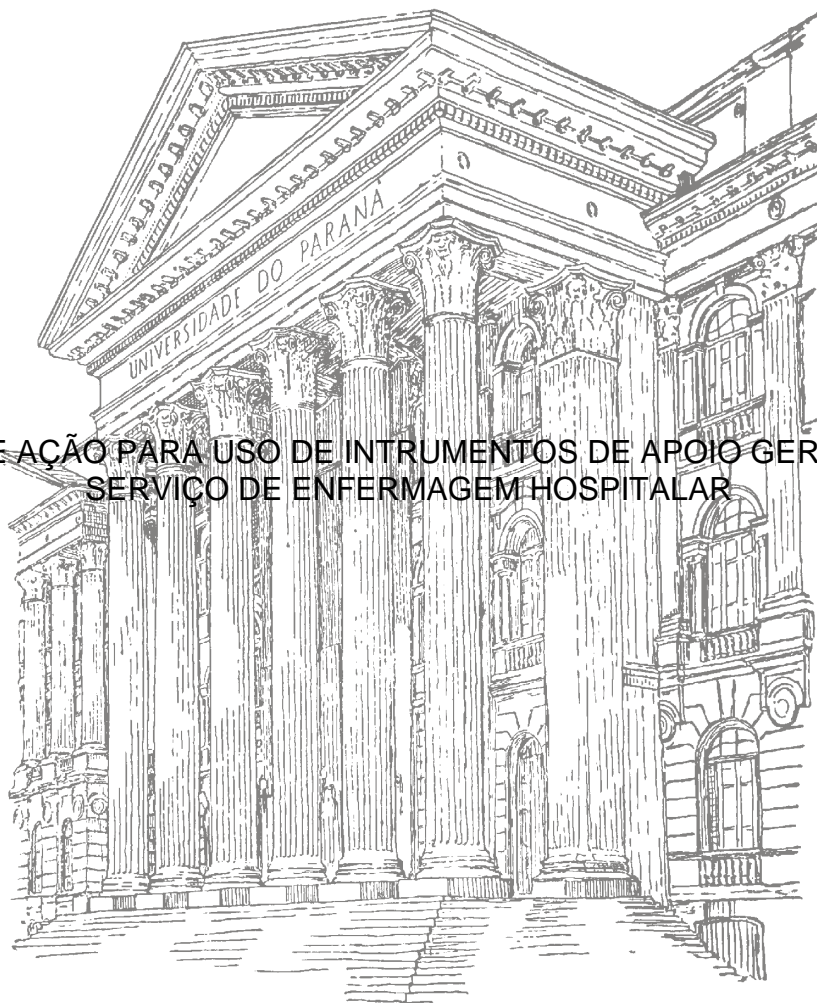


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIZABETE ARAÚJO EDUARDO

PLANOS DE AÇÃO PARA USO DE INSTRUMENTOS DE APOIO GERENCIAL EM
SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR



CURITIBA
2012

ELIZABETE ARAÚJO EDUARDO

PLANOS DE AÇÃO PARA USO DE INSTRUMENTOS DE APOIO GERENCIAL EM
SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Aida Maris Peres

CURITIBA

2012

Eduardo, Elizabete Araújo

Planos de ação para uso de instrumentos de apoio gerencial em
serviço de enfermagem hospitalar. / Elizabete Araújo Eduardo –
Curitiba, 2012.

132 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

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

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Gerenciamento da prática profissional.
3. Pesquisa em administração de enfermagem. 4. Competência
profissional. 5. Tomada de decisões. 6. Liderança. 7. Negociação.
I. Peres, Aida Maris. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.173068

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIZABETE ARAÚJO EDUARDO

**PLANOS DE AÇÃO PARA USO DE INSTRUMENTOS DE APOIO GERENCIAL EM
SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR**

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

Orientadora:



Profa. Dra. Aida Maris Peres

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Membro Titular: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP



Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 03 de dezembro de 2012.

A Deus, meu amigo e eterno amor; por ter-me dado paz e equilíbrio, fortalecendo seu ensinamento de que posso realizar todas as coisas por meio Dele.

Aos meus pais e irmãos, exemplos de amor e simplicidade que me ensinaram a lutar e me ajudam a permanecer firme diante dos desafios da vida.

Ao meu filho Junior, meu amor incondicional, que me inspira cada vez mais a buscar o crescimento profissional.

Ao Michel, pelo apoio e encorajamento neste momento de nossa vida em que aprendemos a amar e a nos doar um para o outro.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, **Profª Drª Aida Maris Peres**, pela confiança, apoio e dedicação neste período de aprendizado, sobretudo pelo acolhimento e estímulo à superação dos limites e dificuldades.

À **Profª Drª Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**, pela valiosa colaboração e dedicação ao longo do desenvolvimento deste estudo; e contribuição para o fortalecimento de parcerias entre docentes e instituições.

À **Profª Drª Elizabeth Bernardino**, por compartilhar seu conhecimento e experiência, participando na construção deste estudo.

Aos membros do **Grupo de Pesquisa, Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS)** da Universidade Federal do Paraná, pelo investimento do desenvolvimento dos pesquisadores.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** e aos demais docentes do curso, pelo apoio e ensinamentos.

À **Coordenadoria Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento de meus estudos.

Ao **Dr. Luiz Renato de Azevedo**, pela confiança e por permitir a concretização desta etapa de formação, minha sincera gratidão.

Aos meus colegas de trabalho, por compartilharem suas experiências, em especial a **Ilma do Nascimento Pereira**, pelo apoio na coleta de dados e companheirismo.

E, por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo.

RESUMO

EDUARDO, E. A. **Planos de ação para uso de instrumentos de apoio gerencial em serviço de enfermagem hospitalar**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Aida Maris Peres

Os instrumentos gerenciais sustentam as ações administrativas realizadas pelo enfermeiro. Este estudo teve como objetivo desenvolver um Plano de Ação participativa para uso de instrumentos de apoio às atividades gerenciais de enfermeiros em um hospital público. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa na modalidade pesquisa-ação, composta por amostra de nove enfermeiros gestores do Estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu em quatro fases: na Fase 1, foram aplicados questionários semiestruturados dos quais emergiram informações sobre os instrumentos gerenciais que propiciaram a elaboração de um Quadro Lógico (QL). A Fase 2 constituiu-se de oito seminários. Na Fase 3 elaborou-se um Plano de Ação participativa para uso dos instrumentos gerenciais; e a Fase 4 compreendeu a avaliação e validação das ações, apontadas como necessárias pelos sujeitos da pesquisa, para a utilização dos instrumentos gerenciais contidos no Plano de Ação. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática de Bardin. Os instrumentos gerenciais gerais apontados como capazes de apoiar as atividades dos enfermeiros foram: Planejamento; Comunicação; Dimensionamento de pessoal e Liderança; Negociação e Tomada de decisão; Supervisão, Avaliação, Gerenciamento de materiais, Sistema de Informação, Educação continuada; Gerenciamento de risco; Acreditação/Qualidade, Auditoria, Recrutamento e seleção, Gerenciamento de tempo, Autonomia, Gerenciamento de custos, Gerenciamento de processos, Organização, Fluxos/POPs. Destes, três instrumentos foram escolhidos pelo grupo para aprofundamento das discussões: Tomada de decisão, Negociação, Liderança. Para favorecer o planejamento e o acompanhamento dos debates foi produzido coletivamente o QL de cada um deles. Conclui-se que, em um contexto de atividades gerenciais dos enfermeiros voltadas às demandas administrativo-burocráticas institucionais, a elaboração de um Plano de Ação participativo possa contribuir para mudanças na organização do processo de trabalho do enfermeiro na dimensão gerencial, à medida que fornece sustentação teórica para a prática, eleva o grau de empirismo relacionado ao conhecimento e uso de instrumentos gerenciais, e favorece a incorporação destes recursos no cotidiano de trabalho do enfermeiro. Identificou-se a necessidade de desenvolvimento de competências para potencializar o uso de instrumentos gerenciais, competências estas que devem estar embasadas em saberes administrativos, relacionados aos modelos e conceitos da administração atual. Este estudo permitiu visualizar os avanços e desafios do processo de trabalho do enfermeiro na dimensão gerencial, que apontam para novas formas de gerenciamento.

Palavras-chave: Enfermagem. Gerenciamento da prática profissional. Pesquisa em administração de enfermagem. Competência profissional. Tomada de decisões. Liderança. Negociação.

ABSTRACT

EDUARDO, E. A. **Action plans for use of tools to support management in hospital nursing service**. 2012. 132 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Paraná, Curitiba, 2012.

Advisor: Prof. Dr. Aida Maris Peres

The management tools support administrative actions performed by nurses. This study aimed to develop an Action Plan for the use of participatory tools to support management activities of nurses in a public hospital. This is an exploratory, qualitative approach in the form of action research, consisting of nine nursing managers of the State of Paraná. Data collection occurred in four phases: Phase 1, semi-structured questionnaires were made available which consisted questions about the management tools that enabled the development of a Logical Framework (QL). Phase 2 consisted of eight seminars. In Phase 3 was drawn up an Action Plan for the use of participatory management tools and Stage 4 included the assessment and validation of actions identified as necessary by the research subjects for the use of management tools contained in the Plan of Action Data was analyzed using the technique of content analysis; the thematic of Bardin. The defined management tools able to support the activities of nurses were: Planning, Communication, Leadership and Personal Sizing; Negotiation and Decision Making; Supervision, Evaluation, Materials Management, Information System, Continuing Education; Risk Management; Accreditation / Quality Audit, Recruitment and Selection, Time Management, Autonomy, Cost Management, Process Management, Organization, Flow / POPs. Of these, three instruments were chosen by the group to carry out further discussion: Decision Making, Negotiation, Leadership. To facilitate the planning and monitoring of the debates the QL of each of these instruments was produced collectively. We conclude that in the context of managerial activities geared to the demands of nurses administrative and bureaucratic institutions, the elaboration of an Action Plan participatory could contribute to changes in the organization of the work process of nurses in managerial dimension, a measure that provides theoretical support to practice, raises the degree of empiricism related to knowledge and use of management tools, and facilitates the incorporation of these features in the daily work of nurses. We identified the need to develop skills to increase the use of management tools; these skills must be grounded in administrative knowledge, concepts and models related to the current administration. This study allowed us to visualize the progress and challenges of the process of nursing work in managerial dimension that points to new ways of management.

Keywords: Nursing. Practice management. Nursing administration research. Professional competence. Decision making. Leadership. Negotiating.

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1-	O PROCESSO DECISÓRIO NO CENÁRIO DA PESQUISA.....	83
FIGURA 2-	O SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO NO HI.....	110

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- ESTRUTURA DO QUADRO LÓGICO.....	42
QUADRO 2	- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO IDADE, TEMPO DE FORMAÇÃO, TEMPO DE ATUAÇÃO, TEMPO DE SERVIÇO NA FUNÇÃO GERENTE E TEMPO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR NA GESTÃO.....	50
QUADRO 3	- AS ATIVIDADES GERENCIAIS NAS DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO GESTOR SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	51
QUADRO 4	- INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS NECESÁRIOS À GESTÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	53
QUADRO 5	- FACILIDADES E DIFICULDADES PARA GESTÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	53
QUADRO 6	- ORGANIZAÇÃO DOS SEMINÁRIOS REALIZADOS NA FASE 2 DA PESQUISA-AÇÃO.....	54
QUADRO 7	- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS DA TOMADA DE DECISÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	55
QUADRO 8	- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS DA NEGOCIAÇÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	65
QUADRO 9	- CATEGORIAS EMPÍRICAS DA LIDERANÇA SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	72

QUADRO 10 -	QUADRO LÓGICO DOS INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	79
QUADRO 11 -	QUADRO LÓGICO DA TOMADA DE DECISÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	80
QUADRO 12 -	QUADRO LÓGICO DA NEGOCIAÇÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	81
QUADRO 13 -	QUADRO LÓGICO DA LIDERANÇA SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	82

LISTA DE SIGLAS

CENDES	-	Centro de Estudios <i>del Desarrollo</i>
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
LFA	-	Logical Framework Approach
MBO	-	Management by Objectives
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	-	Planejamento Estratégico Situacional
POP	-	Procedimento Operacional Padrão
QL	-	Quadro Lógico
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	-	Sistema de Classificação de Pacientes
SCSENF	-	Seção de Serviço de Enfermagem
SIDES	-	Sistema de Informações e Dados Estatísticos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USAID	-	United States Agency for International Development
ZOOP	-	Planejamento de Projetos Orientados para Objetivos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVO	21
1.1.1 Objetivo geral	21
1.1.2 Objetivos específicos.....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO	22
2.1.1 O processo de trabalho gerencial	25
2.2 INSTRUMENTOS DE APOIO GERENCIAL.....	27
2.2.1 Planejamento em saúde.....	27
2.2.2 A tomada de decisão e o processo decisório	32
2.2.3 Negociação	35
2.2.4 Liderança.....	36
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM.....	38
3.2 A ELABORAÇÃO DO QUADRO LÓGICO	41
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO	43
3.4 POPULAÇÃO E SUJEITOS DA PESQUISA	44
3.4.1 Critérios de inclusão.....	44
3.4.2 Critérios de exclusão.....	44
3.5 COLETA DE DADOS.....	45
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	47
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4 RESULTADOS	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	49
4.2 RESULTADOS DAS FASES 1 e 2	50

4.3 CATEGORIAS EMPÍRICAS	55
4.3.1 A Tomada de decisão no cenário da pesquisa	55
4.3.2 O processo de Negociação no hospital de estudo	65
4.3.3 O exercício da Liderança	72
4.3.4 A construção coletiva dos quatro quadros lógicos e do processo decisório.....	78
5 DISCUSSÃO	84
5.1 AS ATIVIDADES GERENCIAIS IDENTIFICADAS	84
5.2 APREENSÃO DOS INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS	87
5.3 TOMADA DE DECISÃO	94
5.4 NEGOCIAÇÃO	101
5.5 LIDERANÇA	106
5.6 OS QUATRO QUADROS LÓGICOS.....	108
5.6.1 O quadro lógico como técnica de escolha.....	109
5.6.2 Instrumentos gerenciais gerais na operacionalização das ações do enfermeiro	109
5.6.3 O quadro lógico da tomada de decisão.....	109
5.6.4 Os determinantes do momento de negociação e o perfil do negociador....	111
5.6.5 O instrumento liderança desenhado no Quadro Lógico	111
5.7 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES	126
ANEXO	130

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido pela Lei 8.080/90 como “o conjunto de ações prestadas por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais dos serviços de saúde, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Considerado fundamental para o sistema sanitário como modelo de assistência e estrutura de organização institucional para saúde de seus usuários, o SUS constitui também as transformações na forma de planejar, direcionar e executar as ações relacionadas à assistência (BRASIL, 1990; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007).

É internacionalmente aceito que a qualidade da administração pública é considerada um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento econômico do país. Sendo assim, o governo que busca a implementação de seus projetos de forma ágil e adequada deve contar com um suporte burocrático eficaz e tecnicamente habilitado. Dessa forma, a qualidade da administração pública, está vinculada, à habilidade de se comporem equipes técnicas e gerencialmente capazes nas organizações, e estabelecer condições para a execução de serviços de forma eficiente e eficaz (BITTENCOURT; ZOUAIN, 2010).

Outros fatores que contribuem para a qualificação é a profissionalização das lideranças e o emprego de tecnologias inovadoras de gestão, refletidas nos programas prioritários do governo e na implementação de políticas públicas. Considerando a organização do Brasil na lógica da administração pública, cuja gestão visa a resultados e o atendimento das necessidades dos usuários, os servidores precisam estar aptos para “uma atuação motivada, ética, confiante, criativa, e eficiente” (BITTENCOURT; ZOUAIN, 2010, p. 79).

No sistema dos serviços de saúde, o hospital representa papel essencial. Com os recursos tecnológicos que possuem, esses serviços são capazes de assegurar a assistência aos portadores de doenças graves, constituindo para o sistema um ponto de referência. Assim, o ambiente hospitalar é complexo, exige ações assistenciais integradas e o investimento de tecnologias para a recuperação da saúde daquele que é o objeto de sua intervenção, o paciente (LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006).

A Enfermagem nesse contexto tem delineado seu processo de trabalho em consonância com outros profissionais da área da saúde e das políticas públicas de

saúde que a sustentam (BARBOSA *et al.*, 2004). Tal processo de trabalho é constituído de quatro dimensões: assistência, ensino, pesquisa e gerência. Na dimensão gerencial, o enfermeiro contribui para a consolidação dos princípios do SUS com ênfase na assistência humanizada e o trabalho em equipe multidisciplinar. Dentro dessas equipes, a enfermagem, geralmente, representa o maior quantitativo de profissionais, e cada vez mais têm assumido cargos de liderança nos diferentes níveis organizacionais. Esse fato imprime características próprias à gestão e ao sistema de saúde brasileiro (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007, p. 109; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

O enfermeiro, ao administrar seu trabalho e os serviços sob sua responsabilidade adotou princípios da escola científica e da Administração clássica (ALMEIDA *et al.*, 2011). Sobre esse tema, Kurcgant (1991) comenta que a Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856-1915) aplica-se nos métodos administrativos da ciência positiva, racional e metódica. Como exemplo, a fim de alcançar a máxima produtividade, o trabalhador (auxiliar e técnico de enfermagem) é colocado sob o comando do gerente (a enfermeira) e o trabalho é fracionado em porções.

O desenvolvimento do capitalismo industrial proporcionou a difusão dessa administração científica, consolidando a divisão técnica do trabalho e os princípios de controle, hierarquia e disciplina, incorporados pela enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2005). Henry Ford utilizou os mesmos princípios desenvolvidos pelo taylorismo e inseriu o mecanicismo, presente também nesse modelo de divisão do trabalho da enfermagem (LARANJEIRA, 1999).

Os modelos e estratégias tradicionais de gestão desenvolvidas para atender às necessidades da indústria influenciaram primeiramente a administração hospitalar e posteriormente à administração em enfermagem. Os estilos de gestão absorveram esses princípios; como consequência as relações no trabalho foram estruturadas em hierarquias, sendo o autoritarismo, a centralização das decisões e a impessoalidade nas relações, ainda hoje, evidência desses determinantes. Atualmente, há iniciativas de mudanças desse paradigma, pois os modelos taylorista/fordista trazem efeitos negativos para a organização do trabalho como a fragmentação explicada entre a concepção e a execução das atividades, o controle gerencial do processo e a hierarquia rígida (FERNANDES; SPAGNOL; TREVISAN, 2003; SPAGNOL, 2005).

A partir de 1980, foram disseminadas alternativas administrativas de gestão e organização do trabalho na tentativa de rompimento com os modelos taylorista/fordista, caracterizadas pela participação dos trabalhadores nas discussões e no processo de decisão, ênfase no envolvimento das pessoas no trabalho, valorização das atividades em equipe e corresponsabilização (MATOS; PIRES, 2006).

De acordo com Kurcgant (2011), as mudanças no modelo de gestão estão relacionadas ao novo paradigma das organizações do terceiro milênio, caracterizado pelo uso de novos métodos e estratégias de trabalho em gerência como o compartilhamento do poder, especialização do trabalho, e acessibilidade das informações. As novas tendências sugerem a substituição de uma posição normativa para a busca do novo, que, de acordo com Greco (2004), estão relacionadas ao investimento do tempo nas relações interpessoais, trabalho em equipe, assistência de enfermagem voltada para o gerenciamento de riscos, horizontalização das ações administrativas e pedagógicas, criação de espaços para participação efetiva, rompimento dos organogramas rígidos, descentralização do poder de decisão e administração política por meio de enfoque estratégico.

Considerando que o trabalho apresenta aspectos sociais, políticos, éticos, filosóficos, evidências de sua complexidade e dinamismo, a viabilidade do cuidado do paciente exige planejamento, organização, domínio de instrumentos que favoreçam que as ações administrativas sejam realizadas dentro de uma racionalidade para o alcance da qualidade da assistência. Contudo, o conhecimento do enfermeiro sobre o trabalho administrativo ainda é considerado inexpressivo diante das implicações inerentes ao processo de trabalho gerencial (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009; CHRISTOVAM; SANCHES; SILVINO, 2006).

As ações administrativas são sustentadas pelo emprego de instrumentos gerenciais, ou seja, os instrumentos gerenciais apoiam as atividades gerenciais do enfermeiro com vista à organização do trabalho para o alcance de objetivos pré-definidos. Nesse sentido, o enfermeiro precisa desenvolver capacidades para o gerenciamento e conhecer os princípios que sustentam e direcionam o seu trabalho, sob esse novo prisma contemporâneo e, apoiar-se em instrumentos que o auxiliem na execução de atividades relacionadas à gerência, como o planejamento, a comunicação, a administração de conflitos e negociação, liderança, avaliação de

desempenho, dentre outros, sendo essa a relevância deste estudo (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2011).

Entretanto, se os instrumentos utilizados para gerência não forem os mais adequados para o contexto do enfermeiro, a dinâmica e a realidade institucional determinarão e direcionarão as ações de enfermagem, condicionando os resultados que poderão não corresponder ao esperado (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

Isto posto, o planejamento surge como recurso para auxiliar o enfermeiro na construção de uma nova maneira de gerenciar, a partir de processo participativo. Para Gandin (2001, p.82), o planejamento participativo é “uma tendência (uma escola) dentro do campo de propostas de ferramentas para intervir na realidade, e em si possui características diversas (conceitos, modelos, técnicas)” que correspondem a formas diferentes de planejar, de acordo com as necessidades dos serviços, sob a ótica de sua finalidade e objetivos.

A escolha pelo planejamento participativo para efetivação das ações da pesquisa está sustentada na metodologia desse tipo de planejamento, que condiz com as formas de gestão participativa, por favorecer o envolvimento dos atores, nas discussões relacionadas ao problema em investigação, e seu alinhamento com os pressupostos da abordagem metodológica pesquisa-ação (LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006; LANZONI *et al.*, 2009).

A aproximação com o tema de estudo proposto advém da observação na prática das transformações do processo de trabalho do enfermeiro em 24 anos de vivência da pesquisadora em diferentes áreas de atuação, da assistência ao gerenciamento dos serviços, que contribuíram para a formação de uma visão global do processo. As inquietações se referem à necessidade de compreender como o enfermeiro desempenha suas atividades, em especial o gerenciamento com foco no cuidado, que instiga ao conhecimento das transformações teóricas e metodológicas que subsidiam as práticas gerenciais, as inovações em administração no complexo sistema de saúde e as contribuições para um novo fazer que conjugue ciências da administração com ciências da saúde.

O hospital público infantil (HI)¹, cenário deste estudo, é um hospital da rede pública do Estado do Paraná, especializado no atendimento a crianças e adolescentes. Inaugurado em 2009, assume como compromisso a assistência de média e alta complexidade a crianças e adolescentes do Estado. Por se tratar de um serviço recente no qual a pesquisadora desenvolve atividades relacionadas à

Educação Permanente, seguiu a lógica da resolutividade imediata dos problemas. No entanto, na tentativa de favorecer a comunicação horizontal retida nos altos níveis hierárquicos, descentralizar as decisões, otimizar recursos e corresponsabilizar os enfermeiros setoriais pelos resultados obtidos, passou por uma reestruturação no seu organograma e de seus serviços.

O Serviço de Enfermagem do HI¹ foi contemplado pelas mudanças direcionadas pelo processo de descentralização da gestão e a partir dessas mudanças, os enfermeiros gestores setoriais e de áreas, tornaram-se responsáveis por todas as atividades gerenciais das unidades sob sua responsabilidade. No novo organograma, esses enfermeiros foram designados membros efetivos do comitê gestor institucional.

Surgiu então, a oportunidade de o enfermeiro desenvolver novas formas de gestão junto à sua equipe. No entanto, a seleção dos gestores não foi embasada em critérios de formação relacionada ao cargo, assim como não foi prevista a instrumentalização dos enfermeiros para assumir cargos de gestores durante o início das atividades do hospital, ou mesmo depois, no desenvolvimento de suas ações gerenciais.

Esta pesquisa foi concebida com vista a diminuir a problemática apontada no parágrafo anterior, por meio de um trabalho que apóie os gestores no fortalecimento de suas competências na área de Administração. Ainda, com vistas à aplicação dos seus conhecimentos em uma proposta que contribua com a instituição, espera-se por meio de um planejamento participativo, o reconhecimento das atividades gerenciais realizadas pelo enfermeiro nas várias dimensões de seu trabalho e a apreensão dos instrumentos utilizados para apoiar estas atividades, culminando na elaboração de um Plano de Ação que compreenda a forma de utilização desses instrumentos.

O termo gestor para o enfermeiro será utilizado ao longo deste estudo, por ser essa a designação institucional do cargo, para esses profissionais. Esta escolha é consoante com achados da literatura em que, no Brasil, o uso deste termo está vinculado à aqueles que ocupam posição de direção, liderança, e de chefia pela

¹ As informações referentes a este serviço de saúde, unidade da Secretaria do Estado do Paraná (SESA), provêm do banco de dados eletrônicos desta instituição.

pela responsabilidade técnica ou administrativa que estes cargos conferem (MOTTA, 1999).

Como contribuição ao momento institucional, pretende-se com este estudo, favorecer as discussões sobre o trabalho do enfermeiro, por meio do desenvolvimento de um processo participativo, no tocante às atribuições e posição que ocupa na estrutura organizacional, possibilitando pensar em novas formas de organização do trabalho e exercício da gestão.

Nesse contexto formulou-se a seguinte questão norteadora: **como desenvolver um plano de ação para uso de instrumentos de apoio às atividades gerenciais dos enfermeiros de um hospital público por meio de um processo participativo?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Desenvolver um plano de ação participativa para o uso de instrumentos de apoio às atividades gerenciais dos enfermeiros de um hospital público.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as atividades gerenciais realizadas por enfermeiros de um hospital público;
- Apreender os instrumentos utilizados e os necessários para o desenvolvimento das atividades gerenciais dos enfermeiros de um hospital público;
- Elaborar um plano de ação para uso de instrumentos gerenciais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta definições sobre o processo de trabalho do enfermeiro e seus elementos, com ênfase nos instrumentos gerenciais utilizados em suas atividades, e as dimensões constituintes desse processo. Para tal, subdivide-se em: processo de trabalho do enfermeiro e instrumentos de apoio gerencial.

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

O conceito de trabalho humano conjuga, segundo Gonçalves (1992), duas ideias, *energia* e *transformação*. Genericamente seria transformar *o que havia antes* em *outra coisa*, utilizando *no meio* certa quantidade de energia (grifos da autora). Este raciocínio configura uma formulação na qual se pode compreender o trabalho como um processo no qual as transformações ocorrem de forma não natural.

Como atividade humana de cunho social, o trabalho tem como finalidade transformar um objeto em um produto. Nesse processo, o homem utiliza instrumentos que resultam em bens ou serviços com valor atribuído (SANNA, 2007). O ser humano, historicamente, é ligado a atos produtivos; a sua sociedade organiza o trabalho de forma conjunta. Assim, trabalha e transforma ao mesmo tempo em que é transformado por essa ação. Nessa lógica, o trabalho é visualizado como uma escola, pois altera a forma de pensar e agir (MEHRY, 2002).

O processo de trabalho possuiu diversos componentes. São eles: o **objeto**, foco da atividade que se irá exercer, obtendo como resultado um **produto**; os **instrumentos** de trabalho; e, a **atividade** utilizada para alcançar o fim (MARX, 1994). O autor Emerson Mehry (2002) fez uma analogia do processo de trabalho com a atividade de plantar, e neste exemplo, cita 'a planta a ser colhida' como objeto do trabalho; a finalidade para se realizar esta atividade, como a produção do alimento; e os instrumentos para alcançar esse fim como os saberes utilizados pelo agricultor. Desses elementos, enfatizam-se os instrumentos por constituírem o meio para viabilizar toda a ação.

Assim, pode-se concluir que no ambiente hospitalar o objeto de trabalho do enfermeiro são as necessidades de saúde dos pacientes. Este pensamento é confirmado por Hausmann e Peduzzi (2009), que citam o cuidado e o gerenciamento do cuidado como focos das ações do enfermeiro. Nesse contexto, utilizam-se como

instrumentos o conhecimento, os equipamentos, materiais de consumo, instalações, e/ou outros recursos que fazem parte do ambiente de trabalho de enfermagem. Gonçalves (1979), ao analisar o processo de trabalho, divide os instrumentos em: 'não materiais', aqueles que constituem ferramentas de natureza intelectual e 'materiais' para os demais. A transformação é resultado da ação conjunta do conhecimento na dimensão intelectual e a execução na dimensão manual.

Os instrumentos de trabalho foram citados por alguns autores como meio ou recursos para realizar as atividades de enfermagem. Gonçalves (1979) afirma que eles permitem a aproximação do objeto de trabalho com o objetivo de transformá-lo, ou possibilitam a efetiva transformação do objeto. Essa divisão, relacionada à utilização dos instrumentos, é visualizada por esse autor como necessária para a realização do trabalho em saúde.

