mas também em relação a enfermeiros líderes estarem deixando a Instituição, normalmente casos de aposentadoria, com poucas lideranças surgindo entre os novos profissionais.

Diante do que foi vivenciando, o enfermeiro mostra confiança para o desempenho das suas atividades e controle sobre o seu trabalho. Manifesta e acredita ser capaz de influenciar nos resultados da Instituição, de acordo com a posição que ocupa. Estas características compreendem as dimensões do empoderamento psicológico, que se inter-relaciona com as relações de poder na Instituição (SPREITZER, 2007).

A figura do gerente de unidade foi destacada por todos os participantes, pelas relações em interconexões que se estabelecem entre a equipe no sistema de cuidados, em uma dependência mútua para o funcionamento da UG assistencial. O empoderamento, neste cenário, está relacionado à função que o enfermeiro ocupa,

ao aproveitamento de oportunidades, ao conhecimento e à valorização da sua prática.

Visualizando o empoderamento como um processo em permanente construção, o **enfermeiro gerente** tem o **poder formal** que o cargo proporciona, tem a consciência de que está nesta posição em consequência da sua experiência profissional e do seu interesse. Desta forma, mostra-se ativo, participativo e aberto às mudanças institucionais, percebe a importância e a visibilidade do cargo que ocupa tanto na unidade que gerencia, quanto na Instituição. Tem consciência do seu papel social, percebe ser reconhecido como o líder tanto a nível institucional, como na UG em que atua (LIRA, 2012).

Neste sentido, tem consciência de que, para se manter e nesta posição, necessita do apoio do grupo da unidade que gerencia, do conhecimento específico necessário para a função, da maturidade pessoal e profissional adquirida ao longo dos anos. Assim, consegue desenvolver estratégias para a construção do **poder informal**, estabelecendo alianças entre seus subordinados, procurando conhecer e estar próximo à equipe, especificamente a de enfermagem, por ser uma unidade assistencial. São estes profissionais que mantêm a unidade e estão em maior número. Da mesma forma, caminham continuamente em busca do conhecimento específico para o gerenciamento da unidade.

Desta forma, ao ser criada a figura de gerente de UG, houve a preocupação com seu fortalecimento, razão pela qual foram proporcionadas condições de acesso ao poder, como, por exemplo, disponibilidade de informações em forma de cursos e oficinas de capacitação na área gerencial direcionados aos objetivos da Instituição. O suporte do grupo diretivo foi fundamental, criando um canal estreito de comunicação entre a direção da Instituição e os gerentes de unidades, fortalecendo estes profissionais para a tomada de decisões. Esta confiança é colocada por Spreitzer (2007) como um dos elementos do empoderamento psicológico.

Os enfermeiros gerentes têm longo tempo de atuação na Instituição, referem ter iniciado na assistência, seguindo para cargo de chefia, o que possibilitou a construção de uma trajetória profissional. Têm qualificação em nível de mestrado e/ou doutorado, além do componente idade, refletido em maturidade pessoal e profissional, elementos que contribuem para seu empoderamento (BENNER 1984; RIBEIRO, 2013).

Neste cenário, o **enfermeiro em cargo de chefia** é o que mostra maior inquietação. Tem consciência da sua importância no cenário da UG, mas não se percebe no contexto institucional, em processo de avaliação em que reconhece seu papel social (HAGUETTE, 1990). Seu cargo não existe formalmente, e suas funções não estão claramente definidas, estando limitado ao desempenho das atividades administrativas, na dificuldade de poder de decisão, principalmente quanto a recursos humanos. Gerencia o serviço pelo qual é responsável, proporcionando condições para que o enfermeiro assistencial e equipe possam exercer o cuidado, mas não tem o **poder formal** institucionalizado.

Nesta complexa realidade, destaca-se o seu papel articulador e organizador. A experiência na assistência proporciona confiança para liderar a equipe. Assim, busca o empoderamento psicológico, a segurança e visibilidade ao estar próximo nas decisões específicas de cuidado de enfermagem, desenvolvendo o **poder informal**. Considera ter autonomia na assistência algo que deveria ser natural, pois é o que se espera do enfermeiro dentro das suas atribuições.