Os agentes legalmente habilitados para exercer o trabalho na enfermagem, de acordo com a Lei 7.498/96 são: os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e as parteiras. A divisão social do trabalho em enfermagem caracteriza duas frentes de trabalho: uma realizada pelos enfermeiros, responsáveis pelas atividades de ensino, supervisão e administração, e as desenvolvidas pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem, em sua maioria voltada para a assistência (BRASIL, 1986; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

Embora exista essa divisão, os trabalhos desenvolvidos por essas categorias não são independentes e desconexos, mas ao serem realizados se articulam e se complementam (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). O produto do trabalho de enfermagem ocorre no momento da prestação do cuidado e não é algo que possa ser comercializado. Sendo assim, o objeto de trabalho do enfermeiro constitui aquilo sobre o que ele trabalha, e na saúde pode ocorrer no nível de promoção, prevenção e/ou com recuperação da saúde do indivíduo (FELLI; PEDUZZI, 2005; TAUBE, 2006; BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011).

Taube (2006) relata que a Enfermagem sofreu, historicamente, transformações no seu agir. Estas transformações contribuíram para o desenvolvimento de ferramentas como as sistematizações, o uso de teorias e procedimentos que conferem cientificidade ao trabalho do enfermeiro, facilitando a articulação entre o conhecimento e a prática. Durante a prestação do cuidado, o enfermeiro utiliza seu conhecimento técnico, que transpõe o uso de equipamentos e materiais. Para utilizar equipamentos, materiais e metodologias para o trabalho

(fazer) é necessário conhecer, refletir (saber); a articulação desses dois eixos é denominada por Gonçalves (1992) e Mehry (1997) como tecnologia.

Dessa forma, as tecnologias que envolvem o processo de trabalho em Enfermagem podem ser classificadas em leves, como exemplo citam-se as relações entre usuários e equipe de enfermagem; leves-duras, como os saberes sistematizados aplicados na relação do enfermeiro/usuário ou equipe de enfermagem/coletivo de usuários; e duras, representados pelos equipamentos, procedimentos, prontuários (MERHY, 1997). Diante disso, pode-se apreender que o enfermeiro no seu dia a dia de trabalho utiliza tecnologias ao desenvolver suas atividades, de forma que alguns autores agrupam as atividades deste profissional em dimensões.

Em um estudo desenvolvido por Bertoncini, Pires e Ramos (2011), as autoras identificaram quatro dimensões: dimensão do **cuidado**, prestado individualmente ou ao coletivo de forma direta; **ações educativas**, desenvolvidas com os usuários e/ou equipe de enfermagem; **pesquisa**, utilizada para subsidiar as ações dos profissionais; e a dimensão **administrativa**, relacionada à organização do trabalho e gestão do cuidado.

Nas últimas décadas, a participação política tem sido citada também como atividade desenvolvida pelo enfermeiro compondo as demais dimensões. Neste estudo optou-se por adotar as dimensões do processo de trabalho caracterizadas por Sanna (2007). São elas: a assistência, o ensino, a pesquisa, a gerência e a participação política.

Das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, as predominantes são as realizadas para gerenciar os serviços. Essa temática tem sido alvo de estudos desde os anos 1980, Peduzzi *et al.* (2009) confirmam que resultados recentes de pesquisas demonstram a ênfase do trabalho do enfermeiro na gerência, em especial, no gerenciamento do cuidado. Essas autoras ainda comentam os aspectos de complementaridade e interdependência das dimensões assistencial e gerencial. O enfermeiro na dimensão assistencial atende às necessidades de saúde do paciente e na gerencial, o enfermeiro organiza o ambiente e gerencia os recursos humanos de forma que a assistência seja prestada satisfatoriamente.

Embora exista o entendimento de que o enfermeiro, ao desempenhar suas atividades de trabalho, exerce-as articulando suas diferentes dimensões, fator

essencial para garantia de uma assistência livre de riscos, optou-se neste estudo, por descrever mais profundamente a prática profissional gerencial.

2.1.1 O Processo de trabalho gerencial

A figura de enfermeiro gestor remete à ideia do profissional que, dentre outras atividades, organiza o setor, distribui tarefas, regula estoque de materiais, marca exames, providencia transporte para pacientes, supervisiona, executa prescrições de enfermagem. Muitas dessas ações são denominadas pelos profissionais de enfermagem como burocráticas. Entretanto, analisando-as detalhadamente, pode-se dizer que são atividades que articulam o gerenciamento do cuidado e o gerenciamento das unidades de cuidado (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

O termo gerência tem sido amplamente discutido por muitos anos. Como resultado, seu significado sofreu transformações decorrentes de estudos, pesquisas e teorias que hoje conferem suporte e direção para essa prática. A palavra gerência proveniente do termo do latim *gerere*, significa administrar ou dirigir (BUENO; BERNARDES, 2010).

As ações do enfermeiro para organizar seu processo de trabalho são historicamente influenciadas. Inicialmente por Florence Nightingale, com a utilização no ambiente hospitalar de elementos do processo administrativo como: planejamento, direção, supervisão; e a incorporação do princípio de divisão do trabalho. E posteriormente com a aplicação dos pressupostos de Frederick Taylor da gerência clássica na administração hospitalar como: o planejamento das funções, o organograma detalhado, a elaboração de manuais de tarefas e procedimentos. Ações que geram estruturas inflexíveis presentes ainda hoje nas organizações de saúde, especificamente nos hospitais (GRECO, 2004; SPAGNOL, 2002).

Henry Fayol buscava alcançar eficiência nas empresas por meio de princípios científicos, acreditava que o rápido desenvolvimento organizacional estava relacionado à articulação do conhecimento técnico com o científico pelo administrador, que deveria em suas atividades, prever, organizar, coordenar, comandar e controlar (SPAGNOL, 2002).

O método de racionalização do trabalho desenvolvido por Florence Nightingale e a influência dos pressupostos de Taylor e Fayol contribuíram para a

organização do trabalho no âmbito hospitalar no momento da profissionalização da Enfermagem. A estrutura rígida imposta por essa forma de gerência tradicional é ainda hoje visualizada na maioria dos hospitais (SPAGNOL, 2002).

Estudo realizado por Montezelli, Peres e Bernardino (2011), com enfermeiros de um hospital filantrópico, aponta que as instituições hospitalares baseiam-se em modelos de racionalização do trabalho. Como resultado, o enfermeiro é impulsionado a desempenhar funções administrativas destinadas à produção, cumprimento e fiscalização de normas e rotinas; priorização na realização de tarefas e alcance de objetivos organizacionais em detrimento da assistência. Geralmente delegada a outras categorias da profissão, esse problema, segundo as autoras, tem permeado a enfermagem desde sua concepção e contribuído para o distanciamento entre gerenciar e cuidar.

Para facilitar a execução das atividades, o enfermeiro utiliza recursos físicos, materiais e financeiros como meios para a realização do seu trabalho e os saberes da administração como ferramentas específicas na operacionalização das ações (PERES; CIAMPONE, 2006). Assim, o objeto do gerenciamento são os trabalhadores de enfermagem e a organização da assistência; o enfermeiro é o agente; o saber administrativo e o gerenciamento de recursos são considerados instrumentos; e os métodos são: a supervisão, a capacidade de decisão e a auditoria (FELLI; PEDUZZI, 2005; MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Para a realização de atividades relacionadas ao gerenciamento da unidade são necessárias competências gerenciais para prever, prover, manter e administrar pessoas; recursos financeiros e materiais garantindo a realização do serviço; e para o cuidado, é necessário que o enfermeiro saiba planejar, executar e avaliar a assistência, analisando sua qualidade e direcionando a equipe (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009). Para planejar, o enfermeiro deve possuir a capacidade de resolver conflitos, negociar, propor metas e alcançá-las mantendo uma atitude de proximidade do paciente e da equipe de trabalho visando sempre à qualidade da assistência (GRECO, 2004).

2.2 INSTRUMENTOS DE APOIO GERENCIAL

Desde o início do processo formativo do enfermeiro, existe pelos órgãos regulamentadores da profissão, uma preocupação em garantir por meio dos currículos dos cursos de graduação de enfermagem o desenvolvimento de competências para o exercício profissional de qualidade. Das competências gerais citadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais/2001 encontramos - comunicação, tomada de decisão, atenção à saúde, educação permanente, liderança, administração e gerenciamento. Essas competências devem estar alicerçadas no conceito de saúde, citado no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, como a garantia por meio de políticas públicas e sociais da “redução do risco de saúde e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, bem como nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL 1988, p. 292; BRASIL, 2001).

Os instrumentos gerenciais são recursos utilizados pelo enfermeiro para organizar as suas atividades ou ações gerenciais. A inadequada utilização dos instrumentos gerenciais, como a falta de sistematização, de racionalidade ou de atualização, da aplicação dos princípios e conhecimentos científicos que os conformam, compromete a qualidade da assistência prestada considerando-se que a prática profissional do enfermeiro gestor concretiza-se por meio do gerenciamento dos “processos coletivos de trabalho em saúde e enfermagem” (ALMEIDA *et al.*, 2011; Melo, 2003, p. 6). Instrumentos, segundo Kurcgant (2011, p.5) são utilizados pelo trabalhador para “transformar o objeto de intervenção”, como exemplos a autora cita os “recursos humanos (força de trabalho), os equipamentos, os materiais de consumo e permanente e os saberes”.

Desta forma, para fins deste estudo, serão abordados a seguir alguns instrumentos gerenciais; são eles - planejamento, tomada de decisão, negociação e liderança.

2.2.1 Planejamento em saúde

O planejamento pode ser definido como instrumento e tecnologia para a gestão (MEHRY, 1994), função administrativa (CHIAVENATO, 2007, 2011) ou habilidade inerente a várias competências.

Na abordagem de função administrativa, o planejamento serve de suporte para as demais funções, como direção, controle e organização. Nesse sentido, o planejamento define a meta a ser alcançada (o que, como e quando fazer), e exige uma atitude proativa em relação aos eventos futuros e reativa diante dos acontecimentos passados. Esse comportamento confere “consistência ao desempenho das organizações” e, dessa forma, planejar significa “definir os objetivos e escolher antecipadamente o melhor curso de ação para alcançá-los com o mínimo de esforço e custo” (CHIAVENATO, 2007, p.138).

O planejamento é um tema presente na vida do homem contemporâneo, como instrumento utilizado para gestão das organizações, considerando os processos de trabalho que nelas se desenvolvem; como prática social transformadora, método de ação governamental e saber tecnológico (MERHY, 1994). Nas diferentes instituições de saúde, pode-se utilizar o planejamento normativo ou planejamento estratégico situacional (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

Planejamento normativo ou tradicional

Planejamento é “o cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação” (MATUS, 1993, p. 19). O planejamento em saúde tem como marco a reunião de *Punta del Este* (1961), momento em que governadores latino-americanos se organizaram buscando mudanças nos procedimentos do planejamento das ações de saúde. Em 1963, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi incumbida, pelos ministros de Saúde das Américas, de fornecer assessoria permanente aos governos na execução das ações (TESTA; MATUS, 1989).

A OPAS solicitou ao *Centro de Estudios del Desarrollo* (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, o desenvolvimento de uma metodologia de programação em saúde que teve como meta dimensionar os problemas de saúde, relacionando-os com os recursos necessários para sua resolução. Esses recursos seriam direcionados para a execução de planos que pudessem de forma eficaz, melhorar e manter a saúde da população. Do resultado do trabalho dos técnicos desta universidade, surgiu o documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* (TESTA; MATUS, 1989).

Na implementação do Método CENDES, ocorreu à centralização da tomada de decisões no âmbito federal, o que desconsiderou as dimensões epidemiológicas das diferentes regiões do país e a participação social. Este método de planejamento ainda é utilizado na formação de gestores de saúde influenciando os modelos assistencial e gerencial das organizações, o que contrapõe as diretrizes e princípios do SUS (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

De acordo com Lanzoni *et al.* (2009) esse estilo de administração coloca o gestor no topo da hierarquia e centro do poder de decisão; com esse perfil de gestor autoritário, estrutura organizacional rígida, a consequência é a fragmentação das atividades e dos saberes.

As fases do planejamento normativo são: **diagnóstico**: nesta fase a Teoria dos Sistemas, desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy contribuiu no sentido de permitir a visualização da organização como um sistema no qual as partes interagem com uma finalidade comum; “determinação dos **objetivos**; escolha das **prioridades**; **avaliação** dos recursos disponíveis; estabelecimento de um **plano de ação**; desenvolvimento do **programa**; e **aperfeiçoamento**” com avaliação e replanejamento de suas fragilidades. Este modelo de planejamento é ideal quando há necessidade de resolver de problemas bem delimitados e em situações controláveis, não sendo indicado para os serviços de saúde que possuem características complexas e ambientes instáveis (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010, p. 40).

Planejamento participativo

O planejamento participativo é um modelo de planejamento que reúne pessoas ao redor de uma determinada questão. Ele é realizado pelos indivíduos envolvidos ou inseridos no contexto do problema, capazes de intervir na realidade de acordo com os objetivos que querem alcançar. Esse modelo é indicado para ser utilizado nos casos de resoluções de problemas restritos a nível local, sendo um método coerente com os princípios do SUS (FRANCO; KOIFMAN, 2010).

O SUS, sistema composto de redes de serviço, regionalizado, hierarquizado e, descentralizado, com vários níveis de complexidade no atendimento à população, necessita de gestores que possuam competências e habilidades para operacionalização do sistema. Desta forma, planejar é uma tarefa desafiadora, mas

necessária para a efetivação do modelo de assistência. Distante do autoritarismo e da imposição de decisões, características dos modelos tradicionais, o método participativo utilizado nas organizações permite incorporar uma nova dinâmica ao trabalho. O compartilhamento de poder, na tomada de decisões, com os sujeitos envolvidos na situação problema permite que esses se sintam responsáveis pelo trabalho, mesmo que as ações implantadas por meio do planejamento não obtenha sucesso (LANZONI *et al.*, 2009).

As contribuições desse tipo de planejamento estão relacionadas a inserção do diálogo nas relações organizacionais ao favorecer a participação dos indivíduos na qualificação do trabalho e aperfeiçoamento da gestão. Dessa forma, o planejamento é um instrumento de gestão que permite a organização, administração e inovações no processo de trabalho, e, quando não utiliza o planejamento corre-se o risco de as decisões serem tomadas para resolução imediata das situações-problemas, apenas para restabelecer a ordem. Porém, se utilizado na qualidade de instrumento gerencial, permite o controle do futuro, na previsão e detecção de problemas, com base na realidade presente e do passado. Assim, o serviço passa a ter um caráter preventivo nas decisões, possibilitando estabelecerem-se metas; característica do planejamento participativo que, além da resolver problemas, permite a articulação das ações a longo e médio prazo (LANZONI *et al.*, 2009).

Nesse modelo, o perfil de planejador que mais se enquadra é a do gestor democrático que se comunica de forma horizontal com os trabalhadores e permite a participação desses no processo de tomada de decisão. Para a efetivação dos trabalhadores no processo de corresponsabilização das ações, é necessário que esse gestor invista tempo, sensibilizando e motivando os atores envolvidos. Sendo assim, o gestor democrático é a figura que articula as propostas construídas coletivamente com os objetivos organizacionais. Esse perfil corresponde à forma de organização da assistência à saúde da população brasileira, pois o rompimento com o modelo hegemônico, por tantos anos centrados no médico, necessita de profissionais que saibam trabalhar em equipe e interagir em uma relação horizontal, múltipla e interdisciplinar (LANZONI *et al.*, 2009).

O perfil de planejador do profissional de saúde também é influenciado pelo contexto histórico-político em que este indivíduo está inserido. Na atualidade, espera-se que o paciente seja considerado sujeito integral e atuante do processo saúde-doença. O planejamento participativo propicia que os sujeitos avaliem os

serviços prestados e fiscalizem as ações de saúde. Diante desse novo contexto, observa-se nas instituições uma transição entre a adoção de planejamentos normativos para tipos de planejamento mais democráticos, em consonância com os modelos de gestão participativa (LANZONI *et al.*, 2009).

Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O planejamento estratégico situacional surgiu no campo das políticas públicas, com objetivo de reconhecer a necessidade da participação dos atores sociais nas realidades complexas e dinâmicas das organizações, e nas relações de poder que coexistem nas instituições. Mário Testa e Carlos Matus são precursores dessa metodologia na área de saúde que parte da ideia do planejamento como instrumento utilizado pelo homem para “exercer governabilidade diante do próprio futuro; refere-se ao controle e ao empoderamento do ator para a situação que pretende governar”. O poder é visualizado por esses atores como a possibilidade de promover mudanças que, sem sua mobilização, seriam ínfimas (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010, p. 44).

O PES pode ser utilizado para resolução de problemas atuais, potenciais ou macroproblemas. Dessa forma, processar problemas significa explicar sua gênese e desenvolvimento, analisar sua viabilidade e propor ações práticas para sua resolução. No processo de governo da situação, observam-se três vértices: o **projeto de governo** ou a **proposta** de ação; a **governabilidade**, medida pela capacidade de resolução da situação pelo ator; e, **capacidade de governo**, por parte do indivíduo ou instituição (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

São quatro os momentos que compõem o PES: o **explicativo**, busca explicações a respeito da origem e causas reais dos problemas; **normativo**, descreve como o plano deve ser considerando a realidade em contraposição a situação problema que se apresenta; **estratégico**, fase de análise da viabilidade de resolução do problema; e o **tático-operacional**, implementação das ações e adequação do plano definido para resolução do problema ao contexto em que está inserido (MATUS, 1993).

O processo de planejamento supõe a articulação desses momentos, pois são complementares. A utilização de métodos de planejamento por profissionais de

saúde e gestores é essencial, pois desenvolver competências para planejar tende a qualificar os processos decisórios (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

2.2.2 A tomada de decisão e o processo decisório

A tomada de decisão está presente no processo de trabalho do enfermeiro e inicia no momento em que há a percepção de que algo não está de acordo (ALMEIDA *et al.*, 2011). O enfermeiro diante do desafio da coordenação da equipe de trabalho e da articulação do cuidado entre os demais profissionais de saúde, por vezes se encontra diante de situações que exigem tomadas de decisões que podem comprometer o cuidado. Com esse grau de importância, essa competência é visualizada como núcleo da responsabilidade gerencial (CHIAVENATO, 2007).

Decidir significa escolher dentre várias opções a melhor alternativa, a mais adequada para alcançar determinado objetivo, naquele momento (MARQUIS; HUSTON, 2005; CHIAVENATO, 2007). Reis e Löbler (2012) acrescentam que as escolhas possuem características multifacetadas, apontando para a necessidade de se estabelecerem critérios para sua definição e que os objetivos podem ter aspectos conflitantes.

Para Chiavenato (2007, p.169), toda decisão envolve no mínimo seis elementos: o **tomador de decisão** - as decisões podem ser definidas individualmente ou no coletivo; **objetivos** - o que se quer alcançar mediante a ação; **sistema de valores** - os requisitos utilizados pelo tomador de decisão para fazer sua escolha; **curso de ação** - a direção que o grupo ou indivíduo usa para a escolha; **estados da natureza** - fatores ambientais que podem influenciar a tomada de decisão; e **consequências** - os efeitos causados pela decisão tomada.

O processo decisório pode envolver as seguintes etapas: **definição e diagnóstico**, etapa na qual se procura ter uma visão ampla do problema, suas causas e consequências; levantamento das **possibilidades de resolução** do problema, considerando a solução mais eficaz para o alcance dos objetivos organizacionais; **análise** da situação e **comparação** das possíveis soluções avaliando os riscos envolvidos de cada uma; e por fim a **escolha** da melhor opção (CHIAVENATO, 2007). Acrescenta-se ainda a execução e avaliação (MARQUIS; HUSTON, 2005).

No estudo de Almeida *et al.* (2011), a tomada de decisão é considerada como competência; essas autoras ainda afirmam que a análise do problema por meio de um processo decisório sistematizado permite que a situação seja examinada com maior clareza, conduzindo a decisões mais assertivas e contextualizadas. Outro estudo com mesmo tema afirma que respeitar as fases do processo decisório reduz as margens de erro e favorece a obtenção de experiência, tornando as pessoas mais seguras diante de novas situações (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010)

Ciampone e Melleiro (2010) sustentam que, para diminuir a possibilidade de erros, é fundamental que o profissional reúna dois elementos: as informações necessárias e o preparo adequado. Essas autoras ainda esclarecem que o processo decisório envolve bases conceituais, metodológicas e características que, se apreendidas pelos profissionais de saúde e gestores, podem constituir um importante instrumento de apoio do processo de trabalho gerencial pela qualificação de suas decisões. Para isso, o enfermeiro deve: saber planejar, comunicar-se, persuadir, ouvir e negociar; envolver as pessoas ao seu redor, ser criativo, versátil e comprometido com o que faz (BALSANELLI; MONTANHA, 2011).

Os autores Almeida *et al.*, (2011) citam como instrumentos de apoio dos enfermeiros, no contexto hospitalar, a tomada de decisão, o planejamento, os procedimentos operacionais padrão, administração de tempo, liderança, autonomia, mediação de conflitos e negociação ainda que esses sejam subutilizados, ou seja, utilizados empiricamente por eles.

O processo decisório tem sido alvo de estudos de gestores e teóricos nos últimos 50 anos. A importância dessas discussões está relacionada, principalmente pela necessidade das organizações, cada vez mais, tomarem decisões complexas em curto espaço de tempo. Esses estudos trouxeram como resultado o desenvolvimento de diferentes modelos, que podem ser utilizados e/ou adaptados dependendo do contexto do decisor. Modelos de processo decisório existentes permitem a análise processual da situação vivenciada considerando a estrutura organizacional e as relações complexas que envolvem a tomada de decisão nesse âmbito. Dentre os modelos existentes, destacam-se o racional, o processual, anárquico e o político (LOUSADA; VALENTIM, 2011).

O modelo racional de decisão é considerado o mais sistematizado, por possuir como característica uma estrutura sólida, sendo ideal para organizações burocráticas que possuem regras, procedimentos e diretrizes definidas. Foi

originalmente desenvolvido por March e Simon em 1975, e reformulado por March, em 1994. As etapas desse modelo são - **identificação, análise da situação**, e **escolha da melhor alternativa**. Embora denominado modelo racional, há o entendimento que a racionalidade das decisões são parciais por ser impossível o controle total pelo indivíduo, das variáveis existentes e influenciadoras do processo. Esses vieses no processo fazem com que as informações que reforçam as decisões tomadas sejam valorizadas e as que as contrariam ignoradas, não passando pelo processo de análise (LOUSADA; VALENTIM, 2011).

O foco do modelo processual está no comportamento decisório, suas atividades e fases. As fases decisórias principais são: **reconhecimento** do problema, **desenvolvimento** da resolução e **seleção** da alternativa. As rotinas que apoiam esse modelo são: **controle**, com a delimitação do espaço decisório e planejamento do processo; **comunicação**, com o gerenciamento das informações e, a **política**, importante nos processos de decisões de nível estratégico. Nesse modelo processual, desenvolvido inicialmente por Mintzberg, Raisinghani e Théorêt, em 1976, o ciclo de tomada de decisão é determinado por interrupções e repetições quando os objetivos que se quer alcançar são claros, porém os métodos e técnicas para atingi-los são incertos (LOUSADA; VALENTIM, 2011).

O modelo anárquico, desenvolvido por Cohen, March e Olsen, em 1972, por não ter uma sistematização na tomada de decisão, é denominado modelo 'lata de lixo'. Os problemas e soluções não são claros e a decisão acontece quando eles coincidem. As decisões são realizadas depois de se pensar um determinado tempo sobre o problema de forma inadvertida, ou seja, sem muita reflexão a respeito ou por fuga, quando não há resolução do problema (CHOO, 2003, p. 297).

No modelo político, os atores envolvidos possuem graus variáveis de influência sobre o problema. Assim, a escolha da alternativa não é marcada por mecanismos racionais de decisão, mas pela capacidade de influência dos atores. Esse sistema, desenvolvido por Allison em 1971, tem como foco os atores envolvidos, a posição ocupada por eles e as pressões que influenciam esse processo. Nesse modelo, os objetivos pessoais estão acima dos organizacionais muitas vezes em detrimento desses, prevalecendo a vontade do que tem poder de decisão. As organizações públicas são exemplos deste tipo de modelo decisório, por serem ambientes profundamente influenciados pela política, nesse contexto é

valorizado o poder de negociação na tomada de decisão (LOUSADA; VALENTIM, 2011).

2.2.3 Negociação

O conflito definido como “discordâncias internas, resultantes de diferenças quanto às ideias, valores ou sentimentos entre pessoas ou grupo”, pode ter poder destrutivo ou não, dependendo de como é conduzida a sua resolução. Por muitos anos, a existência de conflitos foi negada nas organizações e considerada como incompetência da gestão o seu aparecimento. Atualmente o reconhecimento de sua existência e sua abordagem para resolução é evidência de saúde organizacional. No contexto hospitalar espera-se que o enfermeiro saiba administrar positivamente os conflitos durante os processos de negociação (KURCGANT, 2005, p. 40; CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

A evidência de que os conflitos estão sendo trabalhados de forma destrutiva pelo gestor pode ser sentida no clima organizacional de desmotivação, falta de cooperação das equipes e aversão à negociação, que tem como consequência negativa a baixa qualidade das tomadas de decisões pela dificuldade de manter-se, durante a resolução do problema uma visão ampla da situação que se quer solucionar. Positivamente, porém, se eles forem entendidos como uma possibilidade de trabalhar as diferenças e diversidades de opiniões, pode-se obter como resultado o amadurecimento na equipe, que aprende a focar nos fatos e a compartilhar a liderança (SALES; LIMA; FARIAS, 2007)

A negociação é um processo que busca, por meio de instrumentos, encontrar soluções para situações conflituosas entre diferentes atores, colocando-os em posição de igualdade. Pode-se utilizar estratégias para o enfrentamento dos conflitos como: a acomodação, tratando o conflito com indiferença, ignorando sua existência; dominação, imposição de uma solução por uma das partes; barganha, concessão em alguns pontos considerados menos importantes; ou solução integrativa das partes (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

Para tanto, algumas habilidades são necessárias ao negociador, como ser proativo, capaz de lidar com situações de sentimentos de perda e acusações que surgem nos enfrentamentos, saber transpor barreiras de diferentes opiniões sobre o mesmo assunto, dentre outras. Sugere-se que o processo de negociação inicie com

o exame da situação, sabendo que o controle do resultado da negociação está relacionado ao detentor dos recursos econômicos e técnicos, e do domínio do tempo investido para negociar, de forma que o negociador não precise ceder a acordos inconvenientes ou não interessantes para ele devido à pressão (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

2.2.4 Liderança

O enfermeiro, ao formar-se, assume automaticamente a liderança da equipe de trabalho, tarefa difícil para muitos, dada a falta de preparo e imaturidade de alguns profissionais; essa competência pode ser um instrumento para esse profissional que precisa ter uma metodologia de trabalho inovadora, saber agir com flexibilidade, compreender os objetivos e metas da organização, ter habilidade para negociar, gerenciar conflitos, e compreender as relações de poder no ambiente de trabalho (BALSANELLI; MONTANHA, 2011).

Essencial em todos os tipos de organizações, a liderança é o processo de conduzir pessoas para o alcance de objetivos comuns, composta por vários fatores como: as características individuais do líder, os subordinados envolvidos e a situação-problema. Na interação desses fatores o líder reduz as inseguranças de seus liderados, ao conduzir para tomadas de decisões assertivas e ser referência para eles na indicação do melhor caminho a seguir (CHIAVENATO, 2011).

O direcionamento de uma equipe, de forma harmoniosa, por vezes composta de pessoas com diferentes perfis, na realização de atividades comuns, dentro de uma instituição de saúde exige do enfermeiro o domínio desse instrumento. A habilidade para liderar, de acordo com Ramos, Freitas e Silva (2011) advém das características pessoais, relacionais e comportamentais, construídas a partir das vivências e experiências práticas aliadas ao embasamento teórico. Segundo os autores citados, esses momentos de aprendizagem devem ser oportunizados ainda na formação inicial do profissional.

A forma como o líder direciona o indivíduo ou grupo para a realização de uma atividade evidencia o seu estilo de liderança, citada por Chiavenato (2007, p.308) como: “liderança autocrática, democrática e liberal”. Esses tipos de liderança irão definir o relacionamento entre os indivíduos do grupo e deles com o líder, o

resultado do trabalho em qualidade-tempo, o comprometimento da equipe e responsabilidade com a atividade a ser desenvolvida.

Dentre os modelos de liderança, tem-se a situacional, proposto por Hersey e Blanchard, em 1986. Esse modelo contribui para a atuação do enfermeiro gerente por ter como premissa a inexistência de um único estilo de liderança. No ambiente hospitalar, o enfermeiro como parte integrante da equipe multidisciplinar e tendo sob sua responsabilidade profissionais com diferentes formações e qualificações, pode utilizar essa estrutura teórica dependendo da situação vivenciada, das ações que precisam ser realizadas e do perfil dos liderados. O enfermeiro pode, portanto, a partir da identificação do nível de maturidade comportamental do liderado, adotar seu estilo de liderança que varia entre delegar, compartilhar as tarefas, persuadir ou determinar como ela será realizada (GALVÃO *et al.*, 1997).

Outro estilo de liderança que vem se destacando devido às mudanças no mundo do trabalho, é a liderança dialógica. A partir do referencial freireano, esse estilo de liderança é baseado no diálogo e tem como característica fundamental a valorização dos indivíduos. O diálogo representa “o encontro entre os homens para problematizar situações com o intuito de modificar a realidade”. Nesse contexto é importante que o enfermeiro reconheça na equipe seu potencial individual e proporcione espaço para o desenvolvimento dessas potencialidades, que tem contribuído para o rompimento das relações de mando com consequente empoderamento dos liderados (AMESTOY *et al.*, 2010, p. 845).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

A pesquisa é de abordagem qualitativa, na modalidade pesquisa-ação. Esta modalidade pressupõe a intervenção participativa na realidade social (TOBAR; YALOUR, 2001). Considerada por Thiollent (2009) como uma pesquisa com base empírica, foi escolhida deliberadamente por ser uma proposta de pesquisa aberta, com características de diagnóstico e de consultoria, usada especialmente diante de situações insatisfatórias e complexas com o objetivo de clareá-las e encaminhar possíveis ações para sua resolução.

A pesquisa-ação prevê a participação das pessoas relacionadas com a situação-problema e nesse processo, espera-se que haja o envolvimento necessário por parte do enfermeiro. Outro participante nesse processo é o próprio pesquisador que, inserido no contexto, assume seu papel ativo na realidade observada. Os objetivos dessa modalidade de pesquisa são claros por permitirem conhecer, identificar as causas dos problemas e propor ações práticas para resolvê-los, além de facilitar a formulação ou construção de teorias/conhecimento sobre as questões levantadas (THIOLLENT, 2007, 2009).

Nessa proposta metodológica, o presente é privilegiado, característica que permite direcionar as ações para o momento que os sujeitos estão vivenciando, levando-os a analisarem a situação vigente e planejarem ações com vistas a solucionar as dificuldades encontradas (THIOLLENT, 2009).

Para a escolha da pesquisa-ação, considerou-se que a Enfermagem, ao participar de discussões a respeito do processo de trabalho, mudanças ou implementação de serviços, por vezes incorpora às ideias seus valores, apropriando-se das ações e conferindo a elas consistência e legitimidade.

O planejamento da pesquisa-ação é flexível e dinâmico; a ordem de suas fases é indefinida e essas podem acontecer, inclusive, simultaneamente, já que não possuem características de linearidade. As seguintes fases são abordadas: exploratória, tema da pesquisa, colocação do problema, lugar da teoria, hipóteses, seminários, campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal e informal, plano de ação e divulgação externa (THIOLLENT, 2007, 2009).

Na **fase exploratória**, ocorre o diagnóstico situacional, momento de identificação da situação e problemas, na qual pesquisador e participante definem os objetivos da pesquisa, capacidades e tipos de ação que se quer focar. Nessa fase as relações entre pesquisador e atores da situação precisam ser definidas, os objetivos e metodologia da pesquisa precisam estar claros; é necessário também haver um entendimento mínimo sobre a efetiva realização da pesquisa, suas ações e limites cabíveis a serem alcançados no contexto (THIOLLENT, 2007, 2009).

Essa fase é marcada pela necessidade de identificar as informações que sejam relevantes para a construção do projeto, elaboração dos objetivos e a maneira como os participantes irão atuar é realizado um diagnóstico situacional e levantadas as possíveis soluções; nesse momento o pesquisador não deve ter ideias pré-concebidas sobre os problemas (THIOLLENT, 2007, 2009).

Sem suposições a respeito das formas de resolver os problemas, a pergunta norteadora da pesquisa “como desenvolver um plano de ação para o uso de instrumentos de apoio às atividades gerenciais dos enfermeiros de um hospital público por meio de um processo participativo”? Foi utilizada para desencadear o processo de investigação. Nessa etapa, os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário semiestruturado com objetivo de identificar os instrumentos gerenciais que utilizam no desempenho das atividades gerenciais relacionadas às várias dimensões de seu processo de trabalho, e as dificuldades e facilidades encontradas para realização dessas atividades.

Thiollent (2009) sugere que os pesquisadores e os atores envolvidos na questão problema criem um quadro conceitual com os principais temas identificados. Assim, optou-se pelo uso do Quadro Lógico (QL), técnica utilizada para planejar e acompanhar o desenvolvimento das ações durante os seminários; as características desse quadro serão descritas neste capítulo. A segunda fase descrita por Thiollent (2007) é a do **tema da pesquisa** ou área de conhecimento que precisa ser abordada. Inicialmente, para nortear a discussão do grupo foram apresentados temas relacionados ao processo de trabalho do enfermeiro, e acrescentado os que foram elencados como limitadores para a prática. Para finalidade desta pesquisa incluíram-se assuntos relacionados a instrumentos gerenciais e atividades gerenciais.

Os participantes foram convidados para se reunirem e discutirem os problemas nos seminários. Esse momento é definido como **fase de colocação dos**

problemas, os problemas foram organizados para facilitar a caracterização de sua natureza e inculcar sentido aos temas escolhidos (THIOLLENT, 2007, 2009).

Para a operacionalização dessa fase, os seminários foram organizados de forma a proporcionar a reflexão e discussão dos temas e problemas levantados. Nesse momento, também ocorreu a articulação “de uma problemática com um quadro de referência teórica” fase denominada **lugar da teoria**, por meio do QL. Houve a instrumentalização do grupo, na **fase de aprendizagem**, com o aprofundamento das discussões dos itens do QL e a inter-relação dos problemas identificados com o referencial teórico levantado. A **fase do saber formal e informal** se estabeleceu pela interação do saber científico com o popular (THIOLLENT, 2007).

O processo de investigação da situação-problema teve seguimento nos seminários com as discussões mais prolongadas. De forma detalhada, os temas e problemas foram foco de atenção e algumas hipóteses foram levantadas. Na **fase de hipóteses**, foi utilizado pela pesquisadora novamente o QL para considerar as possíveis soluções (THIOLLENT, 2007).

Os **seminários** compreenderam o momento do levantamento dos problemas, análise das possíveis soluções e identificação das ações interventoras necessárias. Esse foi um espaço de interação importante para o grupo que pôde reunir-se e discutir o papel dos instrumentos na gestão das unidades sob sua responsabilidade. A **fase campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa** consistiu na delimitação do local de realização da pesquisa, que foi realizada em um hospital público do Paraná. Na **fase coleta de dados**, os dados necessários para subsidiar a compreensão e resolução do problema foram explorados ao máximo. A coleta de dados compreendeu o período de maio a junho de 2012, com a aplicação dos questionários semiestruturados e a realização dos seminários, detalhadamente descritos (QUADRO 6) (THIOLLENT, 2007).

A **fase Plano de Ação**, constituída pelo objeto de análise, tomada de decisões e avaliação para resolução dos problemas identificados e delineamento das metas para alcançá-los; nessa fase foi elaborado um Plano de Ação para utilização dos instrumentos gerenciais pelos enfermeiros. O encaminhamento de propostas é um passo importante para pesquisa-ação, considerada mais efetiva, se

for gerada no grupo após os debates entre os participantes nos diferentes níveis hierárquicos (THIOLLENT, 2007, 2009).

A experiência da autora deste estudo mostra que o envolvimento do grupo no processo de transformações de práticas pode favorecer o alcance dos objetivos comuns já que todos somam forças para solucionar problemas e se sentem (co) participantes do processo. Nesse momento, observou-se que efetivamente houve reconhecimento pelo grupo dos instrumentos gerenciais e sua importância para o desempenho das atividades.

A **divulgação externa** foi à última fase e consistiu na apresentação dos resultados, possibilitou que os interessados e sujeitos da pesquisa tivessem um *feedback* de todo o processo (THIOLLENT, 2007). Ao final, foi realizado um relatório geral, dos seminários e das discussões, encaminhado aos responsáveis pela autorização da realização do estudo.

3.2 A ELABORAÇÃO DO QUADRO LÓGICO (QL)

A Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional – USAID (*United States Agency for International Development*) desenvolveu uma metodologia de trabalho com o objetivo de garantir o planejamento eficaz por meio de consultores, gerenciamento e avaliação de seus projetos de cooperação internacional. O resultado foi o Quadro Lógico (QL), inicialmente denominado *Logical Framework Approach*-LFA (Enfoque Quadro Lógico), foi fundamentado nos métodos do *Management by Objectives*-MBO (Gerenciamento por Objetivos). O LFA foi sucessivamente atualizado e adaptado para uso da Agência Alemã de Cooperação Técnica, resultando no método ZOOP (*Zielorientierte Projektplanung*)-Planejamento de Projetos Orientados para Objetivos (PFEIFFER, 2005).

A partir de 1990, o QL passou a ser utilizado amplamente nas organizações internacionais, sendo conhecido como ZOPP. A marcante diferença do ZOPP em relação ao LFA é a utilização do instrumento de forma participativa, basicamente pelo entendimento de quanto maior a participação, maior o envolvimento e a responsabilização, e por sua vez, o comprometimento com o projeto. O compromisso firmado resulta em maior garantia do alcance dos objetivos, pela organização responsável pelo projeto, e conseqüentemente benefício para os consumidores finais dos bens e serviços produzidos (PFEIFFER, 2005).

Os elementos constituintes do QL são aqueles fundamentais para a estrutura de um projeto, apresentados resumidamente de forma lógica e sistematizada. O QL é uma matriz com quatro colunas. A primeira coluna apresenta a **Lógica da intervenção** e os objetivos. Os **objetivos superiores**, com o verbo no presente, representam o impacto que se quer produzir com o desenvolvimento do projeto e está relacionado à missão da instituição organizadora do projeto. Os **objetivos do projeto** devem contribuir para o alcance dos objetivos superiores, e visam a esclarecer a necessidade da intervenção (PFEIFFER, 2005). A estrutura do QL (QUADRO 1), pode ser conferida a seguir.

Estrutura do Quadro Lógico			
Lógica da Intervenção	Indicadores objetivamente comprováveis	Fontes de comprovação	Suposições importantes
Objetivo Superior (<i>impacto</i>)	<i>Indicadores de efeito</i>	<i>Fontes de comprovação dos efeitos indiretos</i>	<i>Fatores que podem interferir no alcance do objetivo do projeto</i>
Objetivo do projeto (<i>efeito</i>)		<i>Fontes de comprovação dos efeitos diretos</i>	
Resultados (<i>curto e médio prazo</i>)	<i>Indicadores de desempenho</i>	<i>Fontes de comprovação do desempenho</i>	
Atividades Principais			

QUADRO 1- ESTRUTURA DO QUADRO LÓGICO
 FONTE: Adaptado de PFEIFFER (2005)

As **atividades principais se referem** às ações que devem ser realizadas pelo gerenciador do projeto para o alcance de cada **resultado**, bens e serviços produzidos. Os **indicadores objetivamente comprováveis**, parte da segunda coluna, mensuram a quantidade e qualidade dos resultados produzidos pelo projeto. Os Objetivos do Projeto e os Objetivos Superiores possuem indicadores de efeito, por expressarem o que se espera produzir. As **fontes de comprovação**, na terceira coluna, mensuram os indicadores por meio de fontes confiáveis para que haja validação do indicador. Na quarta coluna, têm-se as **suposições importantes**, tratam de situações ou fatos no âmbito político, micro ou macroeconômico que podem interferir positiva ou negativamente para o alcance dos objetivos (PFEIFFER, 2000).

Portanto essa técnica tem como propósito examinar se o projeto está estruturado adequadamente, acompanhar metodologicamente seu desenvolvimento e avaliá-lo de forma clara e simples (PFEIFFER, 2005). Embora tenha sido utilizado nas Ciências Sociais Aplicadas, o QL é passível de ser usado na saúde, como apoio para desenvolvimento de projetos que contribuam com a solidificação do SUS (MEDEIROS, 2011).

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no HI, hospital público infantil, criado para garantir atendimento especializado, de média e alta complexidade, em neonatologia e pediatria clínica e cirúrgica; ele integra a rede de atenção à saúde do SUS e tem como característica suprir a necessidade de atendimento especializado para essa clientela. O Estado do Paraná celebrou um convênio com a Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro/Hospital Pequeno Príncipe, por meio da Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde, visando à implantação e desenvolvimento conjunto para a operacionalização das atividades de atenção à Saúde (HI, 2009)¹.

Possui 146 leitos hospitalares distribuídos em dois ambulatórios, sete unidades de internações e um centro cirúrgico. Conta com 13 especialidades médicas e uma equipe multidisciplinar composta de fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos. A média anual de atendimento é de aproximadamente 1.667 internações, 5.858 atendimentos ambulatoriais, 737 cirurgias (HI, 2009)¹.

O HI possui 534 funcionários, destes 258 fazem parte da equipe de enfermagem, sendo 194 (75%) técnicos de enfermagem e 64 (25%) enfermeiros, representando 48% do total de funcionários do hospital. A Enfermagem é representada pela Seção de Serviço de Enfermagem (SCSEN), responsável pela normatização do processo de trabalho da equipe, subordinada à direção técnica foi recentemente realocada na estrutura organizacional respondendo por suas ações diretamente à direção geral, por determinação da Secretaria do Estado do Paraná (HI, 2009)¹.

O Serviço de Enfermagem do HI possui um chefe de enfermagem, um coordenador de áreas, seis coordenadores setoriais: Ambulatório/Centro de

Diagnóstico e Imagem e Pronto Socorro; Unidades de Internação I, II e III; Unidade de Cuidados Intermediários; Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal; Unidade de Cuidado Intensivo Pediátrico e Centro Cirúrgico/Central de Material Esterilizado. Integram também o SCSEN/HI dois enfermeiros supervisores, os quais, com uma equipe de enfermeiros, são responsáveis pelo HI no período noturno e final de semana. Os gestores de área são responsáveis pelo Serviço de Recursos Materiais, Serviço de Qualidade Hospitalar, Ambulatórios, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Auditoria e Núcleo de Estudo, Ensino e Pesquisa em Saúde. Cada gestor responde pela gerência das unidades citadas, tanto em relação à assistência quanto aos recursos humanos, materiais ou o que for necessário para viabilizar o trabalho, tendo autonomia de decisão segundo a nova filosofia e objetivos da organização (HI, 2009)¹.

3.4 POPULAÇÃO E SUJEITOS DA PESQUISA

A população deste estudo são 12 enfermeiros gestores, que foram selecionados por meio de amostra intencional seguindo os critérios: ser enfermeiro, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, com atuação no gerenciamento de unidades funcionais ou setoriais do HI, que aceitassem participar, voluntariamente, da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2).

3.4.1 Critérios de Inclusão

Ser enfermeiro servidor público do quadro da Secretaria de Saúde do Paraná, responsável pelo gerenciamento das unidades de internação ou de áreas administrativas do HI há mais de seis meses.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os indivíduos que não se enquadraram nos critérios citados no item 3.4.1, e que não desejassem participar da pesquisa ou que estivessem afastados de suas atividades por motivo de férias ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

3.5 COLETA DE DADOS

Fase 1

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado (APÊNDICE 1). O questionário foi elaborado de forma a contribuir para o alcance de dois primeiros objetivos da pesquisa: identificar as atividades gerenciais realizadas pelos enfermeiros nas várias dimensões do seu trabalho; e apreender os instrumentos utilizados e os relevantes para o desenvolvimento das atividades gerenciais dos enfermeiros.

Foi utilizada uma vinheta (APÊNDICE 1) em uma das questões com objetivo de esclarecer o conceito de instrumentos gerenciais, para diminuir as possibilidades de abstrações errôneas pelos sujeitos da pesquisa, e apreender quais instrumentos gerenciais foram apontados como auxiliares no desenvolvimento das atividades que eles desempenham. As vinhetas, de acordo com Galante *et al.* (2003), descrevem resumidamente uma realidade ou situação. Sendo mensagens curtas e simples são utilizadas com o fim de esclarecimento.

Os questionários foram entregues no primeiro momento em que formam convidados a participar do estudo, e respondidos individualmente, após assinatura do TCLE pelos sujeitos.

Os dados foram organizados e serviram para compor um quadro conceitual inicial, no formato de Quadro Lógico (QL). Os resultados foram apresentados aos sujeitos no início da Fase 2 da coleta de dados, com objetivo de confirmar a relevância de seu conteúdo e para o acréscimo de outras informações sugeridas e aprovadas pelo grupo.

Fase 2

A segunda fase se desenvolveu ao longo de oito seminários, em que consideraram as características da pesquisa, seus objetivos e o problema alvo da investigação. Esta técnica favoreceu o estudo e reflexão coletiva do problema que é parte do cotidiano dos sujeitos da pesquisa.

No primeiro seminário, houve apresentação e discussão de parte do QL extraído da Fase 1, e foi definida a programação dos demais seminários: horário de

início e término, duração, compromisso de assiduidade e dinâmica das reuniões. Nessa oportunidade foi esclarecido a respeito da confiabilidade, sigilo das informações e identidade dos componentes do grupo, os objetivos e a metodologia utilizada na pesquisa.

O número de sessões estava relacionado aos objetivos da pesquisa: apreensão dos instrumentos de apoio ao desenvolvimento das atividades gerenciais e elaboração de uma proposta para a utilização desses instrumentos. Inicialmente foi acordado que seriam em média de 4 a 6 encontros, porém por solicitação do grupo o número de seminários foi estendido para oito, para que eles pudessem ter oportunidade de explorar melhor o problema.

Os encontros foram gravados com autorização dos sujeitos e posteriormente transcritos. Para preservação do anonimato, os sujeitos da pesquisa foram identificados por códigos, cada um representado por nome de flor. Ao término de cada sessão foi realizada uma síntese dos assuntos discutidos com o objetivo de preservar a qualidade das informações e em forma de relatório, reapresentado ao grupo no início de cada seminário. Quanto à duração de cada seminário, estimava-se, inicialmente ser de uma hora, porém a média de duração foi de 1 hora e 30 minutos.

Fase 3

Foi sugerido, pela pesquisadora, para a reunião com os enfermeiros sujeitos da pesquisa, o aprofundamento dos seguintes temas: conceito e características de gerenciamento, instrumentos gerenciais. Nesse momento de construção de conhecimento foram utilizados materiais de apoio (artigos, textos) com o objetivo de provocar nos participantes o interesse sobre o assunto e a formação de conceitos para subsidiar as discussões. Como consequência, houve aumento do conhecimento sobre o assunto e o nível de esclarecimento a respeito da situação aumentou (THIOLLENT, 2009).

A partir da reunião, os participantes foram convidados a elaborar o Plano de Ação, para operacionalização das ações levantadas nos seminários.

Fase 4

Nesta fase foram enviadas cópias do plano para os sujeitos da pesquisa, e chefia do serviço de enfermagem, para avaliar e aprovar o Plano de Ação elaborado.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática que, conforme Bardin (2010, p. 44), é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esta técnica de análise teve por finalidade, a partir das falas dos sujeitos, realizar deduções extraindo delas os núcleos de sentidos ou significações, classificando-as em categorias. Este método, empírico, foi dividido em fases cronologicamente organizadas: pré-análise, exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2010).

A pré-análise consistiu na organização das ideias para sistematização da análise do material. Essa fase representa, para Bardin (2010), o período de intuições, quando ocorre a formulação das hipóteses e dos objetivos que se quer alcançar, a escolha dos documentos bem como a elaboração dos indicadores para fundamentar a interpretação final.

O conjunto de documentos analisados constituiu o *corpus* dos dados, representado pelas falas dos sujeitos. Foi transcrita de modo literal, e submetida a um processo de análise que primariamente recebeu uma leitura flutuante do material até a ocorrência da incorporação paulatina do conteúdo (BARDIN, 2010).

Os dados brutos foram sistematicamente transformados e agregados em unidades representativas do conteúdo, procedimento denominado por Bardin (2010), de codificação. Desse modo, no processo de tratamento dos dados ocorreu a classificação dos mesmos em categorias que reuniu os elementos do texto (unidade de registro), recebendo um título comum a todos. A frequência de aparecimento dos temas extraídos definiu as unidades analisadas ou seu núcleo de sentido. As

categorias encontradas nesta pesquisa foram: “Situação atual da tomada de decisão”, “Construção coletiva do processo decisório”, “O momento de negociação”, “O negociador que se tem”, “O negociador que se quer”, “A liderança atual”, “Aproximações com estilos de liderança”, “Instrumentos para o exercício da liderança”, descritas no capítulo de resultados.

Depois de definidas essas categorias, na fase de tratamento dos dados, foram realizadas inferências e interpretações dos dados obtidos sustentadas na literatura referente à pesquisa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/86, do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este estudo foi apresentado como projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, e aprovado em 11 de outubro de 2011 sob o registro nº CAAE 0116.0.091.429-11.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta as informações provenientes da coleta de dados do cenário da pesquisa. Preliminarmente, são expostas a caracterização dos sujeitos; as atividades gerenciais inerentes às várias dimensões do processo de trabalho gerencial; os instrumentos gerenciais elencados como necessários para o trabalho; as facilidades e dificuldades para gestão, resultados do questionário semiestruturado aplicado e a organização dos seminários. A seguir, estão dispostas as categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo dos seminários, referentes aos instrumentos gerenciais. Apresentam-se, também neste capítulo, os seguintes quadros lógicos: de Instrumentos Gerenciais Gerais, de Tomada de Decisão, de Negociação e de Liderança e a figura esquemática do Processo decisório.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Sem o objetivo de discutir os dados numéricos, por não ser esta a intenção deste estudo, apresentam-se as características dos sujeitos do estudo. Dos 12 convidados a participar da pesquisa, dois se recusaram e um estava de férias no momento da coleta de dados. Portanto, nove responderam ao questionário e participaram dos seminários. Todos atendiam aos critérios de inclusão e assinaram o TCLE.

A faixa etária dos sujeitos foi de 25 a 40 anos, o tempo de atuação maior foi de quatorze anos e o menor de 2 anos, a média de tempo de serviços na função e experiência anterior na gestão não foram calculadas por falta deste resultado.

Ressalta-se, porém, que o tempo de experiência em atividade gerencial variou entre 1 e 3 anos. Apresenta-se a seguir (QUADRO 2), as características dos sujeitos da pesquisa.

Enfermeiro	Idade	Tempo de formação (anos/meses)	Tempo de atuação (ano/mês)	Tempo de serviço na função gerente (ano/mês)	Experiência anterior na gestão (ano/mês)
A	25	3	não informado	não informado	não tem
B	26	3	2	1 ano 6 meses	não tem

continua

continuação

C	26	3 anos 3 meses	2 anos 7 meses	1 ano 4 meses	Nenhuma
D	27	4	4	2	não informado
E	28	5	3	1 ano 2 meses	1 ano 3 meses
F	28	3	não informado	não informado	Sim, não informado tempo
G	38	3	2 anos 10 meses	1 ano 2 meses	1
H	33	9	9	3	2
I	40	14	14	3	1

QUADRO 2: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO IDADE, TEMPO DE FORMAÇÃO, TEMPO DE ATUAÇÃO, TEMPO DE SERVIÇO NA FUNÇÃO GERENTE E TEMPO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR NA GESTÃO.

FONTE: A autora (2012)

4.2 RESULTADOS DAS FASES 1 e 2

Fase 1

Nesta fase foram aplicados questionários com questões semiestruturadas com o objetivo de ampliar o conhecimento da situação problema: identificação das atividades gerenciais dos enfermeiros e a apreensão dos instrumentos gerenciais utilizados no desempenho das atividades. As respostas foram organizadas e apresentadas na forma de um esboço de QL, utilizado também para planejar a Fase 2 da coleta de dados.

Apresentam-se a seguir (QUADRO 3), as atividades realizadas pelos gestores nas dimensões do processo de trabalho-assistência, gerência, ensino, pesquisa e política. Ressalta-se que os sujeitos foram orientados pela pesquisadora a responder livremente, com uma ou mais respostas a cada item (QUADRO 3; QUADRO 4).

Dimensões	Atividades
Assistência	Acolhimento do paciente Administração de atividades que permeiam a prática de enfermagem Assistência aos pacientes na realização de exames, no trans e pós operatório imediato Atenção à saúde Comunicação Confecção de POP's Coordenação e supervisão dos procedimentos de enfermagem em geral Coordenação/supervisão das escalas de atividades/ Elaboração de escala funcional Coordenação/supervisão de treinamentos

continua

continuação

	<p>Dimensionamento de pessoal para a escala de atividade diária</p> <p>Educação continuada</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Liderança</p> <p>Na assistência integral ao paciente e na equipe de trabalho</p> <p>Não executo</p> <p>Planejamento/Planejamento da assistência</p> <p>Prescrição de enfermagem e de cuidados de enfermagem no pós operatório imediato</p> <p>Punção venosa</p> <p>Passagem de sondas enterais, vesicais; curativos simples, complexos, centrais</p> <p>Resolução de conflitos</p> <p>Solicitação de materiais, almoxarifado geral e farmácia</p> <p>Supervisão da assistência /Supervisão da equipe de enfermagem</p> <p>Tomada de decisões</p>
Gerência	<p>Acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas ou em andamento</p> <p>Administração de conflitos internos e externos</p> <p>Atentar para tudo que envolve o setor externa e internamente</p> <p>Avaliação/avaliação de indicadores</p> <p>Canal de comunicação entre plantões</p> <p>Confecção de escalas de trabalho e férias</p> <p>Definição de rotinas para os setores</p> <p>Dimensionamento de escala de trabalho/Dimensionamento de pessoal</p> <p>Educação continuada</p> <p>Execução de dados para faturamento e SIDES (indicadores)</p> <p>Fechamento de escalas de folga</p> <p>Gerencia de contratos e faturamentos de serviços prestados no setor</p> <p>Gerencia do processo de trabalho no setor (multidisciplinar)</p> <p>Gerenciamento de agendas ambulatoriais</p> <p>Gerenciamento de contrato de equipamentos</p> <p>Gerenciamento de recursos humanos</p> <p>Gestão de fluxo e POP's</p> <p>Gestão de pessoas</p> <p>Integrar, padronizar o cuidado com os pacientes</p> <p>Interface com outros setores e unidades e fornecedores externos</p> <p>Liberação de exames de alto custo</p> <p>Liderança</p> <p>Organização de serviços</p> <p>Parecer sobre assuntos de enfermagem</p> <p>Participação em reuniões</p> <p>Planejamento, organização, controle</p> <p>Realização de escalas de atividades no setor</p> <p>Resolução/Negociação de conflitos</p> <p>Sinalização das manutenções necessárias para o setor</p> <p>Solicitação de compras de materiais médico-hospitalar e almoxarifado</p> <p>Solicitação de materiais médico-hospitalar e almoxarifado</p> <p>Solicitação e parecer de materiais e equipamentos</p>

continua

continuação

	Solucionar conflitos entre equipes
Ensino	<ul style="list-style-type: none"> Busca de conhecimento Comunicação Coordenação/Supervisão de treinamentos Educação continuada e pesquisa Educação dos pacientes/acompanhantes Educação em serviço Elaboração dos instrutivos Elucidação dos exames ao paciente e familiar Gestão da educação continuada setorial Negociação Orientação de rotinas Participação em grupos para aperfeiçoamento SAE, curativo, cateter, prontuários Participação em treinamentos e capacitações Planejamento Treinamentos dos POP's Treinamentos setoriais
Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação Investigação das melhoras práticas Orientação de projetos de pesquisa Participar das pesquisas respondendo-as Planejamento Plano de ação
Política	<ul style="list-style-type: none"> Ajustar as demandas técnicas com as necessidades políticas Atendimento de assessores políticos Avaliar a qualidade da assistência segura para os pacientes e colaboradores Busca de representatividade política Contato com as regionais de saúde na divulgação do serviço prestado Interface com órgãos públicos externos Interface com políticos no sentido de divulgação do hospital Negociações Participação no comitê gestor Planejamento na elaboração de normativas institucionais Relacionamento com outros serviços, conselhos de classe e outros órgãos Ser ator de várias políticas hoje impostas para classe Solicitações políticas

QUADRO 3-AS ATIVIDADES GERENCIAIS NAS DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO GESTOR SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.

FONTE: A autora (2012)

O resultado dos instrumentos gerenciais apontados pelo sujeitos da pesquisa como necessários para apoiar as atividades gerenciais, são mostrados a seguir (QUADRO 4).

INSTRUMENTO DE APOIO GERENCIAL (N=9)	n	(%)
Planejamento	8	88%
Dimensionamento de pessoal	7	77%
Liderança	6	66%
Comunicação		
Supervisão	5	55%
Negociação		
Tomada de decisão		
Avaliação de desempenho	4	44%
Sistema de informação		
Educação continuada		
Gerenciamento de risco		
Avaliação	3	33%
Gerenciamento de materiais		
Acreditação	2	22%
Qualidade		
Autonomia		
Gerenciamento de custos		
Gerenciamento de tempo		
Auditoria	1	11%
Recrutamento e Seleção		
Gerenciamento de processos		
Organização		
Fluxos/Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)		

QUADRO 4-INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS NECESSÁRIOS À GESTÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA
 FONTE: A autora (2012)

Após apresentação dos instrumentos gerenciais gerais, os sujeitos da pesquisa decidiram por focar e aprofundar as discussões dos instrumentos -Tomada de Decisão, Negociação e Liderança. O grupo justificou esta escolha por considerar que estes instrumentos eram os necessários ao momento em que estavam vivenciando.

As facilidades e dificuldades para a gestão são apontadas pelos sujeitos (QUADRO 5), conforme pode-se observar a seguir.