Estabelecer bases para o enfermeiro desenvolver o empoderamento estrutural e psicológico simboliza o fortalecimento da enfermagem. É um processo político que envolve disposição por parte destes profissionais. O enfermeiro necessita reconhecer-se como responsável pelo gerenciamento do cuidado, ter capacidade crítica e consciência da sua importância para o funcionamento da instituição, uma vez que a capacidade de atuação e a de decisão profissional estão intimamente ligadas à compreensão que ele tem de ser enfermeiro e da realidade na qual está inserido (BACKES, ERDMANN, BUSCHER, 2010).

O **enfermeiro assistencial** restrito ao seu espaço social de UG, distante do poder decisório, procura construir seu empoderamento de forma intencional, utilizando o *self*, por meio do cuidado, situação em que mostra segurança e reconhecimento como líder em meio à equipe com quem atua e que compreende o seu papel social (BLUMER, 1998). Estar próximo ao paciente é fator de motivação e satisfação, ao vivenciar o resultado das suas ações, em que utiliza competências, entrelaçando conhecimento específico, habilidades e atitudes desenvolvidas como enfermeiro assistencial.

Tem o **poder formal** proporcionado pela própria formação acadêmica e o **poder informal**, pelas competências adquiridas (conhecimento, habilidade e atitude) para o cuidar, ambos exercidos em espaço social delimitado tanto pelo modelo de

UGs, quanto pela fragmentação do corpo de enfermagem na Instituição, decorrente das mudanças iniciadas em 2002, e que está sendo reconstruído com o retorno da direção da enfermagem.

Esta delimitação de ação espacial o deixa à margem das políticas institucionais e públicas. As decisões são tomadas por um colegiado multidisciplinar em que é representado por sua chefia e supervisor de unidade. A participação é aberta, mas o envolvimento nas atividades diárias da unidade, e o trabalho em turnos diferenciados dificultam sua participação. Neste isolamento, constrói seu empoderamento pelo cuidado e contribui para o fortalecimento da gerência da unidade pelos resultados positivos do gerenciamento do cuidado, mas se distancia do corpo de enfermagem da Instituição. Esta situação repercute na fragmentação e fragilidade da enfermagem na Instituição.

Deste modo, diferentes cargos e funções exercidos na Instituição levam a vivenciar situações de poder que se refletem no empoderamento do enfermeiro, conforme apresentado na Figura 11.