Facilidades para a gestão
Flexibilidade de horário
Comunicação com a equipe
Setor informatizado
Preparo pessoal e da equipe
Possibilidades de consultoria externa
Autonomia parcial
Comprometimento de alguns servidores
Disponibilidade e materiais para execução dos processos
Bom relacionamento com os colegas

continua

continuação

Dificuldades para a gestão
Falta de comprometimento de alguns servidores
Falta de resolutividade nos processos
Interfaces com setores administrativos
Dificuldade de se fazer e concretizar o fechamento de fluxos
Planejamento alinhado ao planejamento da instituição
Ausência de consenso entre os diretores
Imaturidade na resolução de conflitos
Impossibilidade para avaliar os funcionários
Falta de autonomia
Déficit na educação continuada setorial
Inflexibilidade da chefia
Imposição de resoluções
Alta taxa de absenteísmo
Falta de <i>feed-back</i> aos gestores e reconhecimento pelo trabalho
Sistema informatizado limitado
A não aplicação de instrumentos gerenciais pelos enfermeiros assistenciais
Nível de formação profissional muito baixo do enfermeiro e despreparo técnico e comportamental

QUADRO 5: FACILIDADES E DIFICULDADES PARA A GESTÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

FONTE: A autora (2012)

Fase 2

Os seminários foram utilizados para fomentar e ampliar o conhecimento sobre as atividades realizadas pelos gestores e os instrumentos gerenciais que eles utilizam para a gestão; bem como, para o estabelecimento de um Plano de Ação coletivo para favorecer a aplicação destes instrumentos na prática. Esses seminários foram organizados da seguinte forma (QUADRO 6):

Seminário	Duração (hora/minuto)	Atividade realizada
1	1 hora 30 minutos	Pactuação com o grupo sobre o funcionamento dos seminários (duração, início, dias, roteiro); apresentação dos resultados do questionário semiestruturado; definição dos instrumentos a serem elaborados
2	1 hora 45 minutos	Apresentação e construção com o grupo do QL instrumentos gerenciais; discussão sobre Tomada de decisão; resumo e validação das informações do seminário anterior
3	1 hora 15 minutos	Discussão e delineamento do processo decisório

continua

continuação

4	2 horas	Apresentação e validação da figura esquemática do processo decisório ; resumo das discussões sobre tomada de decisão e processo decisório; discussão sobre Negociação
5	2 horas	Elaboração do instrumento Negociação
6	2 horas	Resumo do seminário anterior, validação das informações; discussão do instrumento Liderança
7	2 horas	Elaboração do instrumento Liderança
8	2 horas	Elaboração e validação do Plano de Ação
TOTAL	14horas 30 minutos	

QUADRO 6: ORGANIZAÇÃO DOS SEMINÁRIOS REALIZADOS NA FASE 2 DA PESQUISA-AÇÃO
 FONTE: A autora (2012)

4.3 CATEGORIAS EMPÍRICAS

Neste subcapítulo são apresentadas as categorias empíricas e as subcategorias dos instrumentos gerenciais. Essas categorias surgiram das unidades de registro extraídas das falas dos sujeitos relacionadas aos instrumentos gerenciais: Tomada de decisão (QUADRO 7), Negociação (QUADRO 8) e Liderança (QUADRO 9).

4.3.1 A Tomada de decisão no cenário da pesquisa

Com base na análise de conteúdo dos discursos dos enfermeiros gestores, o instrumento de apoio gerencial **tomada de decisão**, deu origem a duas categorias, *Situação atual de tomada de decisão* e *Construção coletiva do processo decisório* e às subcategorias *Despreparo para decidir*, *Credibilidade na tomada de decisão*, *Autonomia decisória* e *Espaços deliberativos*, *Delineamento do processo de tomada de decisão* e *Instrumentos de apoio ao processo decisório* (QUADRO 7).

Categorias empíricas	Subcategorias empíricas
Situação atual de tomada de decisão	Despreparo para decidir
	Credibilidade na tomada de decisão
	Autonomia decisória e espaços deliberativos
Construção coletiva do processo decisório	Delineamento do processo de tomada de decisão
	Instrumentos de apoio ao processo decisório

QUADRO 7: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS DA TOMADA DE DECISÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA
 FONTE: A autora (2012)

CATEGORIA 1: SITUAÇÃO ATUAL DE TOMADA DE DECISÃO

A categoria, denominada *Situação atual de tomada de decisão* apareceu em resposta ao questionamento sobre como os problemas são resolvidos no dia a dia de trabalho do enfermeiro. Os sujeitos relataram que não há um processo sistematizado de tomada de decisão:

[...] o processo de tomada de decisão, eu acabo fazendo algumas coisas não da forma estruturada sistemática, mas acabo trabalhando instintivamente [...] eu tento analisar, ver o que tenho de dados, pensar em qual é o resultado que eu quero alcançar com aquela decisão, mas acabo fazendo de uma forma, como que eu vou dizer, muito intuitiva, muito amadora (Violeta).

[...] a decisão é abortada num momento muito próximo de se concluir [...] um exemplo: de fazer uma mudança na alteração física, em uma situação decidimos isso, foi decidido e logo depois abortado, atrapalha todo um planejamento de longo prazo (Cravo).

[...] todos os processos que estão sendo abortados hoje estão sendo abortados em cima da linha porque no começo não foi tomada a decisão com todos os atores envolvidos (Lírio).

Despreparo para decidir

O *Despreparo para decidir*, surgiu como subcategoria e, em sua consequência, as decisões são pouco resolutivas em seus aspectos institucionais, como exemplificam as seguintes falas:

Nós não temos um planejamento e eu não consigo visualizar aonde a gente vai chegar, [...] você vem para o seu dia a dia de trabalho sem saber exatamente o que você precisa fazer para atingir a sua meta daqui três meses, para reavaliar, a gente [...] tomar decisões sob pressão e quando eu tomo decisões sob pressão eu não consigo avaliar tudo que eu considero importante para que minha decisão fosse resolutiva (Violeta).

Daí, um mês depois tem que discutir de novo (Tulipa).

A demanda vem naquele dia, tem que sair dali a decisão hoje, então você vem para reunião e é colocado, e em uma hora você tem que decidir [...] você não conseguiu analisar todos os fatores, daí é lógico que quando [...] entra no dia a dia não funciona (Violeta).

A formação do profissional, a imaturidade para enfrentar as situações de conflito e as decisões tomadas sob pressão são características que evidenciam o despreparo nas dimensões particular e individual da realidade da tomada de decisão, de acordo com alguns depoimentos:

A gente aprende na graduação sobre instrumentos gerenciais, como tomar decisão, mas chega no dia a dia você está sob pressão [...] eu tento fazer, tem horas que eu não consigo [...] e que você acaba não analisando todos os fatores (Violeta).

[...] eu tenho pensado muito em como trabalhar [...] porque hoje eu em algumas situações acho que a gente tem imaturidade para tomar decisões, para sentar e resolver o que tem que ser resolvido, a gente ainda acaba confundindo as coisas [...] falta maturidade para que possamos entrar aqui, fechar aquela porta, discutir e [...] tomar a melhor decisão que vai de encontro aos objetivos e que a gente saia bem (Violeta).

[...] a gente peca um pouco pela falta de maturidade, pela falta de experiência de querer aceitar de que muitas vezes se erra (Tulipa).

[...] todos quando entraram no hospital, todos não, mas eu acho que 70% dos funcionários são muitos novos ou recém-formados ou tem pouquíssima experiência na área hospitalar (Lírio).

[...] na nossa formação profissional nós somos preparados para fazer gerenciamento da assistência, gestão da assistência e aqui na instituição [...] a gente aprende a ser responsável por gestão do setor [...] a gestão da equipe e o gerenciamento da equipe de enfermagem (Violeta).

[...] somos formados para fazer gestão de assistência não gestão administrativa (Lírio).

[...] a colega lírio colocou que adquiriu de forma árdua na sua vivência, que teve que aprender sozinha (Violeta).

A maioria das decisões que a gente toma hoje no hospital são feitas sob pressão (Lírio).

Mal nos é dado tempo para analisar a causa e a consequência e daí você toma a decisão [...] porque às vezes tratar a causa demora um pouquinho mais de tempo para você pensar numa estratégia, do que abafar a consequência (Violeta).

Credibilidade da tomada de decisão

A falta de *Credibilidade da tomada de decisão* é um dos resultados negativos advindos da tomada de decisão de forma inadequada, conseqüentemente não resolutiva, como apontam os enfermeiros:

Daí um mês depois tem que voltar de novo (Tulipa).

Se eu tivesse tempo de analisar aquela informação eu não teria retrabalho teria sido mais eficiente (Violeta).

[...] eu tenho que tomar em cima da hora sem poder conseguir analisar todos os fatores, sem poder discutir com os demais envolvidos sobre aquela decisão e eu percebo no dia a dia principalmente na área que eu atuo que a gente perde credibilidade (Violeta).

A gente acaba tendo algumas decisões, mas eu não tenho autonomia para dizer se vai acontecer ou não, acaba sendo uma sugestão do que poderia ter sido feito que nem sempre é acatada ou, se é acatada com alterações, aí a decisão sai como sendo a decisão do serviço, mas não foi exatamente o que a gente colocou, ela teve um desvio no meio do caminho e aí não funciona o resultado não era o esperado e a gente perde a credibilidade isso frustra no dia a dia de trabalho (Violeta).

Autonomia e Espaços deliberativos

A subcategoria *Autonomia e Espaços deliberativos* foi composta pelas afirmativas dos enfermeiros que caracterizaram a autonomia profissional, apresentada nos vários níveis de participação do enfermeiro nas decisões. De acordo com seus relatos:

Autonomia, para buscar a solução para uma determinada decisão, eu trato autonomia na decisão das minhas ações aqui dentro do hospital. Assim, eu decido como as coisas têm que acontecer, mas eu não tenho autonomia para bater o martelo (Lírio).

A gestão deste hospital trata autonomia dos gestores como processo decisório (Lírio).

Para mim isso não é autonomia isso é processo decisório (Tulipa).

Eu acho que a gente sai daquela visão, a gente vê uma resistência muito grande [...] de acatar as nossas sugestões (Tulipa).

A gente acaba tendo algumas decisões, mas eu não tenho autonomia para dizer se vai acontecer ou não, acaba sendo uma sugestão do que poderia ter sido feito que nem sempre é acatada ou, se é acatada com alterações, aí a decisão sai como sendo a decisão do serviço (Violeta).

A autonomia quem tem é a direção e ainda assim com alguns limites porque até eles para tomar algumas decisões dependem de decisões superiores, do governo (Lírio).

Eu não tenho autonomia para tomar uma decisão, aqui no hospital nós temos um comitê gestor e a grande maioria das decisões são levadas para este comitê gestor e assim se norteia uma resposta para a situação, hoje eu não tenho autonomia para decidir alguma coisa sozinha (Tulipa).

Destacam-se as seguintes falas que mostram a ilegitimidade das normativas para apoio nas decisões.

[...] eu observo que às vezes, muitos dos POPs que nós temos precisam da validação e da legitimação, então eu acho que nós podemos ter todos os POPs, todos os processos mapeados, tudo, mas enquanto a gente não tiver legitimação disso, não vai adiantar a gente vai continuar sem poder contar com ele como uma ferramenta de tomada de decisão (Violeta).

Esta questão da validação é muito importante [...] com o servidor [...] o POP vai para o setor, a própria equipe tem que se apropriar dele [...]. Mas também tem equipe que recebe o POP, que é treinada, mas continua com o mesmo processo anterior (Cravo).

[...] a partir do momento que você fez (POP) foi aprovado tem que ser legitimado, no sentido de que não é uma opção minha fazer ou não fazer, aquele foi o padrão definido e você vai ter segurança para tomar uma decisão encima daquele POP o que às vezes eu faço [...] eu não me amparo no POP para tomar decisão porque já teve situações de que você se ampara no POP, no padrão, e dizem não, faça assim (Violeta).

Ainda na subcategoria *Autonomia*, as instabilidades nas escolhas surgem da falta de sustentação técnica. Os diálogos a seguir apresentam a síntese dessa ideia:

[...] o que eu percebo às vezes, é que o gestor perde a força [...] as decisões ficam sendo tomadas somente aqui na frente da direção, aí quando chega aqui, percebe-se por parte da direção a fragilidade entre os gestores, que a gente não consegue amarrar as informações (Lírio).

[...] porque hoje você define uma coisa e aí definem outra e teu processo muda tudo [...] infelizmente o gestor vai ter que ter a flexibilidade e, hoje ir para linha A e amanhã ir para linha B, porque é assim que funciona mesmo (Girassol).

[...] a decisão é abortada num momento muito próximo de se concluir [...] um exemplo de fazer uma mudança na alteração física, em uma situação decidimos isso, foi decidido e já abortado, atrapalha todo um planejamento de longo prazo (Cravo).

Sobre os espaços deliberativos institucionais em que se privilegia a tomada de decisão, destaca-se o comitê gestor, como único espaço utilizado para este fim. Os enfermeiros gestores são membros fixos desse espaço onde as decisões têm características de construção coletiva, segundo o discurso dos sujeitos:

Nas reuniões que eu participei, eu observei que às vezes a demanda vem naquele dia e tem que sair dali a decisão [...] aí você vem para reunião e é colocado em uma hora você tem que decidir [...] você não conseguiu amadurecer você não conseguiu analisar todos os fatores daí é lógico no dia a dia não funciona[...] eu me pergunto: Hoje o Comitê gestor é efetivo? Hoje ele está como um local para tomada de decisões, mas maioria das vezes a gente joga o problema para cima sacode [...] e daí a gente não entra em acordo e alguém diz o que tem que ser feito e a gente não discorda. Você vai discordar de quem é o seu diretor? Você não vai bater de frente, não vai, você está na fragilidade ali (Violeta).

Em momento nenhum foi passado para gente, nós temos um único momento para decisões, nós não buscamos outros (Lírio).

O grupo fez uma avaliação do comitê gestor no que se refere à sua composição. Sugeriu-se sua reestruturação, considerando a necessidade de representatividade de alguns setores não participantes. Esta sugestão fica evidente na fala do sujeito:

A forma de como está organizada o Comitê Gestor hoje vai ter um impacto muito significativo no nosso processo de tomada de decisão. Esse é um ambiente de espaço deliberativo, eu acho que talvez nosso grupo possa [...] contribuir para o Comitê Gestor [...] é uma sugestão [...] para que ganhássemos em qualidade e resolutividade nas reuniões. A gente tem setores, áreas que não são representadas [...] Serviço de Qualidade, Controle de Infecção sinto falta do Serviço de Qualidade, sinto falta do Treinamento (Violeta).

CATEGORIA 2: CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PROCESSO DECISÓRIO

A categoria *Construção coletiva do processo decisório*, reuniu as subcategorias *Delineamento do processo de tomada de decisão*, e *Instrumentos de apoio ao processo decisório*.

Delineamento do processo de tomada de decisão

As discussões para o delineamento do processo decisório iniciaram com a apresentação do modelo desenvolvido por Marquis e Huston (1999). Este modelo apresenta quatro etapas no processo decisório, sendo a primeira a identificação do problema, seguida pela criação das alternativas, a escolha da alternativa, e por fim, a implementação da solução. Os sujeitos reagiram à apresentação do modelo da seguinte forma:

Eu nunca tinha colocado assim um ciclo de resoluções, um processo, eu nunca tinha desenhado esse processo, mas olhando ali eu consigo fazer cumprir essas etapas em várias situações (Lírio).

Hoje a gente começa na primeira e vai direto para a última, a gente pula as etapas, é o que acontece, a gente só faz a identificação do problema e aí tem que implantar a solução e muitas vezes nem avalia o resultado (Tulipa).

Nesse momento, o grupo foi provocado a refletir sobre o desenvolvimento de um processo que desse sustentação à tomada de decisão e, para a operacionalização desta proposta, foi questionado qual seria o primeiro passo. Em resposta à indagação, obteve-se a seguinte fala:

[...] as etapas de tomada de decisão, nos levam a tomada de decisões mais conscientes, resolutivas [...] se nós conseguíssemos nos organizar, conscientizar a instituição de que o processo de tomada de decisão aqui vai ser desta forma porque é mais efetivo e resolutivo, que é uma forma adequada, madura de se tomar decisões, eu acho que seria excelente (Violeta).

Os enfermeiros gestores consideraram que na estruturação do processo decisório a primeira etapa seria conhecer a situação-problema em todas as suas facetas. Eles disseram:

[...] primeiro passo [...] é o tipo, a amplitude do problema. Qual é o problema? (Lírio).

[...] o nível da tomada de decisão [...] níveis estratégico, tático e operacional [...] a decisão tem que envolver três níveis decisórios (Violeta).

[...] primeiro definir qual é o problema que nós vamos trabalhar aí sim o gestor consegue ser conduzido para tomar uma decisão [...] se ele entender este problema (Girassol).

Em seguida, levantou-se o questionamento de quais seriam os atores envolvidos na tomada de decisão. Para a definição dos atores o grupo apontou alguns critérios, como o conhecimento técnico dos participantes e o processo ser trabalhado de forma a favorecer a participação dos profissionais relacionados ao problema.

[...] perceber quem são os atores (Lírio).

[...] hoje a gente tem um problema, chama para reunião para discutir, você acaba chamando os envolvidos [...] porque hoje nós temos decisões que chamam os

envolvidos, mas um ou outro envolvido nem sempre é lembrado que ele está envolvido no processo (Violeta).

[...] se você não colocar as pessoas que conhecem do processo participando, você não vai ter qualidade no trabalho, este é o primeiro ponto (Girassol).

[...] eu acho que participação é um dos critérios, mas eu acho que talvez não possa ser o único (Violeta).

[...] foi falado de quais alternativas existentes que nós teríamos e se atende às obrigações legais e nós falamos das portarias porque elas regem todo o hospital seja por um os mais critérios [...] os envolvidos vão buscar esta legislação [...] o conhecimento (Girassol).

[...] primeiro vir o problema e os critérios para depois vir os atores [...] propor para aumentar 50 % dos leitos como critério preciso colocar essa, essa, e essa pessoa, destas áreas em discussão [...] que seriam estes atores (Cravo).

Nesse momento os enfermeiros gestores ressaltaram a necessidade da criação de outro espaço deliberativo, denominado por eles como Colegiado Interno. Surgiu também a necessidade de o colegiado ter membros fixos e o desejo de serem legitimadas as decisões tomadas pelo grupo, conforme está destacado a seguir:

[...] o colegiado interno [...] eu acho muito interessante essa instância, vamos chamar assim esse espaço de participação de colegiado interno já vi em outras instituições isso funcionando de uma forma mais estruturada (Violeta).

[...] ali seriam verificadas as questões antes de chegar até o comitê gestor (Orquídea).

[...] a gente pode definir o colegiado interno com pessoas fixas, duas ou três (Lótus).

[...] do momento que você tem um problema uma demanda de uma tomada de decisão aquele núcleo fixo vai pegar o problema e vai olhar qual a interface que tem [...] nesta situação que precisam ser chamadas para essa discussão (Violeta).

[...] você tem que ter num momento de discussão inicial a participação da direção [...] porque senão, depois a gente acaba construindo um processo que não tem credibilidade [...] mas é difícil um diretor estar presente nas reuniões, mas [...] estar a par das discussões, talvez um relatório (Cravo).

[...] se tem uma situação que vai envolver uma questão assistencial [...] acho que tem que ter o gerente de enfermagem participando. Acho que uma outra pessoa tem que ser alguém da parte administrativa também fixo (Cravo).

Em termos de decisão pensando assim na função eu acho que dentro do organograma do hospital a gente tem a Seção Técnica Assistencial [...] pensando

em alguém que vai poder startar o processo e fazer o link com a direção técnica (Violeta).

[...] outra coisa que eu queria colocar aqui é a questão do respeito das decisões que foram tomadas, uma vez que o colegiado discutiu tem que ser aprovado. Se não for aprovado tem que discutir tem que ser repensado [...] essa decisão precisa ser respeitada (Cravo).

Eu acho que nós somos atores com condições de decidir, eu concordo com o colega cravo, a gente tem que ter legitimado (Violeta).

A estrutura do processo decisório foi desenhada durante o segundo seminário. A necessidade de se pensar em várias alternativas para a resolução de problemas emergiu na manifestação a seguir:

[...] nós precisamos cada vez mais maturidade, nos desarmar para discutir as alternativas, quais as melhores alternativas para o nosso contexto (Violeta).

Outra questão relacionada ao processo decisório foi a avaliação, que surgiu como atividade necessária a ser desenvolvida após a implementação do Plano de Ação para a resolução de problemas. Foi considerada pelos sujeitos como fundamental para garantir o alcance dos objetivos pelas decisões tomadas. O incentivo à corresponsabilização pelo envolvimento de membros do comitê gestor na implantação e avaliação do Plano de Ação também foi sugerido como parte desta etapa, como afirmam as falas a seguir:

E em relação à outra questão de acompanhamento da execução do plano de ação [...] a gente precisa de supervisão, de acompanhamento [...] vivencio uma dificuldade de acompanhar e supervisionar algo que já foi iniciado e até reavaliar (Violeta).

[...] penso que neste contexto, concordo com a colega, tem que ter alguém [...] para quando a situação não estiver desenrolando a contento [...] para poder fazer uma cobrança [...] saber por que o projeto está atrasado [...] (Cravo).

Em relação a quem acompanharia? Como nós temos atores envolvidos que podem ser do comitê gestor ou não [...] tem que amarrar alguém do comitê gestor, tem que ter corresponsabilidade então [...] o representante do comitê gestor, uma ou duas pessoas, serão responsáveis por acompanhar a execução (Violeta).

[...] membros do comitê gestor e do colegiado [...] (Cravo).

Instrumentos de apoio ao processo decisório

Na subcategoria *Instrumentos de apoio ao processo decisório*, os enfermeiros gestores afirmaram que no processo decisório, os instrumentos mais mobilizados são a mediação de conflitos e a negociação. Esse instrumento teria seu foco de ação na etapa do processo decisório em que os atores discutem as melhores alternativas e analisam as possíveis soluções para o problema com aqueles que farão parte do processo de implantação do Plano de Ação.

Os outros instrumentos que emergiram nesta discussão foram: administração do tempo, autonomia e planejamento. O trecho seguinte ilustra esta ideia discutida no grupo:

[...] concordo com o local onde estão os instrumentos no esquema gráfico apresentado. Acho que mediação de conflitos e negociação acontecem principalmente entre atores envolvidos e as alternativas existentes. É nesse momento que temos isso muito forte [...] precisamos de cada vez mais maturidade, nos desarmar para discutir as alternativas, quais as melhores alternativas para o nosso contexto (Violeta).

[...] mediar conflito porque nem todo mundo é compreensivo, a grande maioria das pessoas não compreende (Lírio).

Administração do tempo e autonomia. [...] a gente tem um tempo limitado. Então se nós temos um dia para resolver, nós temos que administrar isso em um dia para poder fazer todo esse ciclo (do processo decisório). (Violeta)

[...] administração de tempo, mediação de conflitos e negociação. Na prática, hoje eles são indispensáveis na tomada decisão, primeiro porque na minha prática eu tenho curto prazo para entregar documentos, descrições, abertura e fechamento de licitação, responder impugnação de licitação [...] (Lírio).

Eu trabalho muito com prazo e nem sempre consigo administrar bem este tempo que eu tenho (Lírio).

Planejamento é uma das questões primordiais. Mas a gente ainda tem dificuldade de fazer planejamento, principalmente trabalhar com cronograma (Violeta).

[...] por mais que você tenha uma decisão empírica acho que nesse empirismo você acaba usando de alguma forma um planejamento. Nem que seja sistemático interno, através de experiência, de uma vivência prévia. Você coloca isso de alguma forma (Cravo).

Na finalização do delineamento do processo decisório, apresentou-se ao grupo uma proposta de modelo do processo decisório que considerou as etapas e

características expressas pelos sujeitos durante as discussões, sob forma esquemática (FIGURA 1). Depois, o modelo foi discutido pelos sujeitos e validado no último seminário. O modelo de processo decisório construído, segundo o grupo, corresponde às necessidades de seu contexto de trabalho e poderá embasar tomada de decisão de qualidade.

Após esta etapa, foi reapresentada ao grupo a versão final do QL realizado coletivamente para planejar as discussões sobre a tomada de decisão. O QL havia sido construído ao longo dos seminários e validado pelo grupo.

4.3.2 O processo de Negociação no hospital de estudo

A **negociação** foi o segundo instrumento gerencial a ser elaborado nos seminários. Da análise de conteúdo dos discursos dos sujeitos relacionados a esse instrumento emergiram as categorias *O momento de negociação*, *O negociador que se tem* e as subcategorias *O perfil do negociador* e *as Dificuldades para negociar* e, *O negociador que se quer* (QUADRO 8).

Categorias empíricas	Subcategorias empíricas
O momento de negociação	-----
O negociador que se tem	O perfil do negociador Dificuldades para negociar
O negociador que se quer	-----

QUADRO 8: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS DA NEGOCIAÇÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA
FONTE: A autora (2012)

CATEGORIA 1: O MOMENTO DE NEGOCIAÇÃO

Esta categoria apresenta algumas características relacionadas ao momento em que a negociação acontece geralmente essa situação considerada como uma constante no cotidiano de trabalho dos enfermeiros antecede a tomada de decisão.

Nesta categoria, percebe-se no discurso dos sujeitos que as estratégias utilizadas para negociar variam de acordo com o perfil do negociador influenciando o momento de negociação que é marcado por mecanismos de controle advindos do histórico da profissão ou como consequência da falta de clareza do modelo de gestão adotado, segundo a fala dos sujeitos:

Não são momentos de negociação são de imposições (Girassol).

[...] acabamos tendo uma demanda uma proposta que é trazida, mas muitas vezes ela já vem pronta [...] ela vem como uma proposta aberta à negociação, mas que não existe este processo em muitas das situações [...] a instância de negociação é na direção, e isso vai vir de uma forma já definida, é assim toda instituição [...] tem momentos até numa instituição que tem gerência participativa, tem momentos que são democráticos e outros que não são (Violeta).

[...] a nossa direção, eu consigo perceber em vários momentos eles (direção) fazendo negociação interna [...] por isso nos é passado meio como uma maneira imposta [...] eles negociam entre eles e nos transmitem isso já definido, a negociação ocorre num nível superior. O nosso negociador hoje negocia para controlar os incêndios, para organizar a folga para atender a reivindicação (Lírio).

O gestor tem que ter um momento para negociar [...] mas eu como gestora tenho que saber a hora de impor a minha vontade [...] se negociando e tentando convencer do melhor e dando o direito de discutir não é suficiente [...] se não está funcionando acho que o gestor tem que saber os limites da negociação (Lírio).

O perfil do negociador e do negociante interfere no momento de negociação. Observa-se nesses momentos a indisposição para ouvir e aprofundar as discussões antes de se chegar a um consenso; falta de preparo prévio com elaboração de propostas para a negociação; e de estratégias utilizadas para negociar, situação que põem em risco o alcance de objetivos institucionais já que não há um direcionamento claro do que é negociável.

[...] muitas das negociações, muitas vezes não acontecem porque não há um momento para se discutir [...] às vezes, se a gente resolver o problema de uma forma coerente, de uma forma adulta já no início, muito das discussões que vão se perpetuando estariam resolvidas já num primeiro ou segundo momento (Cravo).

[...] a imaturidade de quem está gerenciando também [...] porque eu tenho uma afinidade melhor com você, então eu vou aceitar sua proposta, não vê o lado da instituição, o que seria melhor para o funcionamento do processo [...] (Lótus).

[...] a gente não tem um ouvir as partes, a gente até ouve a parte, mas ela não traz propostas, a gente não analisa melhor a proposta [...] os nossos desafios hoje são saber quais colegas vão fazer essa uma autoavaliação de como é a sua prática. [...] se ela não fizer uma análise dificilmente ela vai achar que precisa ouvir [...] não está de mente e coração aberto para receber o que ali está sendo proposto. Você ouve uma parte a outra parte não fala nada. Você pergunta qual é a sua sugestão? Só se reclama. Isso desgasta muito para o negociador (Violeta).

A forma como os conflitos são abordados trazem consequências negativas para os trabalhadores afetando também o clima organizacional, como pode ser observado nos discursos a seguir.

[...] existem duas vertentes que dizem que motivação é intrínseca e outras que nós podemos motivar, eu não trabalho com nenhuma das duas eu trabalho com a não desmotivação [...] (Lírio).

Da forma como estamos a nossa resolução de conflitos, alguns deles tomam proporções que às vezes não tem nada a ver [...] vira aquele caos, o disque me disque, indisposições, etc (Violeta).

[...] queremos uma solução só de pano-quente, vamos abafar agora. Não analisamos a fundo para ter uma resolução definitiva, então infelizmente sofremos efeitos negativos (Violeta).

A responsabilidade pela falta de habilidade do enfermeiro para utilizar instrumentos para gestão é dos líderes institucionais, de acordo com um dos sujeitos da pesquisa. Entretanto existe o questionamento se há disposição por parte dos gestores para o aprendizado.

[...] está faltando apoio, a nossa instituição não está instrumentalizando esse gestor [...] o gestor não sabe ele, não entende muito quem ele é, que gestor ele deve ser, então basicamente é instrumentalizar esse gestor. Começar do básico o que é ser gestor. Você quer mesmo ser gestor? Você está feliz nessa função? Acho que às vezes ele não quer [...] este gestor acaba não querendo voltar atrás da sua decisão porque profissionalmente e até a questão do ego é muito difícil você assumir uma limitação, ele não quer. O enfermeiro, por si só adora resolver problemas, e ele vai tendo criatividade para resolver, foi treinado para isso. O que basicamente está faltando são instrumentos mesmo instrumentos gerenciais, instrumentos de apoio técnico (Girassol).

[...] nós temos um aporte para gestão que é nossa escola [...] e a gente consegue ter um termômetro da busca desses cursos [...] eles (direção) deixam claro que o gestor que tiver interesse em especialização a instituição está disposta a investir [...]. Será se hoje eu oferecesse aqui dentro da instituição um curso um treinamento os nossos gestores estariam abertos a receber isso? (Lírio).

De acordo com sujeitos da pesquisa é no momento de negociação que instrumentos gerenciais são mobilizados. Em resposta ao questionamento de quais instrumentos gerenciais são esses instrumentos utilizados no processo de negociação os enfermeiros responderam ser liderança, comunicação, tomada de decisão, conhecimento e supervisão, segundo suas falas:

Acho que é liderança positiva, comunicação porque o negociador que não sabe se comunicar ele põe tudo a perder, tomada de decisão, o negociador precisa deste instrumento muito bem definido [...] um processo de negociação para chegar no final, uma conclusão, um acordo com respaldado de portarias e legislações [...] preciso estar fundamentado, então o enfermeiro precisa ter conhecimento (Vitória Régia).

[...] você vai precisar da comunicação [...] você vai ter que ter liderança para conduzir como aquilo vai ser feito e, você vai ter que gerar registro, que seja por ata, como que foi alterado no processo e validado. Eu vejo a comunicação e a liderança como instrumentos gerais (Violeta).

[...] a comunicação em primeiro lugar [...] a liderança e a tomada de decisão (Lírio).

[...] supervisão no nosso dia a dia nós temos momentos [...] de negociação que nós temos o que eu vou chamar de quebra de contrato [...] assim nós iniciamos algo e por 'n' fatores algumas das partes não cumpre o que é dito (Violeta).

CATEGORIA 2 : O NEGOCIADOR QUE SE TEM

A categoria *O negociador que se tem* agrupou as subcategorias *O perfil do negociador que se tem* e as *Dificuldades para negociar*.

Perfil do negociador que se tem

Nesta subcategoria, o grupo aponta as necessidades de os enfermeiros saberem claramente qual o seu papel enquanto negociadores. A falta de representatividade neste papel fica evidente nos discursos dos sujeitos ao identificarem na instituição mediadores e não negociadores. Não havendo clareza por todos os gestores de enfermagem sobre seu papel, eles não se vêm ocupando essa posição e nem se sentem responsáveis por esta atribuição. Esse quadro é motivo de preocupação, conforme expressam os sujeitos da pesquisa:

[...] como profissionais, falta primeiro aos gestores saber qual é o seu papel. Saber para que eu estou aqui? Eu vim para isso? O resto flui (Vitória Régia).

O perfil [...] do negociador do HI eu acho que está em processo de formatação, ele não existe, este perfil de negociação, ainda na minha visão. Se esse gestor ou gerente que está comandando o grupo, os líderes, não tem essa base, este perfil, como que ele vai cobrar? Com quais ferramentas ele vai trabalhar com o seu grupo? (Girassol).

[...] se estou na função de gestor é saber se realmente eu quero ser, primeiro se eu sei o que é então qual é o meu papel, o que vai ser solicitado, o que eu preciso o que eu vou ter que fazer e, se eu quero fazer isso, qual pode ser o meu melhor preparo. Mas se eu quero ser, então eu tenho que estar disposto. Eu observo o seguinte, algumas pessoas em alguns momentos aqui na instituição [...] acabam atuando como mediadores, mediando algumas discussões, mas não como negociadores (Violeta).

Você tem dois interesses contrários, o mediador vai ter que chegar num meio termo em relação a isso, no sentido de tentar ver o que é melhor para a instituição (Cravo).

O gestor tem demais gestores sobre sua responsabilidade, se ele não tem esse perfil como é que ele vai dar o apoio que ele precisa? (Violeta).

Dificuldades na prática da negociação

Nesta subcategoria os sujeitos apontaram algumas dificuldades para a prática da negociação. Existe a expectativa de que suas decisões sejam sustentadas, pelos líderes institucionais, e que a posição hierárquica que ocupam seja respeitada no momento da negociação. Esta ideia pode ser observada nas falas a seguir:

Pode-se escutar, mas não decidir uma negociação, não renegociar (Cravo).

[...] em relação às instâncias de negociação [...] nós temos que ter uma legitimação porque se nós temos gestores que tem que resolver aquele conflito então eu tenho que legitimar. Lógico eu vou observar se ele está fazendo adequadamente. Se temos uma situação de conflito e ela diz 100 % eu não consigo atender [...] ela é a pessoa que é referencial para dizer isso. Se eu for a uma instância maior ela tem, ela teria que dizer você conversou com seu gestor? O que ele falou? Então eu devo confiar[...]e não devo acolher aquilo que vai gerar outro conflito (Violeta).

Se a pessoa chega ao nível de gerência para conversar e se fala que por A, B ou C, não é possível, ela vai a um nível superior e lá é possível, desestrutura toda a logística, a próxima solicitação que tiver a próxima situação complicada que tiver, pulam-se instâncias [...] vai direto para quem me deu a resposta que eu queria (Cravo).

A necessidade de compreender o que envolve o processo de negociação é identificada pelo grupo, que questiona sua autonomia e a falta de clareza dos limites para agir. Revelam a dificuldade que o enfrentamento de situações de conflito ocasiona ao expressar a vontade de que decisões sejam engessadas, ou seja, que os assuntos conflitantes tenham sustentação institucional para suas decisões.

Esse é o papel do gestor, se não está escrito, se ninguém me disse como eu tenho que fazer é porque eu tenho que decidir como resolver o problema. O que se quer muitas vezes é que alguém engesse [...] mas se processos a gente não consegue gerenciar eles (a direção) vão te dar o direito de negociar? Jamais, eles vão te impor se eles não te acham competentes o suficiente para te dar responsabilidades. O que está faltando é autoempoderamento [...] (Lírio).

Acho que o que falta para esses negociadores é o empoderamento, o autoempoderamento (Vitória Régia).

[...] quando não é engessado quando é dito você pode resolver não é muito confortável para mim [...] às vezes eu percebo a solicitação: onde está escrito?. A partir do momento que está engessado você pode dizer assim: está aqui, eu vou ter que fazer assim com você, eu só preciso dizer isso foi uma ordem. Eu vou ser bem sincera tem horas que convém a gente dizer, às vezes eu estou tão desgastada que convém dizer assim. Por outro lado você perde naquilo que era tua oportunidade de decidir (Violeta).

Outro aspecto relacionado às dificuldades para negociar é a imaturidade dos envolvidos no processo.

A gente acaba não conseguindo resolver pela questão da maturidade pessoal, profissional e da gestão. A gente tem muito a característica de virar pessoal, demora muito para a pessoa entender que a gente não está discutindo 'ela' a gente está discutindo processos (Violeta).

Volto a falar a questão da maturidade e muitas pessoas não estão dispostas a negociar, elas colocam seu ponto de vista e quer aquilo e pronto. Se você fala que dos 100% que ela pediu, e você consegue atender 50%, não está bom, ela quer 100% (Cravo).

[...] hoje o que eu observo que independe do tempo de formação tem colegas que são recém-formados que tem, uma cabeça e um comportamental muito bom, ele está disposto a melhorar, está disposto a aprender [...] se ele tem para mim uma posição construtiva. Nós também temos o acomodado que é aquele que está aqui para passar o tempo dele. Eu fiquei pensando como agir diante da imaturidade, até quando a gente fica esperando (Violeta).

As falas a seguir apresentam como os gestores e os funcionários lidam nas situações de conflito, demonstrando um comportamento de negação ou resistência utilizando como estratégia para seu enfrentamento o estilo *laissez-faire*, em que deixam que o conflito se resolva por si mesmo.

[...] o problema como se fosse uma bola de neve, vai se protelando, protelando, protelando [...] nesse conflito só é jogado pano quente e daqui a pouco ele está pegando fogo de novo (Lótus).

[...] percebo que muitos gestores não estão abertos a perceber o conflito, a situação, porque quando você leva a situação ele diz: não está acontecendo comigo, não acontece no meu setor. A resolução do conflito, juntando com a imaturidade, porque ele não quer resolver, porque ele não admite que exista conflito no seu setor, e vai tomando uma proporção que fica difícil de resolver (Lótus).

CATEGORIA 3: O NEGOCIADOR QUE SE QUER

O negociador que se quer pode ser identificado nas falas dos sujeitos como aquele que domina a técnica de negociação, mostra disposição para negociar e é bom ouvinte. O negociador que se quer é empático, trabalha o problema com bom senso e flexibilidade, características apontadas pelos sujeitos da pesquisa segundo suas falas a seguir:

Em relação ao perfil desejável do nosso negociador não teria [...] que ter esse pudor, cheio de dedos para falar com as pessoas, tem que ser alguém desprovido de juízo de valor. Acho que isso é impossível não tem como, mas pelo menos teria que ter maturidade para falar, disposição para sentar para conversar e negociar um conflito, habilidade para ser neutro (Violeta).

[...] retomando da parte da gerência de conflito, [...] se consegue melhor gerenciar o relacionamento quando se trabalha com pessoas humildes e flexíveis (Lótus).

Primeiro é ter uma adequada interpretação e compreensão dos interesses ou necessidades dos indivíduos envolvidos no problema. Deve valorizar fundamentalmente a audição, ser flexível, ser líder sabendo resolver os problemas sem gerar ansiedade e desconfortos, saber negociar (Girassol).

O processo de negociação tem muitas facetas, os diferentes tipos de negociações exigem que enfermeiros assumam posicionamentos ou estilos diferentes de negociação frente a diferentes situações. O conhecimento e a maturidade para se desarmar e negociar, compõem o perfil do negociador desejado. Esse perfil desejado aponta que os aspectos relacionais são mais valorizados que as competências gerenciais, conhecimento, habilidade e atitudes do gestor.

[...] a negociação é multifacetada então quem está na frente, eu vou colocar como conduzindo, deve atender a estas multifacetadas dentro de um momento de

negociação. Ser firme mas amistoso, ser franco e persuasivo, não usar o seu poder de coerção. É difícil, não é impossível, mas é trabalhoso você ter um perfil desses, sendo criativo compreendendo a necessidade do outro ouvindo o outro mas tendo a sua opinião. Maturidade vai ser uma necessidade para ele conseguir ser profissional (Violeta).

[...] ele em que ter conhecimento, não adianta ter só um perfil de liderança firme, amistoso, mas tem todo um cabedal que vem antes, para que ele possa exercer esse perfil de negociador (Girassol).

Tem que ter maturidade (Cravo).

4.3.3 O exercício da Liderança

O instrumento de apoio gerencial **liderança**, deu origem a três categorias (QUADRO 9), que emergiram da análise de conteúdo das falas dos sujeitos da pesquisa. *A liderança atual, Aproximação com estilos de liderança, Instrumentos para o exercício da Liderança.*

Categorias empíricas	Subcategorias empíricas
A liderança atual	-----
Aproximações com estilos de liderança	-----
Instrumentos para o exercício da Liderança	-----

QUADRO 9: CATEGORIAS EMPÍRICAS DA LIDERANÇA SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA
 FONTE: A autora (2012)

CATEGORIA 1: LIDERANÇA ATUAL

A categoria *Liderança atual* é caracterizada pelos sujeitos da pesquisa pela dificuldade do líder ser flexível e ter equilíbrio na condução da equipe. Destaca-se da fala dos sujeitos o exercício do autoritarismo, embora haja evidências do desejo de rompimento do estilo de liderança autoritário expressa na resposta que se espera do liderado diante do que é solicitado, como indicam as falas a seguir:

Tem que ter flexibilidade porque nós somos influenciados por políticas institucionais e políticas públicas e tem que saber ser flexível. Ser flexível não significa ceder a tudo, mas às vezes, para dar dois passos você recua um e depois da três para frente para chegar ao mesmo lugar. É poder se permitir e se adaptar aqueles graus de maturidade da equipe reconhecendo que você tem dentro da mesma equipe pessoas muito diferente (Violeta).

[...] a gente percebe uma dificuldade de achar um meio termo de não ser tão impositivo e não, digamos que, solto. Ter um equilíbrio na situação, onde a equipe

saiba seu papel, seus deveres, suas obrigações e cumpra adequadamente sem ter que seja usado medidas drásticas para que ele faça não por comprometimento profissional mas sim por medo de uma punição. Se a equipe trabalha de forma adequada não tem que ter um papel opressor no meu ponto de vista, às vezes você acaba tendo que usar esses rigores que se permite a situação para poder enquadrar um ou outro colaborador que não faz o que se espera que ele faça (Cravo).

Outro aspecto observado é a dificuldade de se estabelecerem relações interpessoais com o liderado, que parece não fazer parte do universo do cuidado, e com outros membros da equipe. A comunicação com o liderado, nesse aspecto segundo a fala dos sujeitos é ineficaz, não cumpre seu papel.

[...] o líder, principalmente em instituição pública deve ter a sua habilidade, a sua característica de ter esse talento de ter relacionamento interpessoal saudável e politizado. Comunicação tem, mas ainda existe alguns ruídos [...] quando um vai conversar com outro o outro já vai se armando levando aquilo como uma afronta. Saber ouvir é algo que ainda temos uma dificuldade muito grande dentro do nosso corpo gestor (Vitória Régia).

Falta uma comunicação e uma intercomunicação. Nós não temos essa comunicação do líder com seus liderados e isso dificulta todo o processo vivenciado no hospital hoje administrativamente e tecnicamente (Girassol).

[...] nós ainda temos dificuldade em saber ouvir, tanto do liderado, quanto de outros colegas que também são líderes (Violeta).

Os líderes atuais precisam reconhecer a necessidade de aprender a ser líder. Falta experiência na liderança, como explicitado a seguir:

Competência tem na fundamentação teórica [...] mas pouco na prática (Vitória Régia).

Conhecer, estudar para saber, buscar mais informações, experiência, capacitação (Lírio).

[...] a liderança é uma competência profissional isso é uma coisa que as pessoas precisam entender que são novos comportamentos e atitudes que isso pode ser aprendido, as pessoas não nascem com esse comportamento, pode ser feito sim um aprendizado para que esse líder chegue a ter esse comportamento de liderança. Um líder precisa estar inserido num processo mútuo de aprender e ensinar (Girassol).

[...] é uma reflexão diária e uma necessidade diária [...] quando você não é pró-ativo a necessidade te impõe algumas coisas você tem duas opções ou você aceita que tem uma limitação e está disposto aprender e buscar ou você ignora (Violeta).

Na percepção dos sujeitos da pesquisa, os líderes atuais precisam agregar alguns elementos necessários para a liderança:

O líder influencia o liderado, o liderado influencia o líder, e o líder influencia outros líderes, é uma teia. É saber ouvir o liderado e saber ouvir o grupo, os seus colegas que são líderes também, porque às vezes eles têm outro olhar e te ajuda em muitas coisas na atividade de liderança da sua equipe (Violeta).

[...] à medida que o líder vai se empenhando nas suas atividades, seu grupo vai amadurecendo, ele vai vendo se ele precisa ser mais diretivo. Mas a priori ele precisa saber exatamente qual é o seu papel (Girassol).

[...] quando é dada a função de gestor você tem que correr atrás de recursos, buscar saber como ser líder, buscar saber como ser gestor e o que isso engloba na sua vida e o que vai acrescentar para você enquanto pessoa (Lírio).

Algumas características foram elencadas como necessárias para compor o perfil da liderança atual, como se observa a seguir.

A resolatividade não é uma característica do líder, se ele é responsável no que lhe é cabível ele tem resolatividade, ela é consequência. Se ele entende o seu papel como líder ele vai ter resolatividade, porque ele tem que responder aquela demanda, ele tem que conduzir aquele processo, mas infelizmente nem sempre ele consegue ter o tempo de resposta, isso vai aquém do que muitas vezes seria necessário ou que a equipe espera dele, porque muitas situações extrapolam o tempo de decisão do líder (Violeta).

Bom humor é fundamental, ter bom humor não é levar as coisas na brincadeira, mas levar as coisas, mas de forma mas amena (Vitória Régia).

[...] tem que ter responsabilidade, visão ampla, saber trabalhar em equipe, não tem como dizer destes daqui quais são mais importantes, é realmente um conjunto, também é preciso ter resolatividade (Cravo).

O líder acima de tudo deve ter responsabilidade aliada ao seu conhecimento para que ele possa entender a repercussão da sua não ação. Porque ele é o responsável técnico legal como judicial e parece que isso ainda não está muito claro, essa responsabilidade civil hospitalar (Girassol).

Eu só acrescentaria senso crítico e responsabilidade, com o senso crítico você vai poder analisar as situações, nem todos os momentos dependem de uma intervenção do líder, o líder precisa ter senso crítico, ele precisa saber avaliar quando ele precisa interferir (Lírio).

CATEGORIA 2: APROXIMAÇÕES COM ESTILOS DE LIDERANÇA

Os enfermeiros gestores identificaram a necessidade de utilizar estilos de liderança para condução da equipe. Consideraram necessário saber analisar as situações e baseados no conhecimento dos diferentes estilos, escolheram a melhor abordagem para o contexto.

Hoje não conseguem nem reconhecer os momentos: agora eu tenho que impor, discutir, ou negociar. O que eu faço agora? Você percebe no líder a insegurança no movimento com os liderados (Lírio).

[...] a minha leitura para essa discussão é de que a situação se apresenta de um jeito para mim que para ser eficiente e, se estiver dentro do contexto eu vou ter que fazer uma análise e adotar determinado estilo de liderança (Violeta).

A partir momento que o gestor é coerente ele consegue ser flexível em varias situações da liderança situacional e a coerência requer que ele pare para pensar, fazer estratégia e depois agir (Vitória Régia).

[...] a gente vai de acordo com a situação naquele momento, existe um fato a ser resolvido, você acaba conhecendo com o tempo a grande maioria, não conhecendo a fundo, mas pelo menos superficialmente com certeza você tem uma idéia do estilo de cada pessoa (Cravo).

[...] não é a situação que te leva a resolver qual vai ser tua conduta de liderança é o teu conhecimento que te leva a decidir qual conduta precisa ser adotada, você absorve essa situação trabalha isso e dá uma resposta. É o seu conhecimento que responde e não a situação (Lírio).

A liderança situacional tem características que favorecem sua aplicação no contexto de trabalho. Segundo os sujeitos da pesquisa, a liderança situacional exige do líder o conhecimento profundo de toda sua equipe, segundo as falas a seguir:

[...] adotando um estilo de liderança situacional tenho que me adequar a cada momento, tenho que ser flexível no sentido de me adaptar, eu preciso olhar criticamente para minha equipe e ver qual é a atitude que eu vou ter porque posso dar mais autonomia para equipe e ela não corresponder e, depois eu digo para minha equipe que ela não deu conta [...] A liderança situacional é algo do nosso dia a dia que a gente precisa conhecer e aplicar (Violeta).

[...] não é fácil, tem momentos que você gostaria de ser diretivo e momentos que precisa ser diretivo, mas que você não pode ser. Mas a análise que eu faço no momento que você vai ser diretivo é porque inverteu. No momento que você precisava ser um pouco mais direto, acompanhar e supervisionar o liderado você dá toda autonomia e depois que vê que ele não dava conta, e freia com tudo, fez o caminho inverso (Violeta).

Outro estilo de liderança possível de ser adotado pelos enfermeiros gestores, de acordo com os sujeitos da pesquisa, é a liderança dialógica. Para esse estilo de liderança eles apontam algumas características necessárias ao enfermeiro gestor como líder, como a comunicação eficiente, e o entendimento que o líder tem sobre seu liderado.

Analisando a liderança dialógica no nosso contexto hoje. Nós estamos discutindo que a liderança dialógica necessita diálogo e implica num processo comunicacional eficiente, saindo de uma reunião onde falamos de comunicação onde temos problemas onde muitas vezes o gargalo é o gestor, por 'n' fatores não entremos no mérito do porquê o gargalo acaba sendo em muitos locais o gestor. É um desafio muito grande para nós (Violeta).

[...] liderança dialógica é igualdade e empoderamento, poder liderar dialogicamente com o meu servidor é negociar com ele em situação de igualdade (Vitória Régia).

Gosto de trabalhar com liderança dialógica, situacional e participativa, eu gosto muito dessas três visões dentro da minha equipe. Pratico, tenho buscado, tenho feito cursos externos para trabalhar principalmente na área de conflitos (Vitória Régia).

CATEGORIA 3: INSTRUMENTOS PARA O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA

Os instrumentos gerenciais gerais que sustentam o exercício da liderança foram apontados pelos sujeitos da pesquisa, como:

[...] se ele não usa a comunicação como um instrumento não funciona, porque primeiro ele não vai saber se colocar e não vai saber interpretar o que está sendo colocado, a comunicação é como as pessoas me entendem e como eu entendo as pessoas, isso é comunicação efetiva. A negociação de conflito é um instrumento que o líder precisa no seu dia a dia com os seus liderados, resolução de conflitos ele tem que saber e, negociação (Violeta).

[...] comunicação e a tomada de decisão, eu colocaria como dois principais instrumentos. Na liderança dialógica eu teria que ter maior poder de convencimento, digamos maior poder de negociação. O poder de negociação acaba tendo que ser maior porque eu vejo no outro um par, quando isso acontece eu tenho que ter um poder de negociação muito maior (Lírio).

A negociação de conflito é um instrumento que o líder precisa no seu dia a dia com os seus liderados [...] vão surgir alguns conflitos então resolução de conflitos ele tem que saber e, negociação (Violeta).

[...] eu acrescentaria o poder da negociação (Vitória Régia).

O treinamento, mas eu associo isso a parte do conhecimento. O líder deve estar aberto ao conhecimento estar disposto a aprender, isso é inerente ao profissionalismo. A educação continuada [...] não necessariamente como se fosse um treinamento oficial [...] educação continuada ela é diária quando você repassa para o seu liderado: olha é assim que tem que ser, olha a lei diz isso, o Ministério da Saúde preconiza [...] a educação continuada como instrumento tem um papel importante (Girassol).

Se eu busquei saber como, a tomada de decisão passa a ser quase que instantânea, eu consigo pensar rápido resolver as coisas mais rápido, porque eu tenho uma bagagem maior e não me esqueço de ver o outro como par então eu consigo trocar com ele para poder decidir ele consegue participar comigo na decisão (Lírio).

[...] comunicação, tomada de decisão, negociação, é importante também o planejamento e o gerenciamento do tempo, até para você poder dar uma atenção adequada para o grupo e poder ter qualidade nas conversas (Cravo).

Só mais um item que eu gostaria de colocar, a avaliação. Você tem que avaliar aquilo que você planejou junto com o teu grupo ou com quem você recebeu uma determinação hierárquica é um acompanhamento de processo para que você possa tomar suas decisões, fazer mudanças, melhoramentos. A avaliação não pode deixar de existir para finalizar um processo (Girassol).

[...] a avaliação está depois de todos os instrumentos, após uso da comunicação, por exemplo, você tem que avaliar se essa comunicação foi efetiva ou não (Cravo).

4.3.4 A construção coletiva dos quatro quadros lógicos e do processo decisório

Apresenta-se a seguir o Quadros Lógico dos Instrumentos gerenciais gerais, Tomada de decisão, Negociação e Liderança; e, figura esquemática do Processo Decisório, produzidos nos seminários.

Quadro Lógico		INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS		Data de elaboração 25.04.2012
Objetivo Superior (impacto) - Contribuir para consolidação das funções do enfermeiro gestor no HI				
Objetivo do projeto (efeito) - Enfermeiros gerentes utilizam instrumentos gerenciais para operacionalizar a gestão				
LÓGICA DA INTERVENÇÃO	INDICADORES COMPROVÁVEIS	FONTES DE COMPROVAÇÃO	SUPOSIÇÕES IMPORTANTES	
<i>Resultados (curto prazo)</i>	<i>Indicadores/desempenho</i>	<i>Fontes de comprovação</i>	<i>Suposições importantes</i>	
1.Principais atividades gerenciais mapeadas nas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro	Aumento do reconhecimento, de pelo menos 80% dos gestores, dos tipos de instrumentos e suas características	Sensibilização do grupo de gestores durante os seminários	1.Política pública de saúde no Brasil preconiza competências para a gestão; uso de instrumentos para operacionalização	
2.Definição e caracterização dos instrumentos gerenciais	Maior uso de instrumentos gerenciais pelos gestores/líderes de enfermagem na gestão	Ata de reunião do comitê gestor	2. As diretrizes para a assistência em saúde contribuindo para a consolidação do SÚS	
	1.Validar planilha com principais atividades gerenciais	Garantia que 80% dos gestores identifiquem as atividades gerenciais inseridas nas dimensões de seu processo de trabalho em resposta ao questionário aplicado	Interesse dos líderes institucionais em ampliar o nível de atuação do enfermeiro gestor/Duplicidade de orientação: discurso de autonomia X heteronomia	
	2,Pelo menos 60% dos participantes do projeto de pesquisa nos seminários		1.Existência de políticas públicas com estratégias e metas orientadas para gestão	
			2.Falta de clareza nas políticas institucional	
Resultados (médio prazo)				
3. Utilização de instrumentos gerenciais na gestão	80% dos líderes utilizando os instrumentos na gestão	1.Livro ata de reunião da Coordenação de Enfermagem e do Comitê gestor	Alguns gestores podem ter deixado de ser referência de liderança	
		2.Pesquisa de acompanhamento dos participantes do projeto após 6 meses de implementação do Plano de Ação		

continua

continuação

Atividades principais	
Indicadores operacionais	
1. Identificar as atividades gerenciais realizadas pelo enfermeiro gestor	Pelo menos 80% dos questionários respondidos com as atividades gerenciais do enfermeiro delimitadas
1.1 Definir a proposta metodológica, organizar o trabalho e o programa de atividades dos Seminários	1. Questionário aplicados
1.2 Apresentar os resultados do questionário aplicado com questões relacionadas às atividades gerenciais	2. Ficha de organização dos seminários
1.3 Analisar as práticas gerenciais, correlacionando-as com as dimensões do trabalho	3. Relatório dos seminários
2. Identificar os instrumentos necessários e os utilizados para a gestão suas carências e dificuldades	4. Planilhas com atividades gerenciais listadas
3. Caracterizar os instrumentos: tipos de instrumentos, utilidade, aplicabilidade	5. Apresentação do Plano de Ação para enfermeiros e chefia de Enfermagem
4. Elaborar plano de ação para utilização dos instrumentos	
5. Acompanhar capacitação dos gestores/líderes para uso dos instrumentos	
6. Sociabilizar os resultados das ações com a direção e os demais membros da categoria	

QUADRO 10 – QUADRO LÓGICO DOS INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

FONTE: A autora (2012)

Quadro Lógico		TOMADA DE DECISÃO		Data de elaboração 12.05.2012
Objetivo Superior (impacto)- Alcance de maior resolutividade nas decisões tomadas				
Objetivo do projeto (efeito)- Contribuir para as discussões em relação à tomada de decisão e do processo decisório no HI				
LÓGICA DA INTERVENÇÃO	INDICADORES COMPROVÁVEIS	FONTES DE COMPROVAÇÃO	SUPOSIÇÕES IMPORTANTES	
<i>Resultados (curto prazo)</i>	<i>Indicadores de desempenho</i>	<i>Fontes de comprovação</i>	<i>Suposições importantes</i>	
1.Processo decisório do gestor elaborado	Participação de 50% dos gestores nas discussões e elaboração do fluxo do processo	Garantia que 50% dos gestores definam a dinâmica de tomada de decisão no HI/Controle de participação por meio da Lista de presença	1.Proposta de Modelo de gestão participativo voltado para co-gestão e corresponsabilidade 2.Estrutura organizacional hierárquica variando entre tradicional e não-tradicional 3.Interesse e envolvimento dos gestores nos seminários	
	Promover o raciocínio científico para análise das situações-problema	1.Discussão relacionada à tomada de decisão, suas características e componentes 2.Construção do processo decisório.	1,Incerteza políticas nas várias instâncias do estado 2.Instabilidade institucional dificultando a consolidação de processos 3.Tipo de planejamento sistemático 4.A existência de um único espaço deliberativo com membros permanentes nomeados pela direção; 5. Autonomia vista pela direção como parte do processo decisório	
Atividades principais				
1.Auxiliar na construção do processo decisório do enfermeiro gestor 1.1Definir as etapas do processo decisório, analisar os componentes do processo e propor dinâmica de funcionamento 1.1.1Estabelecer critérios que favoreçam: a)caracterização do problema, tipo, amplitude (inerente ao nível estratégico, tático ou operacional) e origem;b)definição dos atores envolvidos na tomada de decisão 1.1.2Identificar os principais instrumentos mobilizados pelo enfermeiro gestor no processo de tomada de decisão 1.1.3Estruturar novo espaço deliberativo	50% dos enfermeiros gestores participando das discussões nos seminários	Esquema gráfico do Processo decisório	1.Centralização das decisões na direção 2.Ausência de processo de decisão sistematizado 3.O comprometimento dos gestores nas decisões	

QUADRO 11 – QUADRO LÓGICO DA TOMADA DE DECISÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

FONTE: A autora (2012)