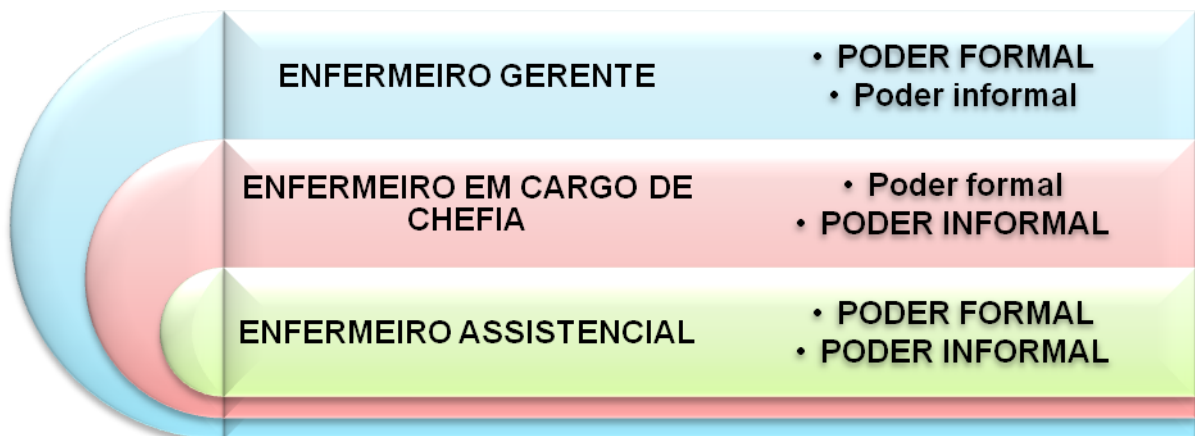


FIGURA 11: REPRESENTAÇÃO DE SITUAÇÕES DE PODER DO ENFERMEIRO EM DIFERENTES CARGOS E FUNÇÕES  
FONTE: ALBINI, 2013.

Desta forma, diante dos resultados encontrados e da discussão com autores, entendo que o empoderamento do enfermeiro decorre da inter-relação e interdependência entre enfermeiro e instituição. Envolve conhecimento específico, oportunidades de acesso ao poder, experiência profissional refletida em maturidade para a percepção e interação nas estruturas sociais em que está inserido (Figura12).



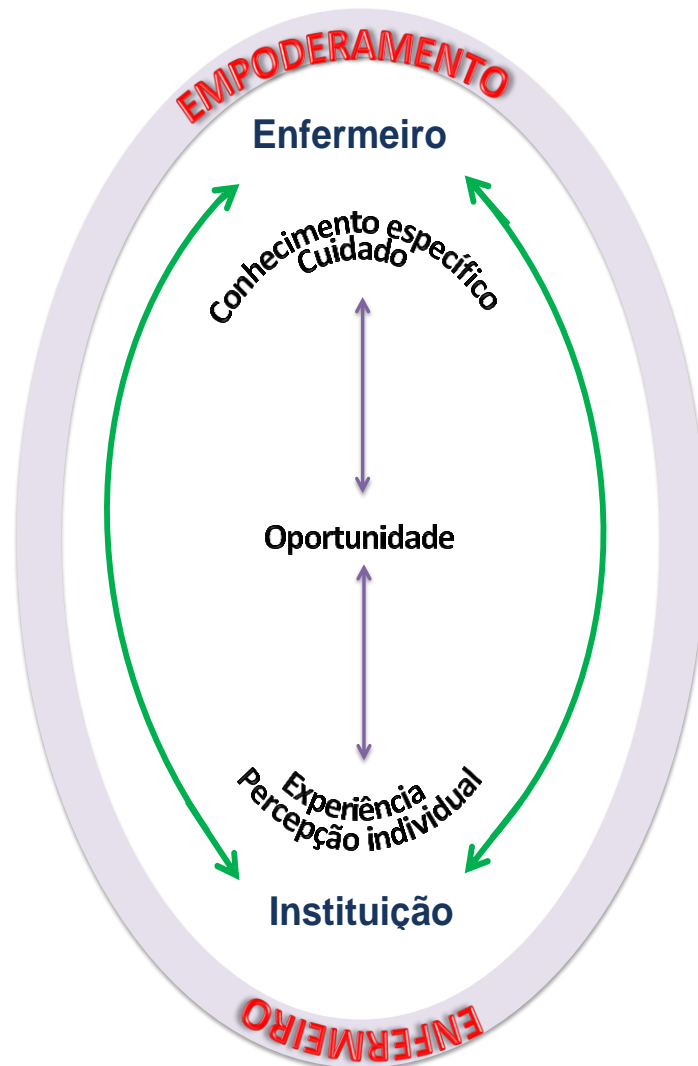


FIGURA 12: REPRESENTAÇÃO DO EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO  
 FONTE: ALBINI, 2013.

Sob essa perspectiva, as ações e interações entre instituição e enfermeiro seguem em constante mudança e influência mútua, determinando as ações sociais dos envolvidos na construção de um mundo real (SANTOS,2013). Neste espaço social, as oportunidades podem ser geradas pela necessidade da instituição e direcionadas ou não, especificamente, para o enfermeiro. Igualmente o enfermeiro pode suscitar novas frentes de atuação neste mesmo espaço, em função do conhecimento específico. Desta forma, não apenas contribui para as mudanças, mas participa ativamente delas, como protagonista da sua própria história, construindo

ações que fortaleçam a si mesmo e ao grupo em constante processo de empoderamento.

## 7 CONSIDERAÇÕES

Interpretar a vivência do processo de empoderamento pelos enfermeiros de um hospital de ensino na implementação de um novo modelo gerencial foi a proposta deste trabalho. As ideias e questionamentos iniciais tornaram-se reais na forma de uma teoria substantiva com o apoio do IS e da TFD. Desta forma, o pressuposto inicial foi validado, sendo o empoderamento do enfermeiro no contexto hospitalar influenciado pela estrutura da organização. Desta forma, e para evitar repetições, limitamo-nos a tecer as considerações gerais que sintetizam os principais aspectos do estudo.

Assim, com a implantação das UGs, os enfermeiros apresentaram formas diferenciadas de vivência neste processo, de acordo com o cargo ou função ocupada. Alguns participantes mostraram, de forma mais clara, sinais de empoderamento, e isso foi apresentado pelos enfermeiros gerentes, ao manifestarem conscientização da realidade em que estão situados, motivação, mobilização das suas capacidades, potencialidades e competências para assumir novas oportunidades de atuação.

Entretanto, a indefinição de papéis e a crise de identidade reveladas principalmente pelas chefias de enfermagem reforçaram o poder hierárquico criado e simbolizado na figura do gerente de unidade. Contudo, esta situação necessita ser avaliada e discutida pelos enfermeiros, uma vez que há uma DE instituída, que passa por um processo de construção e necessita do envolvimento do enfermeiro para ser fortalecida.

É necessária a compreensão de que mudanças em uma instituição de ensino pública são periódicas, porque estão ligadas a questões políticas e regimentares locais. Assim, é necessário que os enfermeiros se reconheçam no cenário em que atuam, estejam conscientes de que o seu fazer poderá construir um corpo de enfermagem fortalecido, que se manterá estruturado, independentemente dos modelos instituídos.

O conhecimento alcançado em relação à presente pesquisa nos possibilita compreender aspectos importantes do processo de empoderamento do enfermeiro e elaborar um modelo deste processo com base na inter-relação entre profissional e instituição. As perguntas que motivaram o estudo foram respondidas, porém outras foram geradas, suscitando abertura para novos estudos nesta temática.

Neste sentido, estratégias baseadas nas necessidades reais do grupo são necessárias para o direcionamento e planejamento deste processo. Para tal, é recomendável a realização de estudos específicos, tanto qualitativos como quantitativos.

Além disso, a diversidade de possibilidades de pesquisas nesta temática é ampla, podendo abordar satisfação no trabalho, autonomia, controle e responsabilidade sobre a prática da Enfermagem, qualidade do cuidado de Enfermagem, trabalho em equipe, participação nas decisões, compromisso organizacional, empoderamento psicológico, desempenho profissional, influência do empoderamento nas atividades de Enfermagem, poder do supervisor imediato e efetividade do trabalho do enfermeiro. Estudos quantitativos também são de extrema valia, uma vez que apontam níveis de empoderamento, e estratégias específicas podem ser tomadas.

Desta forma, esforços conjuntos entre academia e profissionais que atuam na prática devem seguir com um objetivo em comum, o de fortalecimento e empoderamento do enfermeiro e da enfermagem, processo que deve ser iniciado na academia e prolongado durante toda a trajetória profissional, expandindo-se para todo contexto social.

Faz-se necessária não apenas a ampliação da qualificação de enfermeiros, mas também saber utilizar o potencial destes profissionais em prol da construção de um corpo de enfermeiros empoderados. Ademais, um hospital de ensino é um espaço de formação de futuros enfermeiros, havendo fatores relacionados com aspectos organizacionais que se cruzam com a formação.