Quadro Lógico		NEGOCIAÇÃO		Data de elaboração 25.05.2012
<p>Objetivo Superior (impacto)- Obtenção de maior resolutividade nos processos de negociação Objetivo do projeto (efeito)- Colaborar para estruturação do processo de negociação no HI</p>				
LÓGICA DA INTERVENÇÃO	INDICADORES COMPROVÁVEIS	FONTES DE COMPROVAÇÃO	SUPOSIÇÕES IMPORTANTES	
<i>Resultados (curto prazo)</i>	<i>Indicadores de desempenho</i>	<i>Fontes de comprovação</i>	<i>Suposições importantes</i>	
1. O processo de negociação elaborado	Participação de 50% dos gestores nas discussões sobre o processo de negociação e nas discussões sobre principais características do momento de negociação, perfil do negociador e espaços deliberativos	Lista de presença de participação/Atas de reunião do Comitê gestor 2. Garantia que 50% dos gestores discutindo sobre a negociação como instrumento para a gestão no HI e estímulo para aprofundamento nas discussões	1.Modelo de gestão 2.Políticas públicas e institucionais influenciando o momento de negociação e o perfil do negociador 3.Comprometimento e valorização dos gestores dos espaços de discussão	
	Reconhecimento da negociação como instrumento para gestão e da necessidade do desenvolvimento de habilidades do gestor para negociar	Participação das discussões nos seminários, comprovado pela Lista de presença	1.Delineamento dos instrumentos utilizados no processo de negociação; 2.Falta de reconhecimento do papel de negociador; 3. A imaturidade dos profissionais frente a situações de conflito	
Atividades principais				
1. Contribuir para o estabelecimento do processo negociação do enfermeiro gestor 1.1Definir as características atuais da negociação 1.1.1Descrever os momentos de negociação e os instrumentos mobilizados no processo de negociação 1.2 Compreender o perfil do negociador atual; 1.2.1 Depreender as limitações do negociador 1.3Estimular as discussões para o reconhecimento das habilidades necessárias para o processo de negociação	50% dos enfermeiros gestores participando das discussões nos seminários	Relatório dos seminários/Plano de Ação	Falta de reconhecimento e valorização da Negociação como instrumento de apoio para a gestão	

QUADRO 12 – QUADRO LÓGICO DA NEGOCIAÇÃO SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

FONTE: A autora (2012)

Quadro Lógico		LIDERANÇA		Data de elaboração 20.06.2012
Objetivo Superior (impacto)				
Utilização da Liderança como instrumento para a gestão influenciando a qualidade da assistência de enfermagem				
Objetivo do projeto (efeito)				
Cooperar para compreensão e o desenvolvimento da Liderança como instrumento eficaz para o desenvolvimento de atividades da gestão				
LÓGICA DA INTERVENÇÃO	INDICADORES COMPROVÁVEIS	FONTES DE COMPROVAÇÃO	SUPOSIÇÕES IMPORTANTES	
<i>Resultados (curto prazo)</i>	<i>Indicadores de desempenho</i>	<i>Fontes de comprovação</i>	<i>Suposições importantes</i>	
1.O exercício da Liderança como processo na condução de liderados para a concretização de atividades relacionadas a assistência e a gestão da assistência	Participação de 50% dos gestores nas discussões sobre ser líder, a Liderança como instrumento, perfil dos líderes e estilos de liderança	1.Lista de presença de participação nos seminários 2. Garantia que 50% dos gestores discutindo sobre liderança como instrumento para a gestão	1.Estilos de gestão/Estilos de Liderança influenciando o desempenho do gestor como líder 2. A liderança como influencia negativa na condução da equipe e a conciliação dos objetivos da instituição com as necessidades do grupo	
	Discussão sobre as características dos líderes no HI e estilos de liderança	Participação das discussões nos seminários, comprovando com a Lista de presença	1.Definição e delineamento dos instrumentos mobilizados para liderar 2.Características dos líderes atuais 3.Comprometimento dos enfermeiros gestores nas discussões 4.Interesse pelos gestores no desenvolvimento de competências essenciais para liderança	
Atividades principais (indicadores operacionais)				
1.Analisar perfil atual do líder	50% dos enfermeiros gestores participando das discussões no seminários	Relatório dos seminários/Plano de ação	Falta de reconhecimento de alguns gestores de seu papel como líder	
2.Analisar os estilos de liderança no HI				
3.Identificar os instrumentos mobilizados para a prática da Liderança				

QUADRO 13 – QUADRO LÓGICO DA LIDERANÇA SEGUNDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

FONTE: A autora (2012)

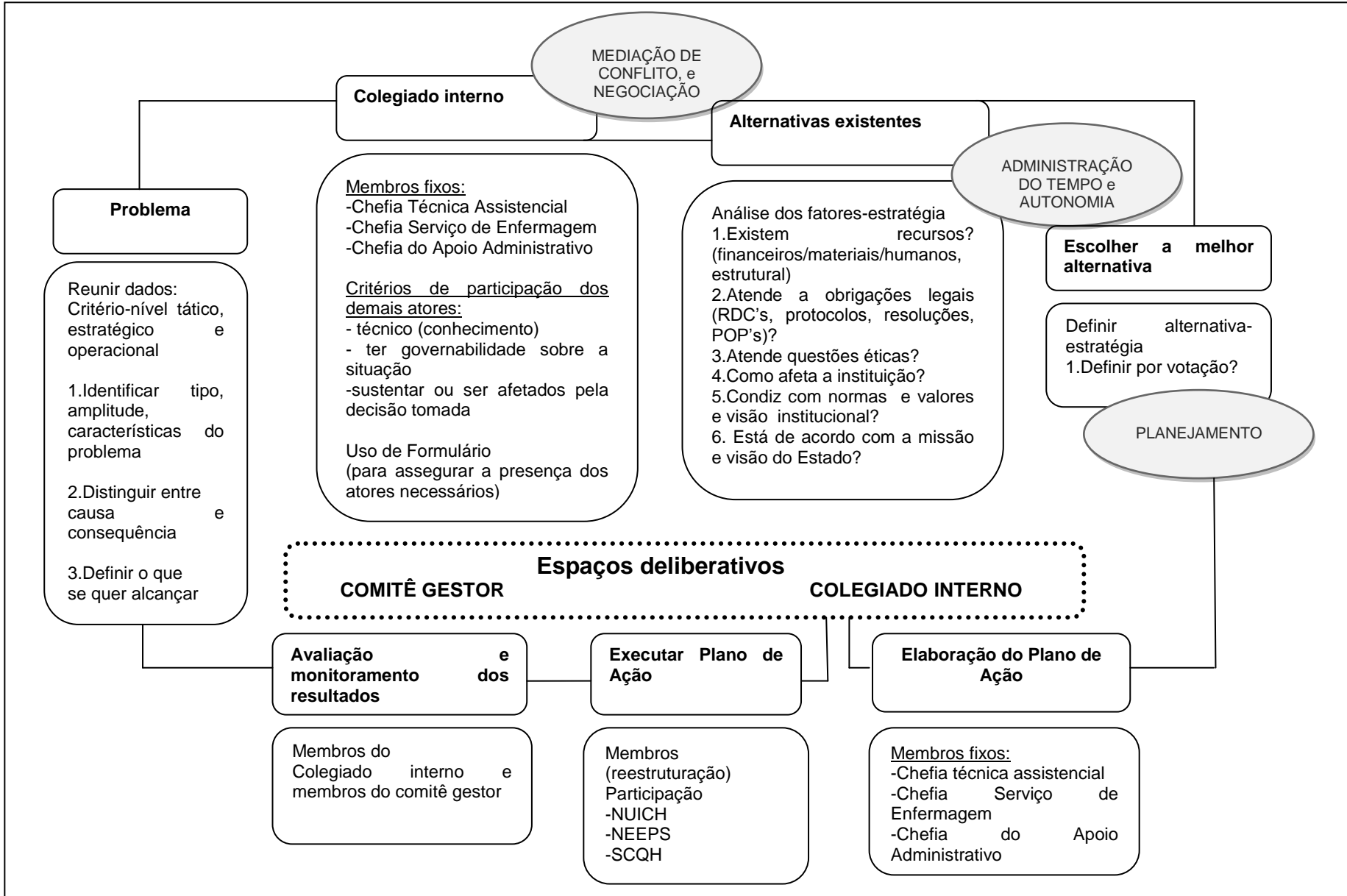


FIGURA 1-O PROCESSO DECISÓRIO NO CENÁRIO DA PESQUISA
 FONTE: A autora (2012)

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados da pesquisa à luz da literatura, os pontos convergentes e divergentes, para responder ao objetivo proposto de desenvolver um plano de ação participativa para o uso de instrumentos de apoio às atividades gerenciais dos enfermeiros. Este capítulo organiza-se em: identificação das atividades gerenciais, apreensão dos instrumentos gerenciais gerais, tomada de decisão, negociação, liderança seus respectivos quadros lógicos e a elaboração do plano de ação.

5.1 AS ATIVIDADES GERENCIAIS IDENTIFICADAS

Neste subcapítulo as discussões permeiam os seguintes aspectos relacionados às atividades gerenciais: elementos do processo administrativo, o conhecimento científico ou funções administrativas e as dimensões em que as ações gerenciais se distinguem.

As atividades gerenciais realizadas diariamente pelos enfermeiros gestores foram identificadas, como anteriormente expostas, por meio do questionário semiestruturado aplicado, que teve como objetivo identificá-las considerando suas dimensões: assistência, gerência, ensino, pesquisa e política. Infere-se que o objeto das atividades gerenciais realizadas no cotidiano dos sujeitos da pesquisa é a organização do trabalho para atendimento das necessidades de saúde do paciente.

A literatura aponta que os serviços de saúde têm buscado organizar suas ações tendo como foco o paciente. A gestão em Enfermagem compreende o conjunto de ações do âmbito assistencial e gerencial realizadas de forma a atender as necessidades de saúde do paciente. Isto ocorre quando: empregam-se critérios para tomada de decisões, há comprovada competência técnica para o cuidado, e estabelece-se comunicação de qualidade nas relações com os usuários (pacientes, familiares, trabalhadores). Dessa forma o objeto de trabalho dos enfermeiros gestores é consonante com a atual preocupação dos serviços de saúde em desenvolver suas ações de forma a alcançar o objetivo de prestar a melhor assistência tendo o paciente como núcleo deste processo (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

As atividades gerenciais elencadas pelos enfermeiros gestores, relacionadas à dimensão gerencial do trabalho foram: realização de escalas de atividades, dimensionamento de pessoal, solicitação e controle de fármacos e materiais de insumo, gerenciamento de contratos de equipamentos, regulação de agenda de exames externos. Essas ações envolvem o emprego das funções de previsão e provisão para garantia do cuidado.

De acordo com estudo que objetivou conceituar dimensionamento de pessoal sob a ótica dos profissionais que o realizam, não apenas o dimensionamento, mas outras ações do enfermeiro são organizadas com base nos princípios das funções administrativas de previsão e provisão. O conhecimento de princípios administrativos para o trabalho configura-se em importante recurso para o enfermeiro responsável pelo gerenciamento do cuidado (CAMPOS; MELO, 2007).

Outros aspectos apontados foram o gerenciamento do cuidado relacionado à coordenação, supervisão dos procedimentos realizados, liderança e treinamentos, tendo em vista a composição da equipe de enfermagem por enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem e a complexidade relacionada ao cuidado prestado por esses profissionais. As falas dos sujeitos da pesquisa revelaram a preocupação com o monitoramento das ações, protocolos e rotinas implantadas, devido ao constante acontecimento de quebra de acordos de trabalho anteriormente firmados. Nesse contexto a supervisão das ações é fortemente recomendada por eles.

A supervisão encerra a possibilidade de contribuir para a qualidade da assistência quando utilizada de forma adequada, segundo as autoras, de uma revisão integrativa sobre produção científica nacional desta temática nos anos de 1999 a 2010, a supervisão em serviços hospitalares é marcada pelo controle das atividades e castigo da equipe quando esta não corresponde ao padrão esperado. Longe de responder às expectativas dos pacientes, familiares e dos serviços de saúde, a supervisão praticada atualmente pelos enfermeiros baseia-se no controle e coordenação da equipe de enfermagem, sustentadas nos princípios das teorias administrativas clássicas. De acordo com essas autoras, a supervisão de enfermagem, deve suplantiar estes modelos ultrapassados e adaptar-se às necessidades atuais, em que o gerenciamento é utilizado de forma a favorecer o processo do cuidar. Recomenda-se que o exercício da supervisão de enfermagem

seja baseado no trabalho coletivo e incentivo da equipe a colaborar para o alcance da melhoria da assistência (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Dessa forma, as atividades relacionadas ao trabalho técnico da gestão, tiveram ênfase no controle, planejamento e organização, para garantia da assistência. Na percepção dos sujeitos, há dissociação entre as dimensões assistenciais e gerenciais, de forma que ao gerenciar, o enfermeiro sente-se distante do paciente e conseqüentemente distante do cuidado. A evidência desse pensamento foi expressa por um dos enfermeiros gestores que afirmou não executar atividades assistenciais.

A falta de interação entre as dimensões assistencial e gerencial reproduz as formas tradicionais de gerenciamento. O gerenciamento do cuidado resulta das ações gerenciais para a organização do trabalho e da prestação do cuidado com caráter integral. Na visão de Hausmann e Peduzzi (2009), o cuidado fracionado e as ações alienadas do enfermeiro expõem o paciente a uma situação de risco, considerando que a alienação acontece pela falta de entendimento por parte do enfermeiro da contribuição do seu fazer para o resultado final de restabelecimento da saúde do paciente.

As atividades gerenciais relacionadas à dimensão da pesquisa foram de pouca expressão e a investigação foi relacionada à utilização das melhores práticas para o trabalho. Nos últimos anos, as pesquisas em enfermagem têm aumentado consideravelmente, com objetivo de melhorar a prestação da assistência. Porém, apesar de todo conhecimento produzido, existe uma lacuna entre os resultados das pesquisas e sua aplicação nos serviços e instituições de saúde, mudanças nesse contexto podem ocorrer, se estudos que tenham como objetivo a transformação da prática assistencial forem priorizados e ampliadas às parcerias entre universidades e os serviços de saúde (PADILHA, 2011).

As melhores práticas para o trabalho estão relacionadas com as atividades de enfermagem baseadas em evidências científicas que promovam uma assistência segura, ou seja, proponham ações que previnam riscos e agravos à saúde decorrente da falta de conhecimento ou padronização. Estudos sinalizam que o sistema de saúde é organizado de forma a desfavorecer a prática segura. Dados do ano de 2009 contabilizam os profissionais de enfermagem no mundo em 13 milhões. Esses profissionais deveriam ter como foco de trabalho a prestação de assistência segura aos seus pacientes. Entretanto, poucos são os que possuem condições de

trabalho que lhes permita garantir cuidados de enfermagem de qualidade e sem riscos. Por outro lado, evidências científicas indicam que em locais onde a quantidade de enfermeiros, qualificados, é adequada às necessidades dos pacientes os resultados na qualidade da assistência é comprovada pela diminuição nas taxas de mortalidade e tempo de permanência hospitalar. Assim, os enfermeiros que ensinam, pesquisam e prestam assistência devem integrar saberes para qualificação da equipe com vistas à prestação do cuidado de qualidade e seguro (PEDREIRA, 2009).

Do ponto de vista político-gerencial, as atividades desenvolvidas nessa dimensão estavam relacionadas às ações políticas, como recebimento de autoridades e interface com órgãos públicos. O posicionamento político do enfermeiro observado em pesquisa bibliográfica concluiu que, em 1920, o enfermeiro mostrava-se passivo diante dos fatos da época; em 1940 apresentou alguns movimentos políticos; entretanto em 1970 e 1980, verificou-se maior envolvimento do profissional nas discussões sobre o SUS, o futuro político e científico da profissão. Somente a partir de 1990, os profissionais mostraram maior aprofundamento nos debates relacionados ao estímulo ao pensamento crítico e às contribuições da profissão para a sociedade. Evidenciam-se, então dois grupos de profissionais: os que sabem o que fazem, analisam as situações e posicionam-se politicamente e os indiferentes e resignados com a situação da enfermagem (LIMA; SAMPAIO, 2007).

A falta de posicionamento necessário por parte dos enfermeiros para conquista de novos espaços de atuação e a consciência da necessidade de ser agente influenciador das políticas públicas, que são parte de seu universo, sustentam e direcionam seu trabalho em instituição pública torna a atuação do profissional por vezes inexpressiva.

5.2 APREENSÃO DOS INSTRUMENTOS GERENCIAIS GERAIS

Os instrumentos gerenciais gerais relacionados pelos sujeitos da pesquisa como capazes de auxiliá-los no desempenho de suas atividades, serão a seguir discutidos sucintamente. Os definidos pelo grupo para serem elaborados nos seminários serão apresentados separadamente, após esta primeira parte.

Planejamento

O planejamento foi o instrumento mais citado pelos enfermeiros como o relevante para sustentar suas ações. Embora, os sujeitos da pesquisa tenham relatado que não planejam suas atividades por falta de tempo diante dos problemas que surgem no cotidiano de trabalho. Constata-se uma dissonância nos discursos dos sujeitos, pela falta de conhecimento do planejamento como instrumento que, justamente, pode ser utilizado para organizar o trabalho, estabelecendo ações e estratégias, antecipando e controlando os resultados de forma a diminuir a ocorrência de situações inesperadas.

Em estudo realizado em hospital público de ensino de Curitiba, que teve como objetivo reconhecer os instrumentos gerenciais na prática do enfermeiro, segundo seus autores, a literatura aponta que os enfermeiros têm dificuldade de operacionalizar o planejamento de suas ações e não consideram útil planejar as atividades diárias para o trabalho, embora o planejamento seja indispensável para evitar que o enfermeiro perca tempo e energia gerenciando problemas evitáveis (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Comunicação

A comunicação, citada por 66% dos sujeitos, é considerado elemento integrador dos instrumentos gerenciais viabilizando sua utilização. Os sujeitos da pesquisa declararam em suas falas a dificuldade de utilizarem a comunicação. Por várias vezes mencionaram que a comunicação não é clara, as ideias e opiniões não são expressas adequadamente, os diálogos não são estabelecidos pela inabilidade de interpretação do que está se tratando entre os envolvidos e há dificuldade de sustentação técnica nas discussões.

Para estabelecer um canal de diálogo com a equipe sugere-se a utilização de cinco passos: ser conciso; claro; priorizar o essencial; compartilhar as informações; e ter o hábito de esclarecer passo a passo o que exatamente se quer alcançar com as ações. Este é um instrumento necessário ao enfermeiro responsável pelo atendimento das necessidades dos clientes (externos e internos) e do restabelecimento da condição de saúde dos pacientes. Como componente imprescindível para as relações interpessoais eficazes, a aplicabilidade da

comunicação na prática gerencial envolve o desenvolvimento de competências como: saber induzir e difundir informações; ter domínio da linguagem oral e escrita; ser hábil em falar em público; saber comunicar-se por meio de gestos e palavras, usando a linguagem corporal, dentre outras (FELDMAN; RUTHES, 2011).

Dimensionamento de pessoal

A previsão e adequação de um valor mínimo de recursos humanos para garantia que o cuidado seja prestado de modo a atender as necessidades de saúde da clientela é denominada de dimensionamento de pessoal. O dimensionamento de pessoal deve considerar: as especificidades das instituições de saúde, a estrutura do Serviço de Enfermagem e o perfil do paciente (COFEN, 2004; FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

Com o dimensionamento inadequado, observa-se a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem com conseqüente desgaste físico e mental, levando à insatisfação e desmotivação da equipe. Para evitar essa situação, o número de profissionais necessários nas vinte e quatro horas precisa ser constantemente avaliado.

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é utilizado como referência para ajustar o número de funcionários. Esse sistema considera as seguintes variáveis: turnos de trabalho, o número de funcionários/leito e, horas de prestação da assistência. A Resolução COFEN nº 239/2004 foi criada para regulamentar o dimensionamento, garantindo que o número dos profissionais de saúde corresponda às mudanças do sistema de saúde atual; às necessidades de saúde da população; aos ajustes necessários das organizações aos recursos financeiros disponíveis e ao estabelecimento de parâmetros para o planejamento das ações pelos gestores, garantindo a qualidade da assistência (COFEN, 2004).

O SCP, desenvolvido por Fugulin *et al.* (1994), classifica os pacientes de acordo com seu grau de dependência para o cuidado, em cinco categorias: cuidados intensivos, semi-intensivos, de alta dependência, cuidados intermediários e mínimos (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011). Na prática, muitas vezes, o dimensionamento de pessoal é realizado de forma empírica, com base na experiência do enfermeiro, porém sem considerar as variáveis envolvidas no processo, dificultando a justificativa do quantitativo diante dos administradores bem como o planejamento

para a garantia da assistência adequada e segura (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

Esse contexto evidencia a necessidade de o enfermeiro desenvolver a habilidade de dimensionar os profissionais de enfermagem, sob sua responsabilidade, de acordo com a realidade de trabalho. Este instrumento de apoio gerencial permite o ajuste do quantitativo e qualitativo necessário ao desenvolvimento das ações de saúde direcionadas ao paciente (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011).

Recrutamento e seleção, Avaliação

O recrutamento e seleção no Estado do Paraná é feito por meio de concurso público, segundo os sujeitos da pesquisa, 70% dos profissionais são recém-formados, ou têm pouca experiência na área hospitalar. Assim, essa forma de recrutamento agrega alguns dificultadores para a prática, como a falta de habilidade técnica para o cuidado.

De acordo com as autoras da pesquisa citadas que tiveram como objetivo descrever a percepção dos docentes de disciplinas de Administração sobre o desenvolvimento de competências gerenciais, o enfermeiro gestor deve ter conhecimento, ou buscar desenvolver essa função gerencial relacionada ao gerenciamento de recursos humanos, e saber identificar em sua equipe as necessidades de ensino a fim de contribuir para a prestação de assistência de qualidade (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Outro aspecto a considerar é a necessidade de se adotarem indicadores de qualidade para avaliação do processo de trabalho que permitam os serviços de saúde adequar-se às demandas atuais de gerenciamento de recursos humanos. São citados como indicadores: os índices de treinamento, horas de treinamento por ano por funcionário; o investimento institucional em planos de desenvolvimento; taxa de absenteísmo; *turn over* e acidentes de trabalho; dados esses monitorados para comparar a realidade interna com os padrões externos de qualidade (KURCGANT; MELLEIRO; TRONCHIN, 2008).

Gerenciamento de materiais

A preocupação com os custos gerados com a assistência surgiu no Brasil a partir de 1990. Contribuíram para esse fator as alterações no perfil epidemiológico da população brasileira caracterizada pela queda no índice de fecundidade e aumento da expectativa de vida dos brasileiros. O retardamento no processo de envelhecer, ocasionou aumento no número de idosos e na incidência de doenças crônico-degenerativas, elevando o custo da assistência (MUNHOZ, 2011).

Por muito tempo as instituições ficaram à parte desse processo. Jericó e Castilho (2010) justificam esse comportamento por vários fatores como: a obrigatoriedade do atendimento a todos os que procuram assistência, independentemente de terem condições ou não de pagar seus custos; a falta de competitividade no setor, dentre outros. Atualmente, entretanto, a mudança nas regras das fontes pagadoras dos serviços, tanto para as instituições privadas, como para as públicas, tem pressionado as organizações a buscarem controle maior sobre seus gastos, adequando o máximo possível os recursos disponíveis às demandas de saúde.

A gestão de materiais realizada pelo enfermeiro origina-se da necessidade de garantir a aquisição de materiais de qualidade, suprir as faltas de materiais fornecidos pelo departamento de logística pública, a fim de otimizar os recursos econômicos públicos.

O enfermeiro, dessa forma, é o profissional mais preparado para analisar, indicar, escolher equipamentos, avaliar a qualidade dos materiais e participar da padronização de insumos; pois adquire, ao longo do tempo, experiência com a assistência prestada, conhecimento sobre os procedimentos realizados e as necessidades e peculiaridades de seus pacientes (LOPES; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010; MUNHOZ, 2011).

Assim, as instituições de saúde passaram a selecionar profissionais com perfil próprio para prestarem assistência de qualidade com baixo custo. Nesse sentido o gerenciamento de materiais configura-se como um instrumento de trabalho do enfermeiro no desempenho da atividade gerencial no auxílio as instituições de saúde na otimização dos recursos financeiros.

Gerenciamento do tempo

O gerenciamento do tempo foi apontado como importante instrumento para o trabalho pelos sujeitos da pesquisa, considerando a especificidade do serviço público, que impõe prazos, datas de licitações, pregões, empenhos e editais, exigindo tomadas de decisões ágeis.

O tempo gasto com a assistência, também pode ser um indicador de qualidade para a gestão de pessoas e seu controle pode subsidiar o planejamento de ações de saúde que permitam manter um padrão de qualidade conferindo segurança ao paciente e a equipe (SOARES *et al.*, 2011). A apreensão desse instrumento pelo enfermeiro que realiza o gerenciamento permite que ele avalie claramente o quadro da equipe de enfermagem considerando o tempo médio para prestação da assistência e faça ajustes com vista à manutenção da qualidade (ROGENSKI *et al.*, 2011).

Autonomia

A autonomia refere-se ao poder de decisão ou liberdade no exercício da função. Embora, tenha sido apontada pelos sujeitos da pesquisa como instrumento gerencial, na literatura encontra-se vinculada às características individuais do profissional, resultado consequente das condutas técnicas e de seu posicionamento ético-político diante das situações da prática (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011). Atitude necessária ao enfermeiro frente às mudanças nas estruturas organizacionais, que, quando mais horizontalizadas, tornam o trabalho complexo, e requerem das lideranças, além da autonomia “responsabilidade, criatividade, capacidade de aprendizagem contínua, autocontrole, investimento subjetivo e a mobilização da inteligência” (KOVÁCS, 2006, p.42).

Educação continuada

A educação continuada citada como instrumento pelos sujeitos da pesquisa é realizada no dia a dia de trabalho de forma contínua, aproveitando-se as oportunidades para compartilhamento de experiências. Reconhecida como parte das dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, refere-se à necessidade de o

enfermeiro preparar sua equipe para prestar assistência de qualidade, nesse contexto, o enfermeiro é o profissional técnica e eticamente responsável pelo cuidado realizado e deve manter sua equipe qualificada para prática (VARGAS *et al.*, 2012).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como pressuposto a aprendizagem significativa, que propõe práticas de saúde transformadoras decorrente do estímulo à reflexão crítica. As ações educativas, nesse contexto devem ser estruturadas de forma a problematizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde e serem parte de uma estratégia maior de mudança (nas relações, processos e pessoas) institucional, componente essencial de um processo de educação permanente (BRASIL, 2009).

Portanto, é necessário que o enfermeiro conheça como acontece o processo de aprendizagem, as metodologias, técnicas e estratégias de ensino que o auxiliem articular teoria e prática, com o objetivo de auxiliá-lo na capacitação da equipe de profissionais para prestação de assistência de enfermagem humanizada e de qualidade (BALBINO *et al.*, 2010).

Sistema de Informação

Considera-se sistema de informação (SI), a capacidade de as organizações ordenarem e transformarem seus dados em informação, utilizando-a de forma eficiente, essa habilidade demonstra a capacidade de as organizações manterem-se competitivas e atualizadas diante da concorrência (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2010).

O armazenamento, registro, consulta e transcrição dos dados dos pacientes são sempre uma prática e motivo de preocupação pela equipe de enfermagem, Diariamente ela escreve, transcreve, procura dados dos pacientes e, de certa forma desenvolve um sistema de informação não informatizado. Com o advento dos computadores e a tecnologia da informação, pôde-se dar suporte às ações da enfermagem de forma organizada, ágil e eficiente, considerando que os registros manuais podem perder-se ou, se registradas por mais de um profissional, gerar erros e duplicidade das informações (MARIN, 2011).

As constantes transformações no processo de produção e gestão do trabalho, dentro do ambiente hospitalar, exigem um SI moderno que acompanhe

essas mudanças e responda às novas e complexas demandas. O SI é instrumento para a gestão, para a prática profissional, para a geração de conhecimento e controle social, promove mudanças na qualidade da assistência, melhoria na gestão e satisfação dos pacientes (BRASIL, 2003, 2004; SMALTZ; BERNER, 2007).

Gerenciamento de riscos, Acreditação, Gerenciamento de processos, Auditoria, Fluxos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's)

O hospital, cenário da pesquisa, prepara-se para a certificação. Assim, surgiram como instrumentos: o gerenciamento de riscos, acreditação, gerenciamento de processos, fluxos e POPs. Apesar de serem considerados instrumento ou meios para efetivação das atividades gerenciais, pelos sujeitos da pesquisa, estão relacionadas a estratégias e modelos contemporâneos de gestão, novas tendências mundiais para o alcance de melhorias no sistema e nos serviços de saúde.

O enfermeiro agrega em sua formação acadêmica, saberes administrativos, como: liderança, auditoria, que fazem dele o profissional adequado para assessorar a equipe multiprofissional na implantação e acompanhamento do processo de acreditação. Assim, as atividades da enfermagem influenciam os processos de acreditação que, por sua vez, interferem nas ações da equipe de enfermagem (MANZO *et al.*, 2012).

5. 3 TOMADA DE DECISÃO

A análise dos dados revelou que a situação atual da tomada de decisão no cenário da pesquisa inclui a identificação do problema e a implantação da solução. Chega-se à resolução dos problemas de forma aleatória, sem que haja participação de todas as partes envolvidas.