Esta pesquisa sofreu algumas limitações em virtude de apresentar a visão do empoderamento do enfermeiro em local e situação específicos. A amostra, apesar de representativa, foi direcionada aos objetivos e método da pesquisa, o que, eventualmente, não representa os múltiplos contextos da atuação do enfermeiro. Todavia, o tema é relevante e mostra a necessidade no seu aprofundamento para a construção da enfermagem.

Finalmente, as UGs não devem se tornar ilhas, nas quais enfermeiros se fecham ao contexto geral da instituição e perdem sua referência e unidade. Há necessidade de reconstrução da identidade do enfermeiro, do seu fortalecimento como um todo, não apenas em valores individuais.

## REFERÊNCIAS

- ALBINI, L. **A sujeição do corpo exaurido da enfermeira na sociedade contemporânea**. 140f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- BACKES D. S.; BACKES M. S.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.3, p.319-326, Jul./Set., 2008.
- BACKES D. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A.. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p-341-347, Jun., 2010 .
- BARLEM, E. L. D. *et al.* Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.spe, p. 79-87, 2013.
- BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social?—uma discussão conceitual. **Revista debates**, v. 6, n. 1, p. 173-178, 2012.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Rev Adm Saúde**, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.
- BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial de um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem**. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2007.
- BERNARDINO, E. *et al.* Adaptação transcultural e validação do instrumento Conditions of Work Effectiveness—Questionnaire-II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-7, 2013.
- BENNER, P. From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 84, n. 12, p. 1479-86, 1984.
- BLANCHARD, *et al.* **Empowerment takes more than a minute**. Berrett-Koehler Store, 2001.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Resolução 466/12**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.
- BRYANT, A. & CHARMAZ, K. **Handbook of grounded theory**. Los Angeles: Sage, 2007.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O. ; RÊGO, D.P. Interacionismo simbólico: Origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.30, n. 1, p.146-161, 2010.

CASSIANI, S.H.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 75-88, 1996.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

CHARMAZ, K.. Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In: MORSE, J.M.; STERN, P.N.; CORBIN, J.; BOWERS, B.; CHARMAZ, K. **Developing grounded theory: The second generation**. Left Coast: Clarke Eds, 2009.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory: a practical guide throUGh qualitative analysis**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.

COLLINS, R. **Quatro tradições sociológicas**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2009.

CONSUELO, H.; LOPES, A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.1, p.103-8, 2005.

COSTA, A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. A química das mulheres. Salvador, n.03, 2004.

DANTAS, C. C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-579. Jul. /ago., 2009.

DeCICCO, J.; LASCHINGER, H.; KERR, M.I. Perceptions of empowerment and respect: effect on nurses' organizational commitment in nursing homes. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 32, n. 5, p. 49-56, 2006.

DE MOURA, G. M. S. S. *et al.* Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p. 198-204, 2013.

FERREIRA, G. E., ROZENDO, C. A., DOS SANTOS, R. M., PINTO, E. A., COSTA, A. C. S., e PORTO, A. R. Características empreendedoras do futuro enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n. 4, p. 688-94, 2013.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 4, p. 395-400, 2004.

FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. **Cultura e poder nas organizações**. 2ª ed. 12ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**, v. 17, 2003.

FREITAS, A. *et al.* Métodos interpretativistas em administração: implicações para pesquisadores. **Revista de Administração FACES Journal**, v.9, n.1, p. 115-127, jan./mar., 2010.

FRIEDMANN, J.. **Empowerment**: uma política de desenvolvimento alternativo. Celta: Oeiras, 1996.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery grounded theory: strategies for qualitative inquiry**. 1967.

GLASER, B.. **Basics of grounded theory analysis**. Mill Valley: Sociology Press, 1992.

GOHN, M. G.. Educação popular na América Latina no novo milênio: impactos do novo paradigma. ETD – **Educação Temática**. Digital, Campinas, v. 4, n. 1, p. 53-77, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br/etd/AR03.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2013.

GÓMEZ-TORRES, D.; MÉNDEZ-SALAZAR, V.; WHESTELL, M.. Gerentes de escuelas de enfermería: una discusión sobre su adaptación al entorno social según la Teoría de Roy. **Aquichan**, Norteamérica, 13, ago. 2013. Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2409>>. Fecha de acceso: 25 out. 2013.

GOULDING, C.. Grounded Theory Methodology and Consumer Behaviour, Procedures: Practice and Pitfalls. **Advances in Consumer Research**, v. 27, p. 261-266, 2000.

GRECO, P; LASCHINGER, H. K.; WONG, C. Leader empowering behaviours: staff nurse empowerment and work engagement/burnout. **Nursing Leadership**, v. 19, n. 4, p. 41-56, 2006.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1990.

HAUGH, E.B.; LASCHINGER, H.S. Power and opportunity in public health nursing work environments. **Public health nurs**, v.13, n.11, p. 42-9, 1996.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Assessoria de planejamento**. Coletânea sobre as unidades funcionais da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

KANTER, R.M. **Men and women of the corporation**. New York: Basic Books, 1993.

KAZLAUSKAITE, R.; BUCIUNIENE, I.; TURAUSKAS L.; SALCIUVIENE, L. Comparative study of Employee Empoverment in Danish and Lithuanian Hotels. **Transformations in business & Economics**, v. 8, n.2, p.66-86, 2009.

KUHN, T. **O Caminho desde A Estrutura**. São Paulo: UNESP, 2009.

LASCHINGER, H.; ALMOST, J.; TUER-HODES, D. **Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link.** *Journal of Nursing Administration*, v. 33, n. 7/8, p. 410-422, 2003.

LASCHINGER, H.K; SABISTON, J.A; KUTSZCHER, L. **Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations.** *Research in nursing & health*, v.20, p. 341-352, 1997.

LASCHINGER, H.K; FINEGAN, J.; SHAMIAN, J. The impact of workplace empowerment organizational trust on staff nurses work satisfaction and organizational commitment. **Rev. Health care manage**, v.26, n.3, p.7-23. 2001.

LASCHINGER, H. K.; FINEGAN, J. Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage. **Nursing economic\$**. v. 23, n. 1, p. 6, 2005.

LASCHINGER H; PURDY ; ALMOST. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. **Journal of Nursing Administration**, v. 33, n. 7/8, p. 410-422, 2007.

LASCHINGER, H. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. **Journal of Nursing Administration**, v. 34, n. 7-8, p. 354-364, 2004.

LASCHINGER, H.; KUTSCHER, S.; MATHESON, L.K.; BOBAY, K.. Validation of oppressed group behaviors in nursing. **Journal of professional nursing**, v. 23, n. 4, p. 226-234, 2007.

LEHMANN, H.; MYERS, M. D. Putting the 'theory' back into grounded theory: guidelines for grounded theory studies in information systems. **Information Systems Journal**, v.20, p. 357-381, 2009.

LIRA, R. A. Trajetórias do Interacionismo: suas raízes e seus frutos. **Revista Uniabeu**, v. 5, n. 9, p. 158-174, 2012.

LLAPA-RODRIGUEZ, E.O. **Compromiso organizacional e profesional de um equipo de salud Arequipa- Perú.**107f.Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2006.

MANOJLOVICH, M.; LASCHINGER, H.; SPENCE,K. The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. **Journal of Nursing Administration**, v. 32, n. 11, p. 586-595, 2002.

MATTHEWS, S.; LASCHINGER, H.; SPENCE,K.; JOHNSTONE, L.. Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. **Journal of Nursing Administration**, v. 36, n. 11, p. 526-533, 2006.

MAYOUX, L. **Micro-finance and the Empowerment of Women: A Review of the Key Issues.** Geneva: ILO, 2000.



MCCARTHY, V.; FREEMAN, L. H. A multidisciplinary concept analysis of empowerment: implications for nursing. **Journal of Theory Construction & Testing**, v. 12, n. 2, p. 68-74, 2008.