Esta abordagem não emprega uma metodologia estruturada para tomada de decisão organizacional que inicie com a delimitação e abrangência do problema até sua resolução. Outra consideração importante é que, embora a instituição esteja em processo de transição do modelo de gestão tradicional para o participativo, ainda há evidências da centralização do poder decisório na figura dos líderes institucionais.

Verifica-se na literatura que a tomada de decisão integra as atividades do contexto gerencial como núcleo da gestão. Assim, líderes e gestores passam a maior parte de seu tempo resolvendo problemas, analisando situações e tomando decisões. Decidir assertivamente confere ao enfermeiro sucesso no seu trabalho e demonstra sua experiência na gestão. Por outro lado, quando o enfermeiro usa de improviso ou ignora as etapas do processo decisório, sem uma análise criteriosa e sistematizada, pode ter como resultado soluções tendenciosas e ineficazes (MARQUIS; HUSTON, 2009; EFFKEN *et al.*, 2010).

A falta de tempo foi apontada pelos sujeitos da pesquisa como justificativa para não tomar decisões de qualidade. Porém, de acordo com Gramigna (2007), decidir com rapidez, escolhendo a alternativa que garanta o melhor resultado é uma habilidade necessária ao tomador de decisões.

Embora um dos enfermeiros tenha relatado que usa de forma sintetizada um método para tomar decisões, o que aponta ser possível a absorção do processo decisório no cotidiano da gestão no cenário do estudo, outros sujeitos não demonstraram essa utilização. Este fator, aliado à falta de aplicação de princípios voltados para a tomada de decisão, compromete a prática gerencial do enfermeiro.

Os enfermeiros gestores estão no centro das ações e são considerados *go-to*, ou seja, são procurados pelos líderes institucionais para assumir responsabilidades cada vez maiores, atendendo às diferentes demandas institucionais. Para esse grupo são solicitados o desenvolvimento de novos projetos, a implementação de novas tecnologias, a identificação e resolução de problemas, etc. Entretanto, espera-se que eles busquem a otimização dos recursos, a eficiência nos resultados e contribuam para a diminuição dos custos (EFFKEN *et al.*, 2010).

Os sujeitos da pesquisa são responsáveis pelo gerenciamento da enfermagem e da unidade de trabalho. Inicialmente foram colocados nessa função para gerenciar o trabalho dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem, porém por necessidade institucional, assumiram a posição de gestores setoriais.

O gerenciamento do setor compreende, dentre outras atividades, a realização de escalas de trabalho diárias e mensais: adequação do quantitativo da equipe de enfermagem às necessidades de saúde dos pacientes; supervisão e avaliação dos procedimentos e práticas; acompanhamento da prestação do cuidado pela equipe multiprofissional; controle dos materiais, equipamentos e medicamentos; identificação das necessidades de treinamento promovendo a capacitação da

equipe, e provimento dos recursos necessários para garantir a continuidade e qualidade de assistência à saúde dos pacientes internados ou não.

Gerenciar simultaneamente a equipe de enfermagem e o setor é um novo contexto de trabalho gerencial; essa ampliação do espaço de atuação do enfermeiro deve-se, segundo estudos realizados por Almeida e Peres (2012), ao reconhecimento da capacidade desse profissional para atuar nos diferentes níveis de assistência à saúde. Para isso o enfermeiro deve buscar o desenvolvimento de competências, porque as habilidades técnicas não são suficientes para o trabalho gerencial de saúde com qualidade.

A resolução de problemas, a tomada de decisão e o pensamento crítico são habilidades que podem ser aprendidas e constantemente aperfeiçoadas com a prática e o uso de ferramentas, técnicas e estratégias para o alcance de decisões eficazes. A conformação do profissional com competências para a prática gerencial em saúde e na enfermagem inicia na vida acadêmica. Esforços são realizados entre as instituições de ensino e os campos de estágio para a construção desse saber gerencial que interaja com o cotidiano do trabalho, promova a reflexão com base na realidade vivenciada e permita o desenvolvimento de projetos realmente capazes de intervir sobre as situações de saúde-doença (RESCK; GOMES, 2008; MARQUIS; HUSTON, 2009)

Percebe-se, porém, um descompasso entre a formação recebida e o que se espera do profissional no desempenho na gerência hospitalar. O conhecimento construído é algo que deve estar disponível para ser acessado quando houver necessidade. A dificuldade de articular o conhecimento de como tomar decisões e sua aplicação na prática foi relatada por um dos sujeitos.

Resck e Gomes (2008) afirmam que a formação deve estar voltada para a prática profissional, tendo nela seu referencial, para que o aprendido não seja algo desvinculado da realidade. O caminho, segundo os autores, é considerar o uso de referencial teórico-pedagógico adequado e sustentado na aprendizagem significativa e transformadora, que atenda às demandas sociais, profissionais e, as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais atuais.

O preparo para tomar decisões depende dos profissionais e das instituições nas quais ele está vinculado. A estruturação dos processos decisórios exige que as organizações de saúde adotem como estratégia o planejamento formal. Planejar pode ser entendido como o processo de pensar antes de agir, antecipando o futuro,

conhecendo as consequências negativas ou positivas das ações escolhidas, embasadas na realidade concreta. Assim, o planejamento tem como pressuposto o alcance de metas organizacionais por meio de ações de um indivíduo, grupo ou serviço (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006).

O planejamento organiza o trabalho, dá segurança e sustentação à medida que as ações são realizadas para o alcance de um objetivo comum. Essa necessidade é expressa no discurso dos sujeitos que esperam diretrizes claras para conduzir suas ações. O tipo de planejamento adotado atualmente no HI é o planejamento sistêmico.

O planejamento sistêmico percebe as organizações em três níveis: estratégico, tático e operacional. Estes níveis hierárquicos exigem distintos planejamentos e têm como característica os diferentes níveis de poder organizacional. Assim, as relações de poder são “hierarquizadas, pré-estabelecidas e determinantes dos papéis de cada um dos sujeitos”, ou seja, a autonomia dos enfermeiros gestores para decidir ou propor mudanças está condicionada à estrutura hierárquica, com a maioria das decisões advindas do nível estratégico. Neste paradigma, a participação do grupo é uma necessidade para reunião de dados para a tomada de decisão, que não condiz com a gestão participativa, que tem como pressupostos a complementaridade dos indivíduos, autonomia e corresponsabilização nas decisões (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006, p. 355).

Esta dissonância fica evidente na fala dos sujeitos e pode explicar os conflitos nos processos de trabalho e nas relações de poder entre enfermeiros gestores, chefias e direção. O discurso dos líderes institucionais sobre gestão participativa não é coerente com o modelo de gestão atual. O hospital está organizado, administrativamente, com duplicidade de sistema de autoridade. Observa-se uma estrutura hierárquica rígida e centralizadora em que a direção possui o poder decisório, até o nível operacional do servidor da assistência. Por outro lado, os enfermeiros gestores são responsabilizados pela organização e planejamento das unidades sob seu comando, cobrando-se deles como resultado, o cumprimento de metas institucionais.

Achados na literatura comprovam que mudanças no modelo gestão trazem como desafio a necessidade de garantir a integralidade do cuidado. Os modelos tradicionais baseiam-se na lógica da divisão de trabalho, enquanto outros modelos

inovadores empregam o sistema de trabalho multidisciplinar. A gestão participativa tem como consequência o aumento do poder horizontalmente, indo da direção aos trabalhadores da ponta e voltando no mesmo sentido, uma vez que todos participam das discussões dos problemas não há obstáculos que separem os setores e os profissionais (LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006).

Os processos decisórios participativos contribuem para o desenvolvimento das instituições, transformam o clima organizacional à medida que ouvir e ser ouvido reduz os conflitos entre os profissionais e elevam a motivação pela sensação de pertença de ver suas ideias colocadas em prática. Hoje, observam-se tentativas de descentralização das decisões; entretanto a implantação de um modelo de gestão participativa precisa considerar cuidadosamente os fatores humanos, pelas mudanças sistêmicas que provoca.

Embora a participação tenha sido considerada pelos sujeitos da pesquisa um elemento do processo decisório, para influenciar uma decisão é preciso ter conhecimento e uma atitude que vai além da simples satisfação pessoal de estar no 'meio das decisões'. Assim, os valores e atitudes ainda estão voltados para o paradigma tradicional que privilegia a tomada de decisão centralizada, sem análise de sua repercussão na assistência prestada ao paciente.

A metodologia de planejamento que mais condiz com a gestão participativa é o planejamento participativo, pelas suas características como o envolvimento dos atores nas discussões relacionadas ao problema, mesmo havendo opiniões, objetivos e interesses diferentes relacionados ao trabalho. Esta estratégia permite o alinhamento entre as diferentes visões, seu resultado é a obtenção de eficiência e eficácia nos processos (LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006; LANZONI *et al.*, 2009).

Desse modo, o planejamento participativo favorece o uso de processos decisórios democráticos. O envolvimento e a corresponsabilidade das ações conferem aos sujeitos autonomia (LANZONI *et al.*, 2009).

A palavra autonomia, de origem grega, é composta por dois elementos - *autós*, que exprime a noção de próprio, de si mesmo; e *nomia*, expressa a ideia de lei ou regra. Etimologicamente pode ser entendida como liberdade de escolha de um indivíduo ou coletivo, baseada em seus valores sociais, éticos e culturais. (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

Em estudo realizado por D'Antonio *et al* (2010), esses autores discutiram o paradigma da heteronomia na Enfermagem. Para eles, os problemas de

invisibilidade, discriminação, e marginalização existem e ainda hoje se repetem. Porém, observando-se a prática de Enfermagem, afirmam que há evidências históricas da força e contribuições dessa profissão para a sociedade, esclarecendo que as fragilidades encontradas estão associadas à dificuldade dos profissionais em controlar seu destino.

Esses autores mencionam vários exemplos na história estado-unidense do poder e autoridade da prática da enfermagem e afirmam que esse poder não decorre apenas do cuidado realizado à beira do leito, mas das conquistas sociais e políticas dos enfermeiros. A força do enfermeiro está relacionada à capacidade de aproveitar as oportunidades para transformar sua prática, aplicar habilidades e conhecimentos para crescimento da profissão e da sociedade, galgar e abrir novos espaços de atuação, assumir posições de liderança nas organizações, participar de decisões no nível do planejamento estratégico relacionadas à sua prática e à assistência aos pacientes sobre seu cuidado, envolver-se nas negociações políticas, empregar *seu saber* para agregar valor ao *seu fazer* (D'ANTONIO *et al.*, 2010).

Apesar de o estudo citado no parágrafo anterior ter como base o contexto de outro país, pode ser usado como referência pela similaridade de algumas situações da história de lutas do enfermeiro americano e as do brasileiro. A desigualdade nas relações de trabalho é um fato na nossa história, que ainda provoca medo nas relações hierárquicas e fragilidade na sustentação teórica para a prática. Com isso, o enfermeiro não demonstra a totalidade de seu potencial, o que coloca em discussão sua credibilidade profissional.

Os sujeitos da pesquisa entendem que sua autonomia é limitada, sentem-se insatisfeitos no exercício da gerência por serem chamados apenas para dar opinião sobre qual alternativa é a melhor das opções para a resolução de determinados problemas. Sentem-se desconsiderados pela falta de clareza nos limites de suas decisões e pela constatação de que alguns profissionais são mais autônomos do que outros.

Encontra-se na literatura, a autonomia vinculada a características pessoais do profissional, seu desenvolvimento é manifesto como resultado de conquistas nas relações de trabalho e, seu exercício entremeado de saber técnico, valores éticos e morais. Esse caminho pode ser trilhado pelo enfermeiro para romper limites e avançar. À medida que ele aprende a refletir sobre suas escolhas e decidir melhor, a ser consciente de si e do outro e dos espaços em que atua, sua credibilidade e

respeito crescem e sua autonomia profissional se consolida (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

A autonomia profissional, tão requerida pelos sujeitos, precisa estar embasada no entendimento de que dela depende também uma atitude autônoma. Os enfermeiros pesquisados discutiram a ilegitimidade das normativas para apoio nas decisões. Porém, é necessário o entendimento da dinamicidade do ambiente hospitalar, principalmente em se tratando de uma instituição nova, que se encontra em momento de construção de fluxos, implantação de serviços e processos.

Assim, as transformações fazem parte desse ambiente hospitalar. De acordo com Guerrero, Beccaria e Trevisan (2008), os movimentos cíclicos das mudanças representam a necessidade das organizações de testar e obter resultados efetivos com baixo custo, em contínua renovação. Ademais, mesmo que as decisões possam ter sustentação nas normativas, resoluções da instituição e saber científico, elas exigirão do enfermeiro uma reflexão crítica do conhecimento para aplicação de seus princípios na prática e esta articulação também depende dele.

Os sujeitos relataram dificuldades para participar das decisões, porém são membros de um grupo composto por coordenadores, chefias e direção - denominado comitê gestor. Este comitê foi criado justamente para facilitar a participação dos gestores nas decisões. Embora as situações-problema discutidas nesse grupo sejam relacionadas ao nível tático e/ou operacional, esses enfermeiros têm representatividade nele, que é um dos únicos espaços deliberativos da instituição, local que pode ser explorado ao máximo para construção da autonomia desejada.

Os princípios do modelo tradicional de gerência desenvolvidos por Taylor e Fayol para a organização do trabalho na indústria em meados do século XIX, influenciaram e influenciam a administração em enfermagem. Entretanto, o trabalho do enfermeiro voltado ao uso da função controle, no sentido de determinar como a equipe de enfermagem deve realizar as suas tarefas e com uso da supervisão para seu cumprimento, tem consolidado a rigidez hierárquica e a comunicação vertical institucional, dificultando emprego de gestões compartilhadas (SPAGNOL, 2005).

Atualmente, a criação de espaços democráticos de discussão tem sido considerada como importante oportunidade de mudanças, como uma nova forma de fazer gestão, voltada não para obtenção de produtos e objetos como resultados, mas para a “produção de sujeitos” (SPAGNOL, 2005, p.126).

Apreende-se da fala dos sujeitos à dificuldade de se romper com modelos tradicionais de gestão, tanto para os líderes da instituição como para os próprios enfermeiros. Estes relatam que no comitê gestor os problemas são trazidos com propostas abertas para o diálogo e análise conjunta, porém muitos já possuem um pré-direcionamento para sua resolução e eles não veem nesse espaço, abertura para elaboração coletiva da decisão. Por outro lado, reproduzem o modelo do não compartilhamento do processo decisório com seus liderados, pois não há evidência em suas falas sobre a existência de espaços deliberativos nas unidades onde eles fazem gestão.

O enfermeiro nesse contexto, para tomar decisões de qualidade, precisa apresentar ou investir no desenvolvimento de habilidades para a decisão, ter domínio na aplicação de métodos que o auxiliem na análise e avaliação dos riscos inerentes às suas escolhas, saber decidir de forma eficaz e em curto espaço de tempo, argumentar de forma clara e objetiva e, planejar suas ações.

Na sua área do conhecimento, o enfermeiro deve dominar métodos e princípios de tomada de decisão e ter competência técnica para o trabalho. Na questão atitudinal, ele deve buscar ser autônomo e seguro, saber controlar as emoções diante das situações desafiadoras, separar as pessoas dos problemas, estimular o aprofundamento das discussões até que haja um consenso entre os envolvidos no processo de decisão, mantendo a ética, a neutralidade e assumindo a responsabilidade pelas suas escolhas.

5. 4 NEGOCIAÇÃO

Estudos realizados por Agostini (2005) revelam que a falta de clareza da missão organizacional, por parte dos trabalhadores pode levar a equipe a incorporar valores individuais no momento de realização de suas tarefas e que, um conjunto de diferentes valores no mesmo ambiente gera conflitos.

Os conflitos surgem quando há divergências a respeito de determinadas situações; esta condição é considerada comum no ambiente de trabalho. As estratégias usadas para se resolver uma situação de conflito são muitas como: confrontar o problema ou evitar o confronto, abrandar a situação diminuindo sua intensidade, deixar o tempo passar para que o conflito se resolva por si mesmo ou permitir que ele seja definido por autoridade responsável. Dentre essas formas,

destaca-se a negociação. Nesse processo, estimulam-se as partes envolvidas para que elas façam concessões, cedendo até que haja concordância sobre o assunto (SPAGNOL *et al.*, 2010).

No cenário da pesquisa, os momentos de negociação não são vistos como oportunidade de melhoria das relações e dos processos de trabalho, mas são encarados de forma negativa. Os sujeitos da pesquisa afirmam que a negociação é o momento marcado pela imposição de soluções e falta de legitimidade dos resultados alcançados.

Percebe-se em sua fala a insatisfação quando suas decisões não são respeitadas, como por exemplo: o fato de membros da equipe não se satisfazerem com o resultado da negociação e procurarem alguém hierarquicamente superior para conseguir o que buscam. Os sujeitos expressam sua frustração ao afirmar que o trabalhador pode ser ouvido, mas a renegociação não deveria acontecer. Fatos assim reforçam a percepção de que eles possuem sobre a falta de sustentação institucional para seu papel de negociadores.

Os conflitos, inerentes ao ambiente de trabalho, podem ser enfrentados de forma negativa ou positiva, dependendo das estratégias usadas para sua resolução. A abordagem dos conflitos como prejudicial para a instituição é característica dos princípios da gerência clássica. No entanto, as teorias contemporâneas sugerem que os conflitos sejam identificados e administrados – reconhecidos, examinadas suas causas, e investido na sua mitigação e prevenção. Nessa perspectiva, considera-se saudável para as organizações sua ocorrência, pelas contribuições que esses momentos geram para o desenvolvimento profissional e pessoal, e para as transformações nas relações interpessoais e organização do processo de trabalho (MARTINELLI, 2006; SPAGNOL *et al.*, 2010).

A maioria dos sujeitos da pesquisa refere-se à pessoa responsável por resolver o conflito como negociadores. Ainda, concordam que o perfil do negociador está em construção e não consideram ser sua responsabilidade enquanto gestores o cumprimento desse papel.

Outros afirmam que no hospital não há negociadores, mas mediadores. Para estes parece haver diferença entre os dois conceitos. Sob a ótica dos sujeitos da pesquisa, o mediador, na situação de conflito, faria o papel de juiz, mantendo certa neutralidade e intermediando os agentes ativos do processo, de certa forma garantindo que as partes envolvidas sejam beneficiadas. Por outro lado, o

negociador seria agente ativo no momento da negociação e como característica teria a necessidade de manter ou receber um benefício.

Na perspectiva da vivência dos sujeitos da pesquisa sobre as situações de conflito, pode-se inferir que para os diferentes papéis, mediador e negociador, são necessárias algumas habilidades específicas. Para a primeira posição, espera-se do enfermeiro menor habilidade de convencimento, mas para ambas, o enfermeiro precisa ter credibilidade perante a equipe e poder para decidir.

Não foi encontrada na literatura a distinção entre os dois conceitos, embora as fontes de procura não se tenham esgotado. No entanto, são citadas como características necessárias ao enfermeiro negociador: o conhecimento e a experiência para administrar as relações profissionais, o saber reconhecer o conflito e trabalhar as situações de forma que elas não interfiram na assistência prestada; manter-se neutro, e flexível; expressar-se de forma inteligível, tendo boa compreensão da situação; apresentar-se como alguém em quem a equipe confia; e, possuir valores relacionados à moral como compromisso, empenho, coerência, e valorização do ser humano (PROCHNOW *et al.*, 2007; SPAGNOL *et al.*, 2010).

Outro achado que caracteriza a situação do momento de negociação pode ser identificado no discurso dos sujeitos da pesquisa quando dizem que as decisões institucionais são impostas. Os dados obtidos neste estudo reafirmam a condição histórica do enfermeiro subjugado a interesses hierárquicos superiores (PROCHNOW *et al.*, 2007).

Dessa forma, o enfermeiro relegado à condição de *status* inferior muitas vezes vê-se na qualidade de mero executor do que lhe é imposto. Este pode ser o motivo da falta de clareza para os sujeitos em relação a seu papel como negociadores, pelo fato de os conflitos serem negociados em outros níveis hierárquicos.

Apreende-se das falas dos sujeitos o perfil do negociador no cenário da pesquisa como: despreparados para agir, incompetentes, sem autonomia e indispostos para negociar. Entende-se que, ao se referir ao negociador, descrevem outras pessoas e não a si mesmos.

Esse comportamento pode ser evidência da falta de clareza para os sujeitos de que a negociação é uma competência gerencial (FURUKAWA; CUNHA, 2011). Essa situação é exacerbada pelas dificuldades encontradas como características das outras partes envolvidas no processo de negociação, ou seja, os negociantes

(os outros) que apresentam, segundo a fala dos sujeitos, irresponsabilidade, indisposição para ouvir e ceder quando necessário.

Estudo realizado por Motta, Munari e Costa (2009), com enfermeiros gerentes de um hospital público de Goiânia, teve como relato a necessidade de se instigar nos trabalhadores a colaboração mútua, envolvimento com as atividades desenvolvidas no setor de trabalho e unidade, com o objetivo de criar na equipe a corresponsabilização pelos resultados. Neste estudo, os enfermeiros assumiram a responsabilidade pelo gerenciamento dos conflitos ao ouvir as partes e buscar o atendimento, quando possível, das necessidades da equipe. Ao assumir uma atitude flexível e receptiva conseguiram manter a equipe unida e focada na prestação de assistência humanizada. Mas isso somente foi possível, segundo os pesquisadores, quando eles conseguiram alcançar a autopercepção de seu papel como negociadores.

O enfermeiro-gestor faz articulação das relações entre a equipe multiprofissional, setores, pacientes, acompanhantes, direção. Assim, quando os sujeitos dessa pesquisa não se identificam como responsáveis pelo gerenciamento de conflitos, parecem não ter atingido ainda o nível de autopercepção referido pelos enfermeiros pesquisados por Motta, Munari e Costa (2009). Este pode ser considerado um ponto crítico para a atuação dos enfermeiros gestores do hospital, por ser a negociação uma atribuição importante da função gerencial que exercem.

Encontrou-se na literatura a necessidade de a negociação ser abordada de forma sistêmica, como um processo com etapas que se iniciam com a caracterização do problema, ordenação dos objetivos, e estabelecimento das opções e critérios para as definições, estruturadas com base nos princípios de planejamento, implementação e supervisão (DUARTE; GOMES, 2004).

No entendimento de Martinelle (2006, p.262), a visão sistêmica da negociação integra onze elementos:

a relevância da comunicação e as variáveis do processo, as competências dos negociadores, o planejamento e as questões éticas envolvidas, o terceiro elemento do conflito, a aplicação de teorias da psicologia para resolução do conflito, a preocupação com os participantes e a capacidade de se trabalhar com sua diversidade, a busca por uma negociação evolutiva, e as transformações dos dados que entram e se transformam em informações ou resultados do processo.

Essa metodologia inicia o ciclo com a estruturação do problema, as situações de mal-estar, e evidência da existência do conflito são analisadas. Busca-se descrevê-las e dar forma, a partir do sistema da atividade humana, modelo conceitual utilizado pelo negociador ou analista, para comparar o “modelo adequado” com o modelo existente, e “enumerar as mudanças”. Havendo consenso entre as questões levantadas, parte-se para as “ações” e fecha-se o ciclo. Não havendo acordo, o processo se reinicia com reexame. Este sistema denominado *Soft Systems Methodology* foi utilizado no Departamento de Engenharia de Sistemas da Universidade de Lancaster (MARTINELLE, 2006, p. 361).

Assim, a negociação entendida como sistema se assemelha ao processo decisório, no sentido de utilizar-se uma metodologia, que possuiu critérios, elementos constituintes e mobilizam instrumentos gerenciais, teorias e princípios para sua efetivação. Nesta perspectiva, o processo decisório serve de sustentação para o processo de negociação, se ele estiver bem delimitado e estabelecido na instituição, na fase em que o conflito é resolvido e uma decisão é determinada. Essa ideia corrobora com a necessidade apontada pelos sujeitos da mobilização dos instrumentos tomada de decisão, conhecimento e supervisão no processo de negociação.

Estudo realizado em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo relatou que o tempo que o enfermeiro investe resolvendo conflitos é de 20%, apresentando, geralmente, uma atitude inerte em seu enfrentamento. Os autores do estudo classificam os negociadores em quatro grupos, segundo seu comportamento: “catalisador, controlador, apoiador e analítico”. Os resultados das negociações dependem de vários fatores: do comportamento apresentado pelo negociador, da situação problema e de como o processo de negociação é conduzido; todos esses aspectos são influenciados pelo clima organizacional (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008, p.570).

Na definição do ‘negociador que se quer’, a comunicação foi citada pelos sujeitos da pesquisa como instrumento necessário para efetivação do processo de negociação, principalmente nos processos cooperativos, tipo de negociação em que a equipe compartilha o poder decisório mesmo havendo interesses diferentes. Espera-se do negociador, nesse contexto, o aperfeiçoamento do uso da comunicação, informando-se de forma aberta e transparente, sem barreiras semânticas ou dificuldades que impeçam as informações de chegarem a quem é

devido. Agostini (2005) cita ainda outros tipos de negociação: a conflitiva, quando os interesses são antagônicos e não se chega a nenhum resultado; e a negociação mista, em que os interesses e os resultados são miscigenados.

As mudanças no tratamento do conflito advêm da apreensão de conhecimento científico sobre negociação. Infere-se que esta é uma lacuna da formação profissional, já que estudos apontam que, embora alguns profissionais tenham disposição para administrar o conflito, falta visão de considerá-lo como oportunidade para desenvolvimento da equipe na aplicação de novos recursos e técnicas no enfrentamento de problemas, rever os processos de trabalho, contribuir para melhoria de forma coletiva, elevar a motivação da equipe, valorizar os talentos individuais, ampliando a margem de resultados (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A comunicação e outras competências como liderança, tomada de decisão, conhecimento e supervisão, apontadas pelos sujeitos, compõem o perfil de negociador: ter disposição para negociar, ser neutro, saber separar as pessoas dos problemas, agir com profissionalismo e flexibilidade, ser firme e amigável, franco, persuasivo e empático, ter conhecimento, maturidade e bondade.

5.5 LIDERANÇA

A liderança atual no cenário da pesquisa, sob a ótica de seus sujeitos, é marcada pela necessidade de o líder possuir: equilíbrio, flexibilidade, diálogo com a equipe, comunicação eficaz, habilidade prática, consciência de que precisa saber reconhecer quando usar diferentes estilos de liderança, conhecimento de qual é seu papel e, ser resolutivo. Esse quadro do perfil do líder aproxima-se da idealização da figura do enfermeiro gestor que enfrenta diariamente um cenário desafiador.

O ambiente hospitalar é marcado por incertezas políticas, sociais, econômicas e tecnológicas, que colocam os hospitais no Brasil em situação de crise. Essa condição influencia a qualidade da assistência prestada e exige para seu enfrentamento, que a força que impulsiona o trabalho da equipe agregue condições para o trabalho (HIGA; TREVIZAN, 2005).

Em estudo realizado para determinar competências necessárias para liderança na atualidade, obteve-se como resultado da entrevista de 120 enfermeiros gerentes a necessidade de: domínio próprio, habilidade para estabelecer relacionamentos interpessoais individuais, demonstrar interesse genuíno por cada

membro da equipe, gerenciar de forma adequada os recursos financeiros e de pessoas e, possuir pensamento crítico. Segundo os autores, a habilidade em liderar inicia com a necessidade de o líder conhecer-se, reconhecer e aprender com os erros, confiar e ser digno de confiança. A equipe de enfermagem requer contato face a face com seu líder, portanto, para isso ele deve ser hábil em relacionar-se. Espera-se também, que o líder conheça o custo real para manutenção da quantidade e qualidade da equipe de enfermagem, números que devem ser racionalmente justificados e ajustados à taxa de leitos ocupados. Enfim, para liderar com eficiência é preciso saber como investir no desenvolvimento pessoal da equipe, mantendo-a focada e motivada, cuidar do paciente, dos funcionários e de si, ser estável em situações difíceis e ser resiliente (SHERMAN, *et al.*, 2007).

Outro estudo realizado, que teve como um dos objetivos caracterizar o perfil dos gerentes de hospitais acreditados obteve como resultado a falta de experiência anterior para o gerenciamento, o que se assemelha a um dos achados desta pesquisa. Esse estudo apontou a liderança como competência integrante do perfil do gerente para o desempenho de suas atividades na visão dos enfermeiros e seus superiores, indicada como a primeira competência necessária para o trabalho. Ressalta-se a necessidade do estabelecimento de critérios para seleção dos candidatos para ocupar cargos de liderança, baseados não somente em seu histórico pessoal, mas também na capacidade do indivíduo de corresponder às obrigações requeridas ao novo cargo (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

A comunicação eficaz é estabelecida por um canal de diálogo aberto e transparente, que estimula a autonomia e a corresponsabilidade, delegada, dependendo do nível de comprometimento do membro da equipe e do contexto da situação, como aspectos relacionados à liderança dialógica e situacional. Esses estilos de liderança foram apontados pelos sujeitos da pesquisa como as que mais se aproximam ao contexto de trabalho, embora ainda seja necessário o desenvolvimento de uma atitude dialógica na condução da equipe de enfermagem.