McGEER, V. Trust hope and empowerment. **Australasian Journal of Philosophy**, v. 86, n. 2, p. 237-254, 2008.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med**, v. 47, n.2, 149-56, 2001.

MEIRELLES, G.; HOROCHOVSKI, R.R **Problematizando o conceito de empoderamento**. II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2007.

MORSE, J. M.; STERN, P. N.; CORBIN, J.; BOWERS, B.; CHARMAZ, K. & CLARKE, A. E. **Developing Grounded Theory: The Second Generation**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001- saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Suíça: OMS, 2001.

PENNAFORT et al. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. **Rev. Mineira Enf**, Belo Horizonte: Coopmed, v.1, n.1, jul./dez., 2012.

PEREIRA, F. C. O que é empoderamento (Empowerment). **Sapiênci: Informativo científico da FAPEPI**, Teresina, n. 8, 2006.

PINTO, M.; SANTOS, L. Em busca de uma trilha interpretativista para a pesquisa do consumidor: uma proposta baseada na fenomenologia, na etnografia e na *grounded theory*. **RAE - Revista de Administração Estratégica-eletrônica**, v.7, n.2, jul./dez., 2008.

RIBEIRO, L. L. S. **Processos de tomada de decisão em sistemas municipais de saúde**. 146f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SAKAMOTO, N. Professional development throUGH kizuki—cognitive, emotional, and collegial awareness. **Teacher Development**, v. 15, n. 2, p. 187-203, 2011.

SANTOS, E. A. R. **A aprendizagem ao longo da vida e a educação parental como factor de empowerment e estratégia de luta contra a exclusão social: o projecto de capacitação familiar “A PAR”** [Em linha]. Lisboa: ISCTE, 2009. Dissertação de mestrado. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10071/3722> >. Acesso em: 14/03/2013.

SANTOS, *et al.* Educação Popular em Saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Revista Contrapontos**, v. 7, n. 3, 2009.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SARMIENTO, T.P.; LASCHINGER, H.K.; IWASIW, C. Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. **J adv nurs**, v. 46, n.2, p.134-43, 2004.

SERRANO, M.T.P.; COSTA, A.S.M.C.; COSTA, N.M.V.N. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v.III, n. 3, mar. 2011. Disponível em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=pt&nrm=iso). acesso em 26 out. 2013.

SPREITZER, G. M.; DONESON, D. Musings on the past and future of employee empowerment. **Handbook of Organizational Development**. Thousand Oaks: Sage, 2005.

SPREITZER, G. M. Taking stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work. **Handbook of organizational behavior**. p. 54-73, 2007.

SPREITZER, G. M. Social structural characteristics of psychological empowerment. **Academy of Management Journal**. v. 39, n. 2, p. 483-504, 1996.

STERN, P.N. Glaserian grounded theory. **Developing grounded theory: The second generation**, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN J. Tradução de: ROCHA, L. de O. da. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TREVISAN, M.A. *et al.* Trajetória do enfermeiro em um hospital universitário em quatro décadas: pressupostos de inovação de seu papel gerencial. **Rev. bras. enferm**, v.58, n.2, p.200-2, 2005.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

URQUHART, C.; LEHMANN, H.; MYERS, M. I. D. Putting the 'theory' back into grounded theory: guidelines for grounded theory studies in information systems. **Information systems journal**, v. 20, n. 4, p. 357-381, 2010.

VELLOSO, I. S .C; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 2, p. 388-91, 2010.

YAÑEZ GALLARDO, R.J. VALENZUELA SUAZO, S. Conduas críticas para experimentar confianza em el liderazgo em enfermeira em um hospital de alta complejidad. **Aquichan**. v.13, n. 2, 186-196, 2013.

GÓMEZ TORRES, D., MÉNDEZ SALAZAR, V. WHESTELL, M. Gerentes de escolas de enfermería: uma discusión sobre su adaptación al entorno social según la teoria de Roy. **Aquichan**. v..13, n 2, 280-289, 2013.

WILLIG, MH. Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. Dissertação mestrado. Universidade Federal do paraná Curitiba, 2004. 121 f.

## APÊNDICE

**APÊNDICE II**

## ROTEIRO INICIAL PARA ENTREVISTA – Grupo Amostral 1

## DADOS DO PARTICIPANTE

Iniciais:\_\_\_\_\_ Unidade:\_\_\_\_\_

Tempo de atuação como Enfermeiro:\_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Instituição:\_\_\_\_\_

Local de atuação:\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_

Tempo de atuação neste Cargo/Função:\_\_\_\_\_

Como você percebe a sua inserção na Instituição em que atua?

Você tem acesso a programas de capacitação?

Você conhece os objetivos e a missão da Instituição em que atua?

Como você recebe orientações e retorno de seus superiores, colegas e subordinados a respeito das ações que desempenha ?

Como você estabelece alianças com seus colegas e subordinados?

Você acredita que o cargo/ funções que desempenha têm visibilidade na Instituição em que atua?

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ (Enfermeira(o))  
 ..... estou sendo  
 convidada(o) a participar da pesquisa intitulada: “VIVENCIANDO O  
 EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO”

O objetivo desta pesquisa é: Interpretar a vivência do processo de empoderamento pelos enfermeiros de um hospital de ensino.

Estou esclarecido (a) quanto à importância e necessidade deste estudo para o desenvolvimento de conhecimentos na área da saúde, sendo relevante a minha contribuição.

O presente estudo poderá trazer desconforto relacionado a sua forma de vivência na Instituição em que atua. Neste caso a entrevista poderá ser interrompida ou, se você desejar, cancelada. Dentre os benefícios esperados estão a compreensão de como o Enfermeiro pode aumentar sua forma de empoderamento na Instituição.

Sei que a participação neste estudo é voluntária e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Tenho conhecimento de que não terei gastos decorrentes de minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá ônus e bônus para os sujeitos participantes.

Fui informado de que a pesquisadora doutoranda Leomar Albini poderá ser contatada pelo e-mail albinileomar@ig.com.br, ou pelo telefone (41)9971-3913 em qualquer horário. A pesquisadora acima citada poderá esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa.

Estão garantidas as informações que eu queira, antes durante e depois do estudo e estou esclarecido quanto ao compromisso do pesquisador de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo e que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, ainda, de que me será fornecida uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado e a confidencialidade mantida.

Se você tiver dúvidas em relação às questões éticas desta pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da UFPR, pelo telefone (41)3360-1896 ou pelo e-mail cep@hc.ufpr.br.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
 Leomar Albini  
 Pesquisadora

**ANEXOS**

## ANEXO I



Curitiba, 25 de outubro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)  
Loomar Albini  
Hospital de Clínicas da UFPR  
Curitiba - PR

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado: "VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 25 de outubro de 2011.

O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

**CAAE: 0259.0.208.000-11**  
**Registro CEP: 2622.229/2011-10**

Conforme a Resolução 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 primeiro relatório: abril de 2012.**

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

**Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR



## ANEXO II



**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**CARTA DE ASSENTIMENTO**

Curitiba, 13 de outubro de 2011  
 Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

Prezado Coordenador:

Declaramos que a Direção de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), está de acordo com a condução do projeto de pesquisa "VIVENCIANDO O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DE ENSINO" sob a responsabilidade da Aluna "Leomar Albini" do Programa de Doutorado do Departamento de Enfermagem da UFPR, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas / UFPR, até o seu final em 2013.

Estou ciente que os sujeitos de pesquisa serão Enfermeiros da Instituição e que o presente trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se apresenta aproveito para enviar cordiais saudações.

Atenciosamente,

  
 Profª Dra. Marilene Loewen Wall  
 Diretora de Enfermagem  
 HC/UFPR

  
 MARIA JOSE MACIEL  
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
 em Saúde do Hospital de Clínicas / UFPR  
 Matrícula: 482