Estudo que teve como objetivo identificar a produção científica relacionada à liderança nos anos de 1999 a 2008 obteve como resultado da análise de 57 publicações a identificação de três teorias de liderança: Modelo do *Grid* Gerencial (7), Liderança situacional (4) e Teorias comportamentais (1). A conclusão dos autores é que a escolha de um modelo de liderança em detrimento de outro depende da equipe de trabalho. Outro importante achado nesse estudo foi a

escassez da citação das teorias de liderança, o que pode implicar, segundo os autores, a indisponibilidade dessa competência enquanto instrumento para o trabalho gerencial, embora as DCN apontem a liderança como competência geral necessária a ser desenvolvida desde a formação profissional (AMESTOY *et al.*, 2012).

O resultado de estudo realizado em Minas Gerais, que teve como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro sobre seu papel no exercício da gerência, indicaram que dos 16 sujeitos pesquisados, seis não se consideravam líderes por terem pouco tempo de experiência na profissão, entendendo que a habilidade para liderar advém da vivência diária (LUZ; SILVA; AVELAR, 2010). As autoras Sousa e Barroso (2009) relatam que o enfermeiro aprende a ser líder quase inevitavelmente face ao que lhe é exigido diariamente, como tomar decisões, planejar e implementar ações, gerir a equipe de enfermagem e o cuidado.

Os sujeitos da pesquisa citaram algumas ações relacionadas a instrumentos gerenciais que devem ser de domínio do enfermeiro para o exercício da liderança. Entre elas, destacam-se: planejar e avaliar coletivamente as ações, ter tempo para conversar com os liderados, tomar decisões de forma participativa, conhecer os elementos integrantes do processo de liderança, administrar os conflitos que surgem na equipe com autonomia, apresentar suas ideias claramente, ouvir e interpretar corretamente as informações na interação com o outro.

A partir da fala dos sujeitos, infere-se que, para assumir a coordenação da equipe de enfermagem o enfermeiro deve possuir habilidades para liderar. Entretanto, para isso é primeiro necessário que ele tenha consciência de seu papel como líder e busque conhecer e aplicar princípios de liderança, aperfeiçoando diariamente o uso deste instrumento.

5.6 OS QUATRO QUADROS LÓGICOS

Para o planejamento das ações e acompanhamento de seu desenvolvimento foram construídos coletivamente os QL para os instrumentos gerenciais gerais e para os instrumentos, tomada de decisão, negociação e liderança.

5.6.1 O quadro lógico como técnica de escolha

O QL, técnica escolhida para planejar e acompanhar o alcance da elaboração dos instrumentos gerenciais favoreceu a descrição detalhada dos nós críticos, limites, agentes influenciadores e formas para resolução dos problemas relacionados ao uso dos instrumentos gerenciais. À medida que os objetivos, indicadores e resultados foram estruturados e as atividades, para o alcance de cada etapa foram descritas detalhadamente, os instrumentos foram delineados. A organização das atividades com a utilização do QL permitiu o alcance de uma visão panorâmica do problema para o monitoramento de suas etapas, demonstrando ser um importante recurso para as atividades gerenciais do enfermeiro relacionadas ao planejamento do cuidado, da equipe e da assistência prestada.

5.6.2 Instrumentos gerenciais gerais na operacionalização das ações do enfermeiro

O QL dos instrumentos gerenciais foi inicialmente composto por informações advindas do questionário semiestruturado aplicado. Como **objetivo de impacto** teve-se a contribuição das discussões para consolidação das funções do enfermeiro gestor no HI e, o **objetivo do projeto** a utilização dos instrumentos gerenciais para operacionalização da gestão. Os resultados de curto prazo de identificação das atividades gerenciais nas dimensões do processo de trabalho, definição e caracterização dos instrumentos gerenciais foram alcançados a partir do detalhamento dos indicadores operacionais.

5.6.3 O quadro lógico da tomada de decisão

Este QL teve como **objetivo de impacto**, alcançar maior resolutividade nas decisões tomadas. O alcance desse objetivo iniciou com o estímulo do grupo para aprofundar as discussões sobre o assunto. A condução da pesquisa, a partir de reflexões conjuntas após a revisão e os seminários realizados junto aos sujeitos, permitiu caracterizar a tomada de decisão como um sistema. Pôde-se inferir que a tomada de decisão, inicia-se com a percepção de uma anormalidade, e é delimitada pela repercussão dos resultados, positivos ou negativos, das ações realizadas para o (re)estabelecimento da normalidade.

O processo decisório, componente da tomada de decisão, foi definido pelos enfermeiros gestores como a resolução de um problema por meio de análise e escolha da melhor opção para aquele contexto, sendo o método que o tomador de decisão utiliza para examinar a situação, de forma sistemática ou não, baseada em seu conhecimento, valores éticos, culturais e morais. Os elementos constituintes do processo decisório são: o **problema** e suas características e as **pessoas** que deflagraram ou estão envolvidas no problema, os **responsáveis** pela resolução, o **método** utilizado para análise do problema.

Outros elementos podem ser incorporados quando se busca efetividade para resolução da situação, como a **supervisão** das ações implementadas e a **avaliação** do plano interventor. No **macrossistema** da tomada de decisão, no cenário da pesquisa, vários fatores influenciam as decisões do enfermeiro, como o **clima organizacional**, a **estrutura hierárquica**, as **estratégias** empregadas na gestão e o **modelo de gestão** adotado; no ambiente externo as **políticas públicas** e o **sistema de saúde** vigente (FIGURA 2).

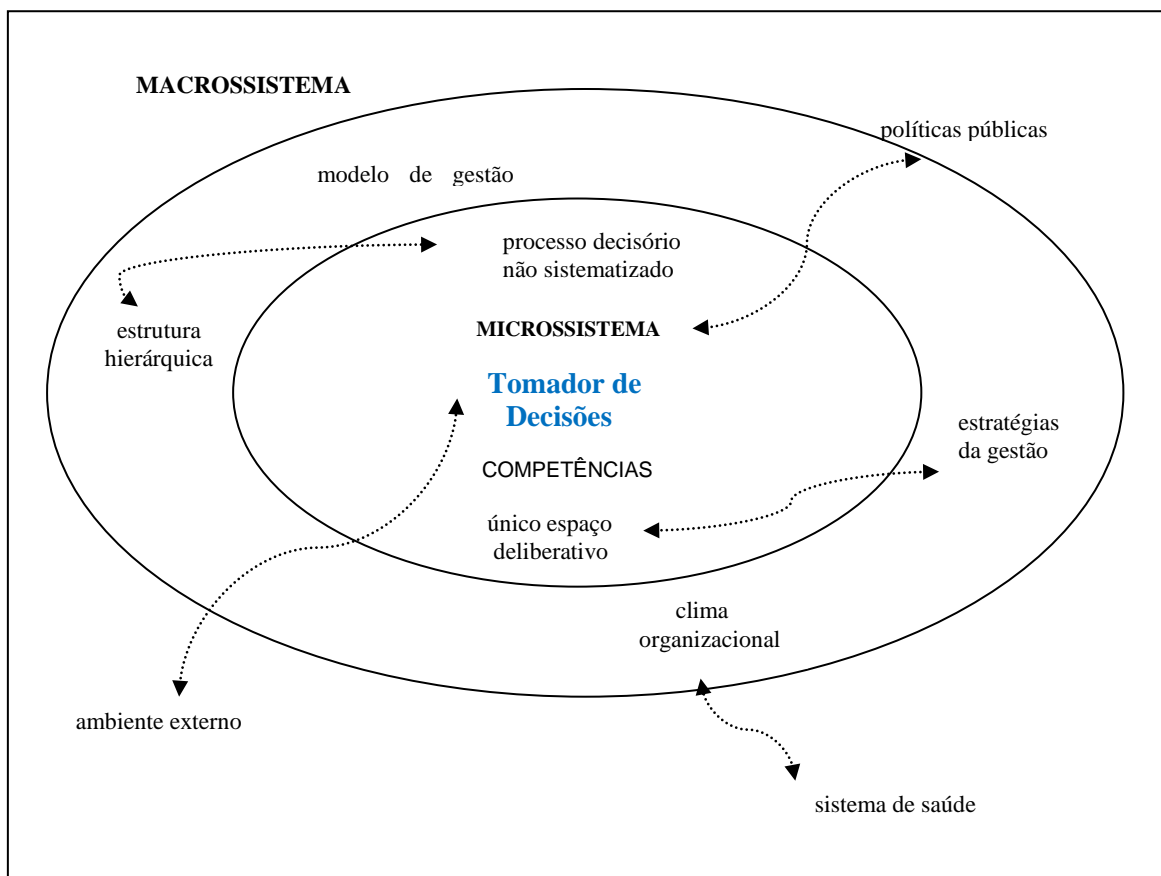


FIGURA 2: O SISTEMA DE TOMADA DE DECISÃO NO CENÁRIO DA PESQUISA
 FONTE: A autora (2012)

As características individuais do enfermeiro, no **microssistema** das decisões são os fatores influenciadores, no campo de suas competências. Outros são a existência de um **único espaço deliberativo** e o **processo decisório não sistematizado**. As dimensões relacionadas ao macro e microssistema da tomada de decisão citadas, interagem e resultam em um sistema complexo, que se complementam.

Obteve-se como resultado de curto prazo do QL, a elaboração do processo decisório para uso dos enfermeiros. Essa meta e todos os objetivos operacionais foram alcançados.

5.6.4 Os determinantes do momento de negociação e o perfil do negociador

O QL da negociação esclarece seus determinantes e caracteriza o negociador, a partir dos objetivos propostos pelos participantes no seminário de obtenção de maior resolutividade por meio da estruturação do processo de negociação. A contribuição para os estabelecimento do processo de negociação iniciou-se com discussões no grupo para definição e detalhamento dos elementos constituintes do processo, compreensão dos limites do espaço de atuação do enfermeiro gerente, e estímulo à reflexão sobre as habilidades necessárias ao bom negociador. Os indicadores de desempenho e operacionais foram comprovados pela lista de presença de participação, e os objetivos inicialmente levantados foram alcançados.

5.6.5 O instrumento liderança desenhado no Quadro Lógico

Este QL teve como **objetivo de impacto** o emprego da liderança como instrumento para a gestão, com influência direta na qualidade da assistência de enfermagem. Observou-se que a falta de conhecimento dos diferentes estilos de liderança, dos instrumentos mobilizados no exercício da liderança, falta de reconhecimento do papel de líder, e a dificuldade de conciliar as necessidades do grupo com os objetivos institucionais interferem na apreensão da liderança como instrumento para gestão e na concretização das atividades relacionadas ao gerenciamento da assistência.

5. 7 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Na finalização dos trabalhos foi elaborado um Plano de Ação. A proposta dos sujeitos da pesquisa foi de manutenção do ambiente de discussões, proporcionada pelos seminários. Os enfermeiros consideraram ser este um espaço neutro que permitiu a troca de experiências facilitando a articulação entre a literatura, apresentada como material de apoio para as discussões, e a prática. Dessa forma, sugeriram que essa fosse a estratégia empregada para dar continuidade às discussões. Solicitaram que também fossem mantidos os seminários, pois segundo eles, esse formato favoreceu a participação de todos, e assim, conseguirão alcançar o uso efetivo dos instrumentos gerenciais para apoiar suas atividades, com o envolvimento de todos nos debates, planejamento das ações, desenvolvimento de fluxos e estabelecimento dos processos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, retomam-se os principais achados da pesquisa, suas limitações, perspectivas e avanços. Apontam-se, também, as necessidades de aprofundamento no tema e recomendações futuras. Este estudo teve como objetivo desenvolver um plano de ação participativa para uso de instrumentos de apoio a atividades gerenciais dos enfermeiros.

Os resultados indicam que as atividades gerenciais do enfermeiro gestor enfatizam as dimensões administrativas e técnicas do processo de trabalho. Estão relacionados à provisão de materiais e equipamentos; ao controle e a supervisão das atividades e dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e pela equipe multiprofissional. As ações têm foco nas atividades realizadas e não em quem as realiza ou dela é beneficiada, evidência da impessoalidade nas relações que resulta na fragmentação do cuidado.

A contribuição do enfermeiro gestor para a rede pública de saúde estadual privilegia a gestão pública e converge na qualidade da assistência prestada pelas instituições de saúde. Entretanto, o perfil do enfermeiro gestor no HI não condiz com as exigências do complexo ambiente hospitalar atual. Dessa forma, há de se (re)pensar na sua capacitação para o exercício do cargo. Embora se entenda que a conformação do profissional com competências para o gerenciamento devam ser construídas no início de sua formação e diariamente aperfeiçoadas durante sua prática profissional, observa-se a dificuldade de articulação do conhecimento construído com as situações do cotidiano e a dicotomia entre a preparação desse profissional, que demonstrou estar ainda pautada nos modelos tradicionais da administração clássica, e as exigências do mercado competitivo que qualificam os bens e serviços produzidos em saúde e enfermagem, impondo fortemente regras e padrões. Para responder a essas exigências, as instituições e os Serviços de Enfermagem têm que investir no preparo do enfermeiro para novas formas de gerir.

Estas inovações no gerenciamento implicam na valorização do ser humano com ênfase no diálogo, no estabelecimento de relações interpessoais (paciente, família, funcionários), na gestão participativa, na corresponsabilização, nas ações integrativas entre os enfermeiros líderes da rede pública e seus gestores, em novas competências para o trabalho, e nas relações de cooperação. Nessa ótica, os

instrumentos gerenciais são ferramentas de apoio para o trabalho do enfermeiro gestor.

Entretanto, observou-se nos seminários que embora os instrumentos gerenciais estejam presentes em todas as ações dos enfermeiros, sua utilização ainda ocorre de forma empírica. Os instrumentos gerenciais são subutilizados por falta de conhecimento de seus princípios e características. Não há clareza da parte de todos os enfermeiros de que esses são recursos que possibilitam uma prática efetiva, possíveis de serem apreendidos, à medida que são empregados para planejar e organizar cada ação.

Considera-se que os limites para utilização adequada dos instrumentos gerenciais estão nas pessoas, no campo de suas competências e na ruptura com práticas pré-estabelecidas, e na instituição hospitalar. Identificou-se a necessidade do desenvolvimento de competências para potencializar o uso dos instrumentos gerenciais. Contudo essas competências precisam estar embasadas em saberes administrativos, relacionados aos novos modelos e conceitos da administração atual. Estes devem apontar quais competências são relevantes para as ações gerenciais e o emprego dos instrumentos neste contexto. Entre os limites institucionais estão às fragilidades no modelo de gestão, desenhado, mas não vivenciado na prática. Este por sua vez, confere instabilidade no emprego de fluxos e processos dos instrumentos gerenciais.

Em relação à pesquisa-ação, método utilizado neste estudo, considera-se que foi a escolha adequada ao desenvolvimento, pois propiciou a interação entre pesquisador e sujeitos. Foram observadas mudanças de posição dos enfermeiros, o que pode ser considerado um ponto positivo. A proposta de utilização do espaço do comitê gestor para continuar as discussões de questões gerenciais que surgiram provocadas pela pesquisa aponta para novos rumos institucionais de fortalecimento dos conhecimentos sobre gestão pelos enfermeiros.

Sugere-se para estudos futuros, o estímulo à reflexão e o entendimento do fenômeno relacionado à dificuldade de articulação entre as teorias administrativas e sua prática. Principalmente, na compreensão dos fundamentos teóricos empregados pelos profissionais enfermeiros e sua aplicação na prática gerencial.

Conclui-se que a Administração, como ciência, apoia o enfermeiro com instrumentos para a gestão, que o permitem organizar seu processo de trabalho em consonância com as necessidades de saúde da população e as demandas das

instituições do terceiro milênio. Resta aos enfermeiros associar conhecimentos da Administração e de Enfermagem para gerenciar nessa nova perspectiva.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R. **O conflito como fenômeno organizacional**: identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público. Ribeirão Preto, 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALMEIDA M. L.; PERES, A. M. Conhecimento habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Invest. Educ. Enferm.**, Medellín, v.30, n. 1, p. 66-76, 2012.

ALMEIDA, M.L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. esp, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04/06/2012.

AMESTOY, S. C.; TRINDADE L. L.; WATERKEMPER R., *et al.* Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.5, p. 844-847, 2010.

AMESTOY S. C.; BACKES S. M. S., TRINDADE L. L. *et al.* The scientific production regarding leadership in the context of nursing. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.10, p. 219-224, 2012.

BALBINO, A. C. *et al.* Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 249-266, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/11/2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARBOSA, M. A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 23/08/2012.

BALSANELLI, A. P.; MONTANHA, D. Liderança. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* **Competências gerenciais**: desafio para o enfermeiro. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Dimensões do Trabalho da Enfermagem em múltiplos cenários institucionais. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.5, n.1, p. 123-133, 2011.

BITTENCOURT, M. A.; ZOUAIN, D. M. Escolas de Governo e a Profissionalização do Servidor Público: Estudo dos Casos da Escola de Serviço Público do Estado do Amazonas-ESPEA e da Fundação Escola de serviço Público Municipal de Manaus-FESPM. **ADM.MADE**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.75-94, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, 29 de março de 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Informacao_Saude.pdf> Acesso em: 03/11/2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18/03/2012.

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de junho 1986. Disponível em: <<http://portaldocofen.com.br> (legislação)>. Acesso em: 03/04/2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 set 1990; Seção 1:018055

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção da política nacional de informação e informática em saúde**: consulta pública. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 18/12/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão nacional de Ética em Pesquisa. Normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. **Resolução 196/96** – CNS. Brasília (DF), 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Resolução n.3, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.37, 9 nov. 2001. Seção 1.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.1, p.45-53, 2010.

CAMPOS, L. F; MELO, M. R. A. C. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692007000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/10/2012.

CARVALHO J. F. S., CHAVES L. D. P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.13, n.3, p. 546-553, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a21.htm>. Acesso em 21/09/2012.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: SENAC, 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº293/04**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm>>. Acesso em: 04/11/2011.

CRISTOVAM, B. P.; SANCHES, V. F.; SILVINO, Z. R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar: uma visão dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 214-220, 2006.

D'ANTONIO, P.; CONNOLLY, C.; WALL B. M., *et al.* Histories of nursing: The power and the possibilities. **Nurs. Outlook**, Saint Louis, v. 58, n.4, p. 207-213, 2010.

DUARTE, E. R. M.; GOMES, P. Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2004, Gramado. **Anais do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Gramado: ABEn, 2004.

EFFKEN, J. A. *et al.* Nurse Managers' Decisions: Fast and Favoring Remediation. **J. nurs. adm.**, Wakefield, v.40, p.4, n.188-195, 2010.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Comunicação. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERNANDES, M. S.; SPAGNOL C. A.; TREVISAN M. A. A conduta gerencial do enfermeiro: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.161-167, 2003.

FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.14, n.34, p. 673-681, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23/08/2011.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, M. de J. C. S. (org.). **Gestão em enfermagem: ferramentas para a prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURCGANT, P. (coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FUGULIN, F. M. T.; SILVA, S. H.; SHIMIZU, H. E. *et al.* Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. **Rev. med. Hosp. Univ.**, São Paulo, v.4, (1/2), p. 63-81, 1994.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, [09 telas], 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_15.pdf. Acesso em 22/03/2012.

GALANTE, A. C.; ARANHA, J. A.; BERALDO, L. *et al.* A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. **Rev Latina-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.11, p.357-363, 2003.

GALVÃO, C. M.; TREVISAN, M. A.; SAWADA, N. O. *et al.* Enfermeiro de centro cirúrgico: seu estilo de liderança com o pessoal auxiliar de enfermagem. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.18, n.1,p.31-42, 1997.

GANDIN, D. A posição do Planejamento Participativo entre as Ferramentas de Intervenção na Realidade. **Currículo sem Fronteiras**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.81-95, 2001.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA L. M., TREVISAN M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev Latino-am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.16, n.6, p. 966-972, 2008.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SA, C. P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicol. teor. prá.**, São Paulo, v. 9, n. 2, 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23/08/2012.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes do trabalho médico**. 209f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas da Saúde: processos e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

GRAGMINA, M. M. R. **Modelo de competências e gestão de talentos**. Rio de Janeiro: Makron, 2007.

GRECO, R. M. Relato de experiência: Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.4, p.504-507, jul./ago. 2004.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2 p.258-265, 2009.

HIGA, E. F. R.; TREVISAN, M. A. The style of leadership idealized by nurses. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.59-64, 2005.

JERICÓ, M. C.; CASTILHO, V. Gerenciamento de custos: aplicação do método de Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.745-752, 2010.

JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.569-577, 2008.

KOVÁCS I. Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 52, p. 41-65, 2006.

KRAEMER F. Z.; DUARTE M. L. C.; KAISER D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.487-494, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13519/13930>. Acesso em: 12/08/2012.

KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

KURCGANT, P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n.5 p.539-544, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/10/2012.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KURCGANT P.; CIAMPONE M. H. T; MELLEIRO M. M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, n.27, v. 3, p.351-355, 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4623/2635>. Acesso em: 23/07/2012.

KURCGANT, P. **Qualidade, inovação e informação para o enfermeiro do século XXI**. Curitiba, 20 de out. 2011. Palestra proferida na Universidade Federal do Paraná.

LARANJEIRA, S. M. G. Fordismo e pós-fordismo. In: CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2 ed. Petrópolis: Vozes Ed. UFRG, 1999.

LANZONI, G. M. M.; LINO, M. M.; LUZARDO, A. R. *et al*. Planejamento em Enfermagem e Saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.430-435, 2009.

LIMA, J. C.; FAVERET, A. C.; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.631-641, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27/08/2011.

LIMA, W. C.; SAMPAIO, S. F. Competência política do enfermeiro: achados bibliográficos. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.28, n.4, p. 564-569, 2007.

LOPES, L. A.; DYNIEWICZ, A. M.; KALINOWSKI, L. C. Gerenciamento de materiais e custos hospitalares em uti neonatal. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.278-285, 2010.

LOUSADA, M.; VALENTIM, M.L.P. Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. **Perspectivas em ciência da informação**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p.147-164, 2011.

LUZ E. D.; SILVA R. F., AVELAR S. A. Percepção do enfermeiro sobre seu papel no exercício da liderança. **Revista de Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.3, n.1, p.442-452, 2010.

MANZO, B. F. *et al*. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p.151-158, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/11/2012.

MARIN, H. F. Tecnologia da Informação. In: HARADA, M. J. C. S. (org.). **Gestão em enfermagem: ferramentas para a prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, E. C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2005.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, E. C. J. **Leadership Roles and Management Functions in Nursing**: theory and application. 6th ed. USA: Lippincott, 2009.

MARTINELLI, D. P. Negociação, administração e sistemas: três níveis a serem inter-relacionados. **R. Adm.**, São Paulo, v.41, n.4, p.353-368, 2006.

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

MATOS, E. ; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.508-514, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/11/2012.

MEDEIROS, V. C. **O planejamento como ferramenta para a reorganização da atenção pré-natal**. 98 f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MEHRY, E. E. **Planejamento como tecnologia de gestão**: tendências e debates do Planejamento em Saúde no Brasil. Campinas: Seca, 1994.

MEHRY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEHRY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MELO, M. N. B. **A intenção e o gesto: as ações gerenciais de enfermeiros em espaços hospitalares**. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.2, p.348-354, 2011.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B.; COSTA F. N. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, v.1, n.1, p.73-99, 2009. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a5.pdf>. Acesso em: 25/03/2012.

MUNHOZ, S. Gerenciamento de custos da assistência de enfermagem. In: HARADA, M. de J. C. S. (org.). **Gestão em enfermagem**: ferramentas para a prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

PADILHA, M. I. Pesquisa translacional – qual a importância para a prática da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n.20, v.3, p. 419-420, 2011.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.4, p.392-398, 2002.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.13, n.30, p.121-134, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/12/2011.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp, p. 880-881, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/10/2012.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p.492-499, 2006.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Avaliação de Desempenho Profissional. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PFEIFFER, P. O Quadro Lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do Serviço Público**, v.51, n. 1, p. 81-122, 2000.

PFEIFFER, P. **Gerenciamento de Projetos de Desenvolvimento. Conceitos, Instrumentos e Aplicações**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

PROCHNOW, A. G. *et al.* O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.4, p. 542-550, 2007.

RAMOS, V. M.; FREITAS, C. A. S. L.; SILVA, M. J. Aprendizagem da liderança: contribuições do internato em enfermagem para a formação do estudante. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.157-161, 2011.

RAMOS, E. V. S.; LIMA, R. J. O. Ensino/Aprendizagem. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

REIS, E.; LÖBLER M. L. O processo decisório pelo indivíduo e representado nos sistemas de apoio à decisão. **RAC**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p.394-417, 2012.

RESCK Z. M. R.; GOMES E. L. R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_11.pdf. Acesso em: 14/09/2012.

ROGENSKI, K. E. *et al*. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.223-229, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21/10/2012.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p.321-329, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/10/2011.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 317-321, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200023&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2012.

SALES A. A. R.; LIMA F. R. F.; FARIAS S. A. B. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 111-115, 2007.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p.221-224, 2007.

SHERMAN, R.O, BISHOP, M., EGGENBERGER, T. *et al*. Development of a leadership competency model from insights shared by nurse managers. **J. nurs. adm.**, Wakefield, v.37, n. 2, p. 85-94, 2007.

SMALTZ, D. H.; BERNER, E. S. **The executive's guide to electronic health Records**. Health Administration Press, 2007.

SOARES, A. V. N.; ROGENSKI E. K.; FUGULIN F. M. T. *et al*. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v.35, n.3, p. 344-349, 2011.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexões sobre o cuidado como essência da liderança em Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.181-187, 2009.

SPAGNOL, C. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.23, n.1, p.114-131, 2002.

SPAGNOL C. A. (Re)thinking nursing management based on Collective Health concepts. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 119-127, 2005.

SPAGNOL, C. A. *et al.* Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.803-811, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/11/2012.

TAUBE, S. A. M. **O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização**: uma perspectiva tecnológica aos instrumentos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2009.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VARGAS, M. A. O; TEIXEIRA, C; ZANCHIN, F. *et al.* Capacitação dos técnicos de enfermagem para as melhores práticas no uso de broncodilatadores em pacientes mecanicamente ventilados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p. 505-512, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	127
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	128
APÊNDICE 3 - CRONOGRAMA.....	129

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Parte I- Identificação		
Idade	Tempo de formação	Tempo de serviço na função gerente
Parte II- Questões diagnósticas		
<p>1. Escreva sobre as atividades gerenciais que você desempenha como enfermeiro.</p> <p>a-na assistência</p> <p>b-na gerência</p> <p>c-no ensino</p> <p>d-na pesquisa</p> <p>e-na política</p>		
<p>2. Quais instrumentos gerenciais podem auxiliar nas atividades que você desempenha? Leia a vinheta abaixo e responda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>A viabilidade do cuidado do paciente exige planejamento, organização e domínio de instrumentos que permitam que as ações do enfermeiro sejam realizadas dentro de uma racionalidade para o alcance da qualidade da assistência. Os instrumentos que apoiam a função gerencial são – “ dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção, educação continuada, liderança, supervisão e avaliação de desempenho” (ROTHBARTH, WOLFF, PERES, 2009, p.327). Outros podem compor este quadro como o processo de tomada de decisão, gerenciamento de matérias, auditoria, negociação, gerenciamento de risco, gerenciamento de custo, planejamento, sistema de acreditação, sistema de informação gerencial e comunicação.</p> </div>		
<p>3. Quais as facilidades e dificuldades que você encontra para a realização destas atividades?</p>		

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Cara(o) enfermeira(o)

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado *Planejamento Participativo na elaboração de uma ferramenta gerencial-Análise dos requisitos necessários*. O objetivo desta pesquisa é desenvolver instrumentos que apoiem os enfermeiros-gerentes a desenvolverem suas atividades de forma participativa. Caso você participe dela, saiba que não se aplica nenhum tipo de desconforto e não há risco em participar da pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária e de fundamental importância, os benefícios esperados são a melhoria da qualidade do processo de trabalho do enfermeiro com o uso de instrumentos de apoio ao desenvolvimento das atividades gerenciais, aumentando a produtividade e o alcance dos objetivos da organização.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda um questionário e participe dos seminários que serão realizados dentro do ambiente de trabalho, com cerca de 4 a 8 encontros e duração aproximada de uma hora. As reuniões serão gravadas, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

Você tem liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo orientador da pesquisa e pelas autoridades legais; no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Ainda, há garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas; direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Em caso de dúvidas, você pode contatar os responsáveis pela pesquisa Elizabete Araújo Eduardo e Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres, pelo e-mail: beteokale@hotmail.com ou amaris@ufpr.br, pelo telefone (41) 98882669 ou (41) 33918132, ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II - Av. Lothário Meissner, 632. Jd. Botânico. Curitiba, PR) de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h.

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

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do enfermeira(o)

Nome do pesquisador principal

____/____/____

Data:

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 11 / 30 / 2013

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 131

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 20 de outubro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Elizabete Araujo Eduardo
Ainda Maris Peres

Nesta

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Instrumentos de apoio às atividades gerenciais dos enfermeiros de um hospital infantil**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 03 de agosto de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 11 de outubro de 2011.

Registro **CEP/SD**: 1183.108.11.08

CAAE: 0116.0.091.429-11

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

Data para entrega do 1º relatório parcial e/ou de conclusão: 21/04/2012.

Atenciosamente


Prof. Dr.ª Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde