

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

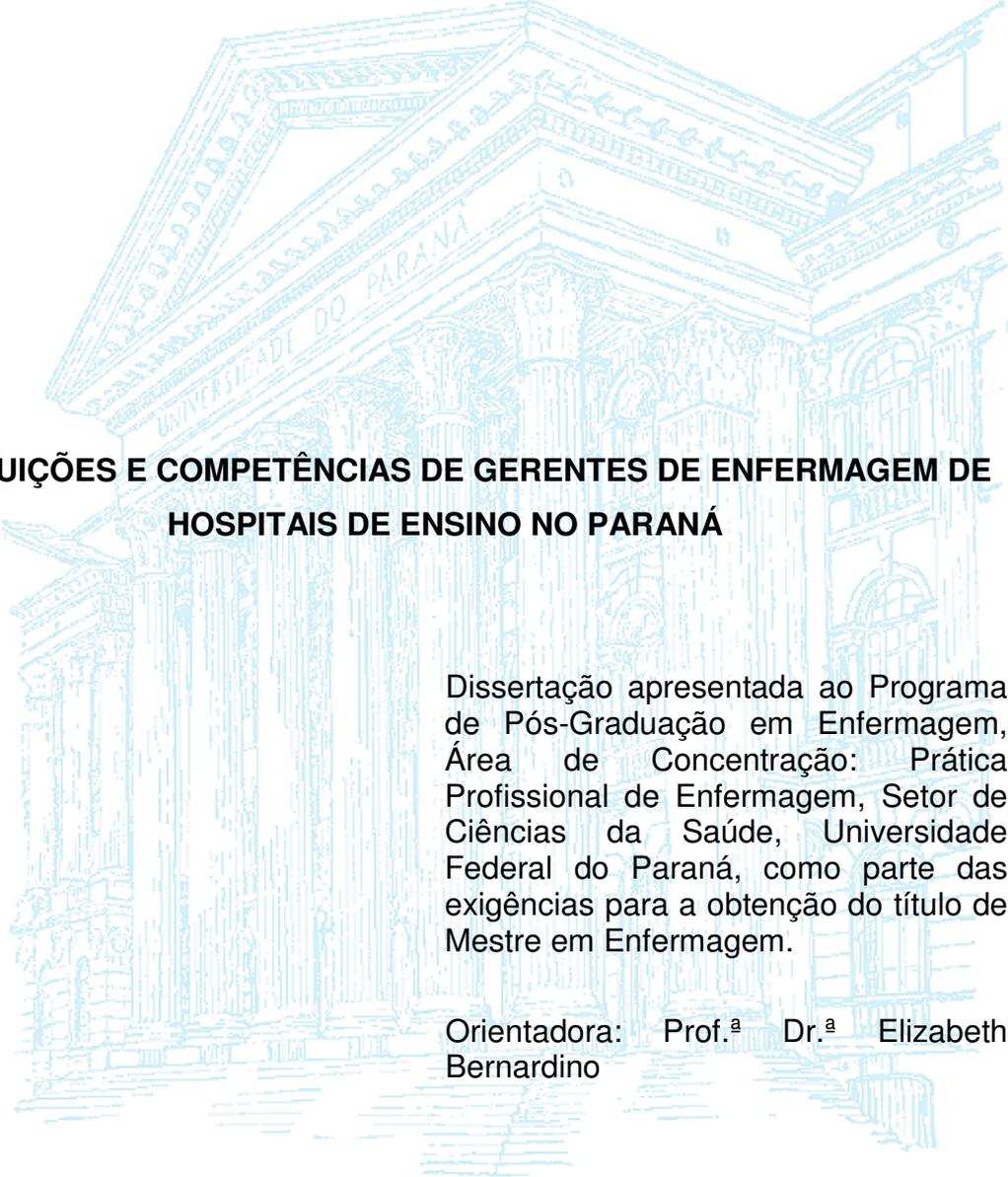
NAYARA MIZUNO TIRONI

**ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE GERENTES DE ENFERMAGEM DE
HOSPITAIS DE ENSINO DO PARANÁ**

CURITIBA

2014

NAYARA MIZUNO TIRONI



**ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE GERENTES DE ENFERMAGEM DE
HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2014

Tironi, Nayara Mizuno
Atribuições e competências de gerentes de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná / Nayara Mizuno Tironi – Curitiba, 2015.
100 f. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Hospitais de ensino. 3. Gerentes hospitalares. 4. Competências gerenciais. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.173068

TERMO DE APROVAÇÃO

NAYARA MIZUNO TIRONI

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ

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. Elizabeth Bernardino
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad
Membro Titular: Universidade Estadual de Londrina – UEL



Profa. Dra. Miriam Aparecida Nimtz
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 25 de novembro de 2014.

RESUMO

TIRONI, N. M. Atribuições e competências de gerentes de enfermagem de hospitais de ensino no Paraná. 96fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2014

Este trabalho tem como objetivo caracterizar os enfermeiros que exercem o cargo de gerente de enfermagem nos hospitais de ensino do Paraná; caracterizar o cargo de gerente de enfermagem nas instituições; descrever as atribuições relativas ao cargo; apreender as competências necessárias para o cargo e, como elas foram adquiridas. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. Tem como cenário de estudo os hospitais de ensino do estado do Paraná. Foram entrevistados 13 enfermeiros de doze hospitais de ensino. As falas dos participantes foram pré-categorizadas nas dimensões de ensino, pesquisa, gerenciamento e assistência e, para a sua análise, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. Durante a realização da pesquisa os aspectos éticos foram respeitados conforme os preceitos da Resolução 466/2012. Entre os resultados verificou-se que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, formados há mais de 9 anos e poucos tem experiência anterior na função. A escolha para o cargo de gerente de enfermagem variou entre indicação, promoção, eleição, processo seletivo e transferência. O quantitativo de recursos humanos que o enfermeiro gerente é responsável variou entre 27% a 60% do total de recursos humanos dos hospitais. Suas atribuições são referentes à dimensão de gerenciamento, sendo que o gerente desenvolve atividades de gerenciamento da assistência de enfermagem, de recursos humanos, custos e educação permanente e continuada. Além destas, há a participação na direção do hospital na qual o enfermeiro gerente representa a enfermagem perante a direção geral e representa a direção para os trabalhadores de enfermagem concomitantemente. Para o desenvolvimento destas atividades observou-se que são necessárias a competência política e as competências gerenciais como a liderança, gestão de conflitos e tomada de decisão. Ademais o conhecimento, a habilidade em se comunicar, o ser ético, ter senso de justiça e ser comprometido foram ressaltadas nas falas dos participantes. Não foram evidenciadas atividades e competências referentes à dimensão de pesquisa neste estudo. As competências foram adquiridas por meio da prática profissional, estudo, troca de experiências e com o apoio da instituição. Entende-se que este estudo aumenta a visibilidade e a importância do enfermeiro nas organizações de saúde além de contribuir para que os profissionais da prática se atentem para a função dos hospitais de ensino e, que as escolas formadoras se tornem mais visíveis nestes espaços.

Palavras-chave: Enfermagem. Hospitais de Ensino. Gerentes hospitalares. Competências Gerenciais.

ABSTRACT

TIRONI, N.M. Duties and responsibilities of nurse managers of educational hospitals in Paraná. 96fls. (Master) Master in Nursing. Post graduate Program in Nursing. Federal University of Paraná, 2014

This work aims to characterize nurses who pursue the position of nurse manager in the Paraná teaching hospitals; characterize the position of nursing manager in the institutions; describe the duties related to the position; learn the skills required for the position and how they were acquired. This is an exploratory descriptive study of qualitative approach. Its study scenario of Paraná state teaching hospitals. We interviewed 13 nurses twelve teaching hospitals. By the participants were pre-categorized into the dimensions of teaching, research, management and support, and for its analysis, we used the content analysis proposed by Bardin. During the research the ethical aspects were respected as the precepts of Resolution 466/2012. Among the results found that the majority of nursing women is formed for more than 9 years and has little prior experience in function. The choice for the position of nurse manager ranged from display, promotion, election, selection process and transfer. The quantity of human resources that the nurse manager is responsible ranged from 27% to 60% of total human resources of hospitals. Its responsibilities are related to the size of management, and the manager develops management activities of nursing care, human resources, costs and permanent and continuing education. Besides these, there is participation in the management of the hospital in which the nurse manager is the nurse before the general direction and represents the direction for nursing workers concomitantly. For the development of these activities was observed that are necessary to political competence and managerial skills such as leadership, conflict management and decision making. Besides the knowledge, ability to communicate, being ethical, sense of justice and be committed were highlighted in the speeches of the participants. No activities and skills were observed for the size of research in this study. The skills were acquired through professional practice, study, exchange of experience and with the support of the institution. It is understood that this study increases the visibility and importance of nurses in health organizations and contribute to the professional practice they pay attention to the function of teaching hospitals, and that the educational schools become more visible in these spaces.

Key words: Nursing. Hospital, Teaching. Chief Executive Officers, Hospital. Management Competence.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CENÁRIO DE PESQUISA	38
QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014.....	44
QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM. 2014.....	45
QUADRO 4 - ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014	48
QUADRO 5 - COMPETÊNCIAS DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014	51
QUADRO 6 - ELEMENTOS DESTACADOS DURANTE A ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS. 2014	53
QUADRO 7 – COMO AS COMPETÊNCIAS FORAM ADQUIRIDAS. 2014	55

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRUEM	Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANDIFES	Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENEM	Direção Nacional dos Estudantes de Medicina
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária
HE	Hospital de Ensino
HU	Hospital Universitário
HUE	Hospital Universitário e de Ensino
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAVs	Índices Adicionais de Valorização
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IVD	Índice de Valorização de Desempenho
IVH	Índice de Valorização Hospitalar

LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
POA	Plano Operativo Anual
PPA	Plano de Pronta Ação
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 PROBLEMÁTICA	12
3 OBJETIVOS	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 HOSPITAL DE ENSINO.....	17
4.2 GERENCIAMENTO E COMPETÊNCIAS GERENCIAIS EM ENFERMAGEM	29
5 MÉTODO	37
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	37
5.2 CENÁRIO.....	37
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	39
5.4 COLETA DE DADOS.....	40
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	42
6 RESULTADOS	44
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE ENFERMAGEM.....	44
6.2 CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM	45
6.3 ATRIBUIÇÕES DO GERENTE DE ENFERMAGEM.....	48
6.4 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DE GERENTE DE ENFERMAGEM.....	51
6.5 COMO AS COMPETÊNCIAS FORAM ADQUIRIDAS.....	55
7 DISCUSSÃO	56
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE ENFERMAGEM.....	56
7.2 CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM	57
7.3 ATRIBUIÇÕES DO GERENTE DE ENFERMAGEM.....	62
7.4 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DE GERENTE DE ENFERMAGEM.....	70
7.5 COMO AS COMPETÊNCIAS FORAM ADQUIRIDAS.....	76
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	94
APÊNDICE 1 – MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	94
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
ANEXOS	98
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	98

1 APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, questões sobre o trabalho gerencial do enfermeiro sempre me acompanharam e, ao vivenciar o estágio supervisionado, tive a oportunidade de conhecer, com mais profundidade, o trabalho do enfermeiro nas esferas assistenciais e gerenciais, despertando o interesse pela área de gerenciamento.

Esse interesse me fez buscar a residência em gerência dos serviços de enfermagem, que oportuniza ao residente a especialização em serviço, acompanhando o trabalho do enfermeiro na gerência das unidades assistenciais e no cuidado direto ao paciente.

No período como residente acompanhei como os hospitais se organizam para garantir a assistência ao paciente e atender as demandas da rede SUS e o papel do enfermeiro neste contexto. Observei, durante o estágio em assessorias da direção de enfermagem de um dos hospitais, que a diretora de enfermagem necessitava organizar o cuidado prestado pela equipe e os recursos humanos que eram de sua responsabilidade.

Esse fato me instigou em saber o que o enfermeiro faz e como ele desenvolve o seu trabalho em um cargo na alta direção dos hospitais, levando-me a ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com esta proposta de pesquisa.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa “Políticas e práticas de saúde, educação e enfermagem” da UFPR e no projeto de pesquisa “Espaços de atuação do enfermeiro: atribuições, funções, poder e visibilidade” da professora doutora Elizabeth Bernardino, orientadora deste trabalho.

O estudo se estrutura, primeiramente, na contextualização em que os hospitais de ensino estão inseridos no modelo assistencial proposto pela rede SUS e a atuação do enfermeiro neste cenário. Posteriormente, são apresentados os objetivos, a revisão de literatura sobre hospital de ensino, o gerenciamento e as competências gerenciais em enfermagem e o percurso metodológico. Após essas etapas, são apresentados os resultados da pesquisa e a sua discussão e, finalmente, as considerações finais.

2 PROBLEMÁTICA

Implantado em setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, é a maior política pública de saúde instaurada no país. É organizada de forma regional e hierarquizada com uma rede de serviços de atenção à saúde da população (MINICHIELO, 2010). Dentro dessa rede de serviços está o hospital que tem como função responder adequadamente às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas de saúde da população (MENDES, 2011).

A princípio, os hospitais universitários e de ensino não estavam integrados à rede de atenção do SUS. Essa inserção ocorreu a partir da criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (FIDEPS), em 1991, que objetivava ampliar a cooperação dos hospitais de ensino com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e as pesquisas realizadas (BRASIL, 2012a), pois são formadores de profissionais e produzem a maioria das pesquisas clínicas na área da saúde, além de serem unidades de prestação de serviços de alta complexidade e modelos de prática e de construção de conhecimentos em saúde (CHIORO DOS REIS; CECILIO, 2009).

No ano de 2003 houve uma crise nos hospitais universitários e de ensino que corroborou com a criação de uma comissão para avaliar e diagnosticar a situação, sendo necessária a formulação de uma política nacional que contemplasse as múltiplas dimensões de cada realidade (CHIORO DOS REIS; CECILIO, 2009; BRASIL, 2012a).

Buscando a inserção desses hospitais na rede SUS foram utilizadas estratégias como a certificação e a contratualização. Para tal, deliberaram-se portarias que definiram os critérios para a certificação dos hospitais de ensino (BRIZOLA; GIL; CORDONI JUNIOR, 2011; BRASIL, 2012a).

Em consequência dessa estratégia, houve a diferenciação entre os hospitais universitários e os de ensino, sendo os Hospitais Universitários (HU) de propriedade ou gestão da Universidade Pública ou Privada e os Hospitais de Ensino (HEs) compreendidos como a união dos Hospitais Universitários,

Hospitais Escola e os Hospitais Auxiliares de Ensino, desde que atendidos os critérios de certificação do Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2007a).

O processo de contratualização, neste cenário, objetiva a inserção ou aprimoramento dos estabelecimentos na rede SUS e redefine o papel das instituições de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos conforme as necessidades de saúde da população, estabelecendo assim, metas quanti-qualitativas, qualificação dos serviços de referência e contrarreferência, mudanças na estratégia de atenção e humanização, melhora da qualidade dos serviços oferecidos e da gestão hospitalar e o desenvolvimento de atividades de educação permanente e pesquisa de interesse do SUS (BRASIL, 2012a).

Com essa política é firmado por parte do hospital o compromisso de cumprir, além de metas tradicionais de produção, metas de qualidade da assistência, ensino, pesquisa e gerenciamento¹. Deve também se inserir e integrar à rede dos serviços de saúde, consoante com as necessidades da população e às metas estabelecidas pela rede SUS (BELTRAME, 2008; CALDAS, 2008; BRASIL, 2012a).

A partir da política de reestruturação, são provocadas mudanças nos hospitais de ensino, seja na gerência, no planejamento e até na redefinição da missão institucional e de seus valores, pois a instituição não será mais organizada conforme suas necessidades, mas com as da rede SUS. Desta forma, o gerente hospitalar terá uma ação conjunta com o gestor local do sistema de saúde (CALDAS, 2008; BRASIL, 2012a).

Assim, a reestruturação dos hospitais de ensino redefine o papel da assistência hospitalar dentro da rede de atenção e promove a reorganização interna destes estabelecimentos (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2009), com a ampliação do cuidado, ofertando-o de forma competente, integrado e centrado nas necessidades dos usuários; na elaboração de um projeto assistencial compatível com a nova realidade; com profissionais capazes de

¹ Considerando a Norma Operacional Básica do SUS, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) e gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório hospital, instituto, fundação etc), que se caracteriza como prestador de serviços do sistema. Neste trabalho será utilizado o termo gerência/gerenciamento.

trabalhar em equipe e com consciência crítica de seus direitos quanto profissionais e cidadãos (BERNARDINO, 2007).

A reestruturação dos hospitais afetou diretamente a enfermagem, ampliando seu espaço de atuação, com a ascensão do enfermeiro em cargos mais elevados dentro do sistema que até então nunca tinham sido ocupados, como em comitês, assessorias e comissões aumentando o seu poder pessoal e do grupo (SEGUI, 2010; BERNARDINO, 2010; BERNARDINO, 2011a; BERNARDINO *et al.*, 2011b).

Além da abertura do espaço de atuação do enfermeiro, as alterações institucionais afetam a sua prática gerencial que influencia diretamente a prática do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2011).

O enfermeiro, nesse cenário de mudança, tem função importante, pois é ele que gerencia o cotidiano do hospital, assumindo a gerência das unidades assistenciais e coordenando a equipe de enfermagem para o cuidado ampliado. Também é um articulador entre os diferentes profissionais e as diferentes unidades assistenciais assegurando o cuidado integral (CECILIO; MENDES, 2004), logo é um ator imprescindível na implementação de novos projetos consoantes com a rede SUS.

Por organizar o cuidado e ser responsável pelo maior quantitativo de profissionais nos hospitais, o gerente de enfermagem² tem voz e assento nas instâncias superiores, opinando, discutindo, propondo melhorias e influenciando nas decisões sobre a reorganização hospitalar e o modelo assistencial.

Ao gerenciar a equipe de enfermagem na instituição, o gerente deve ser comprometido com o novo modelo assistencial hospitalar e com a formação de recursos humanos, proporcionando um ambiente favorável ao aprendizado, ao cuidado mais complexo e estimulando o desenvolvimento e participação da enfermagem nas pesquisas. Desse modo, o gerente de enfermagem é responsável por quantificar e distribuir os recursos para suprir as necessidades do hospital nas dimensões de ensino, pesquisa, gerenciamento e assistência.

Nessa nova configuração dos hospitais de ensino (HEs) pergunta-se: o gerente de enfermagem está trabalhando de acordo com as mudanças

² Neste trabalho, gerente de enfermagem significa o enfermeiro que ocupa o cargo máximo na área da enfermagem no hospital.

realizadas depois do processo de reestruturação? As atribuições do gerente de enfermagem contemplam as dimensões de ensino, pesquisa, gerenciamento e assistência? Quais competências deve ter o gerente de enfermagem de HE? Como ele adquiriu estas competências?

Considerando que o hospital de ensino deve atender ao modelo assistencial proposto pelo SUS, contemplando as dimensões de ensino, pesquisa, gerenciamento e assistência; o gerente de enfermagem é responsável por operacionalizar novas políticas, coordenar cuidado, articular entre os demais profissionais o bom andamento do hospital possuindo atribuições e competências compatíveis para atender essas demandas, a questão norteadora deste trabalho é: **Quais atribuições e competências devem ter os gerentes de enfermagem de hospitais de ensino?**

3 OBJETIVOS

- Caracterizar os enfermeiros que exercem o cargo de gerente de enfermagem;
- Caracterizar o cargo de gerente de enfermagem nas instituições de estudo;
- Descrever as atribuições relativas ao cargo de gerente de enfermagem;
- Apreender as competências necessárias para o cargo de gerente de enfermagem;
- Identificar como foram adquiridas as competências gerenciais.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo buscou-se na literatura o aprofundamento teórico acerca da temática de estudo. Abordou-se, aqui, um recorte sobre os hospitais de ensino para contextualizar o espaço de atuação do enfermeiro, em seguida o gerenciamento e as competências gerenciais do enfermeiro que são necessárias para atuar nos hospitais de ensino.

4.1 HOSPITAIS DE ENSINO

A origem da palavra hospital deriva do latim *hospes* – hóspedes, pois em tempos antigos estes eram os locais que acolhiam peregrinos, pobres e enfermos. Hoje, o termo hospital tem o mesmo significado de *nosocomium*– local que trata os doentes (CAMPOS, 1965; LISBOA, 2002).

Na Grécia, os templos destinados ao Deus Asclépio, deus da medicina, recebiam diversos doentes para que fossem curados por intervenção divina. Por ser considerado um terreno sagrado evitava-se o nascimento e a morte no local. A partir disso, foram construídos dois edifícios anexos aos templos, sendo um para refúgio dos moribundos e outro para maternidade. Essas construções configuram-se como os primeiros hospitais da Europa (ANTUNES, 1991).

Neste sentido, templos, conventos e mosteiros foram as primeiras instituições a receber os doentes e providenciar cuidados, não só físicos, mas espirituais (ANTUNES, 1991).

Ao longo da história, os hospitais foram dirigidos por religiosos, sendo que frades aprendiam algumas noções de medicina para acolher os pobres, enfermos e estrangeiros, atendendo também a chamados fora dos mosteiros (CAMPOS, 1965; LISBOA, 2002).

Na Itália, um hospital, fundado sob a ordem de São Bento, se transformou em um centro de estudos médicos. E, a exemplo dessa ordem, outros mosteiros adotaram a mesma prática, surgindo gradativamente

hospitais, asilos e hospícios anexos aos conventos, estimulando assim o interesse dos monges sobre estes estudos (CAMPOS, 1965; ANTUNES, 1991).

Neste contexto, os monges foram por muito tempo os únicos a terem o conhecimento sobre a medicina e aplicá-los em prol dos doentes que recorriam aos seus préstimos, além de organizar e coordenar as instituições de saúde. Todavia, com o decorrer dos anos, a responsabilidade dos hospitais foi sendo transferida para o governo, mas os religiosos continuaram a atuar nas instituições nas áreas administrativas e de enfermagem (ANTUNES, 1991).

Rego (2008) alude que neste período histórico os hospitais eram promotores de assistência médica e social, abrigando doentes, mendigos, imigrantes e loucos, ou seja, eram locais para conter pessoas que poderiam perturbar a ordem pública.

Essa situação afastava os ricos dos hospitais, ou seja, eles tinham atendimento médico no domicílio. O tratamento médico só foi realizado nos hospitais após mudanças ocorridas em sua arquitetura e na forma de regulação do atendimento, no século XVII, pois assim os hospitais eram capazes de exercer uma ação terapêutica efetiva e eficaz sobre os doentes internados. (ANTUNES, 1991). O hospital passa então a ser não mais um local de morte, mas de “instrumento de cura e sua dinâmica de funcionamento um instrumento terapêutico” (CALDAS, 2008, p. 48).

A evolução dos hospitais ocorreu na região européia e se expandiu por todo o ocidente. No Brasil, a primeira instituição de saúde foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1565 por padres jesuítas (CASTELAR, 1995).

No que tange a integração do ensino e assistência no Brasil, em 1808 foi fundada, por Dom João VI, a primeira escola de cirurgiões na Bahia. Posteriormente, devido à vinda da família real ao país, foi inaugurada outra escola médica no Rio de Janeiro, hoje chamada de Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. As aulas eram ministradas nas respectivas escolas e a parte prática, no Hospital da Santa Casa (CARMO, 2006).

Essa situação se manteve até o final da II Guerra Mundial, sendo as atividades de ensino realizadas nas instituições filantrópicas que cediam o local e os pacientes para o aprendizado da medicina. Contudo, com o

desenvolvimento da indústria farmacêutica, da ciência médica e de novos equipamentos a custos elevados, associado a divergência de interesses entre as escolas médicas que tinham como missão a formação de recursos humanos, e as instituições filantrópicas, que objetivavam a assistência, desencadeou por parte das lideranças acadêmicas a construção de hospitais próprios para o ensino da medicina (BARBOSA NETO, 2008).

A partir desta iniciativa, em 1948, foi criado o Hospital das Clínicas da Universidade Federal em Salvador. Esse cenário se expandiu nas próximas décadas, conformando os hospitais universitários como a base da formação de médicos e como centro de atenção de alta complexidade (BARBOSA NETO, 2008).

O hospital universitário é um prolongamento de um estabelecimento de ensino de saúde, provendo treinamento universitário na área submetido a supervisão das autoridades competentes e oferece atendimento de alta complexidade à população (MEDICI, 2001).

Para serem campos de ensino e serviços de atenção a saúde os hospitais eram mantidos com recursos do Ministério da Educação (MEC), mas estes não eram inseridos no sistema de saúde do país, por isso não eram obrigados a cumprir metas e honrar compromissos com a saúde de acordo com o governo, pois a sua função era o ensino e a pesquisa (CARMO, 2006).

Com as mudanças do sistema previdenciário do país, a saída do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), foram firmados, a partir de 1964, convênios e credenciamento da rede privada para prestar atendimento à saúde da população que contribuísse com a previdência, pois o governo não dispunha de recursos para atender toda demanda (CARMO, 2006)

Em 1974, os hospitais universitários foram credenciados à assistência médica previdenciária do país e também, por meio do Plano de Pronta Ação (PPA), foram comprados mais serviços do setor privado, houve a mudança da remuneração por Unidade de Serviço e incentivo à modernização do sistema hospitalar (MEDICI, 1992).

Com a crise econômica de 1980, a inflação atingiu níveis elevados afetando a todos, inclusive os hospitais que tiveram seus custos aumentados expressivamente. Os reajustes realizados na tabela do sistema previdenciário

não alcançavam os custos da atenção à saúde e os serviços de hotelaria foram reduzidos. Portanto, foi deliberada pelo governo uma portaria que autorizava, caso fosse desejo do usuário, o pagamento de valores complementares para uso de acomodações superiores ao oferecido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MEDICI, 1992).

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1981, estabeleceu, por meio do seu plano de reorientação, o pagamento por via da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que compreende uma modalidade de pagamento por “pacote” e não mais por Unidade de Serviço (MEDICI, 1992).

Em consequência do superfaturamento das complementações, com o intuito de diminuir os prejuízos devido à defasagem do pagamento dos serviços, foi estabelecido, em 1982, um teto para esse tipo de pagamento que acarretou em crise nos hospitais, incluindo os universitários (MEDICI, 1992).

Uma alternativa para a diminuição da crise dos Hospitais Universitários e de Ensino foi a reclassificação destes em 1984, a criação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD), exclusivo para os hospitais de ensino e composto pela soma do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) e os Índices Adicionais de Valorização (IAVs) que consistiam em incentivos para os hospitais integrarem a rede regional de serviços de alto custo, incorporação tecnológica e a avaliação tecnológica em saúde (BARBOSA NETO, 2008).

No final da década de 80, os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) foram classificados como um serviço de alta tecnologia e, com a criação da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), em parceria com a associação de especialidades médicas, foi organizado um movimento junto ao INAMPS para conseguir mais recursos financeiros. Esse movimento resultou no crescimento dos hospitais e da tecnologia por eles usada (CARMO, 2006).

Para cada instituição era atribuído um IVH de acordo com os critérios de complexidade, resolutividade, integração à rede de serviços e perfil de recursos humanos formados e um valor adicional era acrescido segundo atividades por eles desenvolvidas. Esses recursos gerados deveriam ser utilizados pelos HUEs para expandir e aperfeiçoar as suas próprias atividades que caracterizavam a atribuição do índice (BRASIL, 2012a).

Apesar de esforços, a portaria que criou os índices de valorização não conseguiu atingir seus objetivos, pois não houve detalhamento dos requisitos para cada hospital receber este índice de desempenho e não houve acompanhamento e avaliação adequados (BRASIL, 2012a).

Neste mesmo período histórico, a partir do movimento da reforma sanitária, foi criado em 1988 a nova Constituição Brasileira estabelecendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), portanto independente da contribuição para a previdência todo cidadão tem direito à saúde. Para garantir este direito foi criada uma política pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, sendo seu financiamento oriundo da seguridade social, União, estados, municípios e outras fontes (BRASIL, 1990; CARMO, 2006).

O SUS foi criado articulando com as políticas públicas os seguintes elementos indissociáveis: produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviço (PERES, 2006).

De acordo com a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), nesse novo sistema os hospitais universitários integram seus serviços à rede por meio de convênios, respeitando sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão desenvolvendo sua autonomia e passando a manter as funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar progressivamente à sua lógica.

Segundo Medici (2001), o hospital universitário é um centro de atenção de alta complexidade com importante papel no atendimento médico de nível terciário apresentando forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa. Atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político importante na comunidade onde está inserido.

Com a descentralização, prevista pela lei nº 8.080, os antigos contratos firmados pelo INAMPS passam a ser de responsabilidade dos municípios. Frente a isso, em 1990, todos os serviços prestados pelos HUE passaram a ser remunerados pelo sistema (CARMO, 2006; CHIORO DOS REIS, 2011).

Em 1991, foram extintos os índices de valorização e desenvolvimento e criada a terceira tentativa para uma política dos hospitais de ensino, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (FIDEPS), que

estabeleceu novos critérios para a concessão de recursos, com um adicional de 25%, 50% ou 75% sobre a receita das internações, de acordo com o atendimento aos critérios específicos estabelecidos na portaria, como a classificação do hospital, a oferta de atendimento de alta complexidade, a existência de cursos *strictu sensu* e número de cursos de saúde abrigados (BRASIL, 1991; BRASIL, 2012a).

Para auxiliar na consolidação do FIDEPS deliberou-se a portaria nº 375/1991, que define Hospitais de Ensino (HE) como o conjunto de Hospitais Universitários (de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a ela vinculada por comodato ou cessão de uso), Hospitais Escola (de propriedade ou gestão de Escolas Médicas Isoladas Pública ou Privada) e Hospitais Auxiliares de Ensino (conveniados com uma instituição de Ensino Superior, por abrigar programas de treinamentos em serviço de cursos de graduação ou pós-graduação) (BRASIL, 1991).

O FIDEPS foi criado para a institucionalização do ensino e pesquisa nos hospitais de ensino e, apesar desses esforços, não houve fiscalizações efetivas dessa portaria. Conseqüentemente, diversos hospitais receberam este incentivo, mas não desenvolviam atividade de ensino e pesquisa (BRASIL, 2012a).

Tanto os índices de valorização hospitalar como o FIDEPS tinham como foco a ampliação da cooperação dos HEs com o sistema de saúde e a consolidação da formação e pesquisa desenvolvidas por esses. No entanto, os recursos do FIDEPS não serviram para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais, pois nunca foram utilizados para isto e terminou sendo incorporados ao custeio dos hospitais, ou seja, com um reajuste da tabela do SUS (BRASIL, 2004; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; CHIORO DOS REIS; CECILIO, 2009; CHIORO DOS REIS, 2011).

Os HEs têm como função a prestação de serviços de alta complexidade e tecnologia e, ao utilizarem a alta tecnologia e envolverem o ensino e a pesquisa, sua despesa com saúde é maior do que a sua participação no volume de atendimento. Estudos mostram que considerado um conjunto de enfermidades selecionadas, os custos desses hospitais é de 12% a 28% mais elevado, dependendo do país, do que os não-universitários de alta tecnologia (MEDICI, 2001).

Como o recurso do FIDEPS não foi utilizado adequadamente e, associado ao histórico de crise já vivenciado anteriormente, afetando não só a situação econômica, mas a assistencial, de qualidade de ensino, perfil formador e humanização do cuidado, em 2003, foi deflagrada uma crise intensa com repercussões ampliadas (CHIORO DOS REIS; CECILIO, 2009; BRASIL, 2012a).

reconhecendo a importância deste segmento para a atenção hospitalar, para a formação de recursos humanos no setor saúde e para o desenvolvimento de pesquisas e avaliação quanto à incorporação de novas tecnologias e, sabendo-se das dificuldades afetadas por esses hospitais, apresentada em geral por seu aspecto financeiro, teve início um amplo debate com vistas ao desenvolvimento de uma política nacional para os hospitais de ensino do país (BRASIL, 2012a, p. 12).

Este debate foi iniciado devido à iniciativa da ABRAHUE que, juntamente com o MS e o MEC, criaram uma comissão em 2003 por meio da portaria interministerial nº 562/2003, para avaliar e diagnosticar a situação vivenciada pelos hospitais de ensino no Brasil, visando formular outra política para o setor (BELTRAME, 2008; CALDAS, 2008; BARBOSA NETO, 2008).

Essa comissão foi formada por representantes do Ministério da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia, do Planejamento, Orçamento e Gestão, diversas entidades e instituições como a Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM) e a Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) (BRASIL, 2007b; BELTRAME, 2008; BARBOSA NETO, 2008).

Apesar da crise financeira ser a mais evidente, a de caráter estrutural, organizacional e de gestão também foram observadas (CHIORO DOS REIS, 2011; BRASIL, 2012a).

A comissão constatou ser necessário o desenvolvimento de políticas considerando as especificidades assistencial e de ensino e pesquisa, buscando soluções não só financeiras e de pessoal, mas a definição do papel do HE e

sua complexidade junto aos sistemas locais de saúde para sua inserção adequada e definitiva no SUS (CHIORO DOS REIS, 2011; BRASIL, 2012a). Por isso, o seu desafio era de resgatar o papel e a inserção desses hospitais no sistema de ensino e de saúde local, não apenas como formadores de profissionais da saúde, mas também no desenvolvimento e avaliação de tecnologias e prestação de serviços de atenção a saúde (BRASIL, 2012a). Para tal, essa comissão concebeu, em 2003, um Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e propôs a extinção do FIDEPS.

Lima (2009) assinala que o programa de reestruturação dos hospitais de ensino visa aprimorar e inserir os estabelecimentos no SUS, direcionar a contratação dos serviços ofertados, definir mecanismos de acompanhamento, aperfeiçoamento e avaliação das atividades de atenção, gerenciamento, ensino e pesquisa e desenvolvimento das inovações e incorporações tecnológicas na saúde, pois o Ministério da Saúde considera essas dimensões interligadas e interdependentes.

Em função da impossibilidade de discernimento de hospitais categorizados como universitário e de ensino, a partir do FIDEPS, objetivando identificar as instituições que realmente se caracterizavam como de ensino, pesquisa e assistência à saúde com gerenciamento competente e inserção na rede SUS, foi elaborada a Portaria Interministerial nº 1.000/2004 substituída, posteriormente, pela Portaria Interministerial nº 2.400/2007 a qual define critérios para a certificação destas instituições (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2012a).

Os requisitos para a certificação contidos na portaria dizem respeito a: abrigar formalmente e em caráter permanente e contínuo alunos do curso de medicina e de pelo menos dois outros cursos de graduação na área de saúde ou abrigar curso de pós-graduação *strictu sensu* reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); abrigar programas de residência médica; dispor de projeto para o desenvolvimento de atividades de pesquisa científica e avaliação tecnológica; dispor de espaço e instalações para o ensino (salas de aula, recursos audiovisuais e biblioteca); possuir comissões assessoras (comissão de ética, de controle de infecção hospitalar, óbitos, revisão de prontuários); desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância,

entre outros; participar das políticas do SUS colaborando com a constituição de uma rede de cuidados à saúde, estabelecendo relações de cooperação com a rede básica de acordo com as realidades regionais; dedicar no mínimo 60% dos leitos e do total de procedimentos praticados ao SUS; estar inserido no Sistema de Urgência e Emergência locorregional, dentre outras exigências (BRASIL, 2007a).

Além disso, é necessário que o hospital, solicitante da certificação, esteja inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pois esse cadastro permite ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde, em todos os níveis do governo, além de dar mais visibilidade ao controle social a ser exercido pela população (DANTAS, 2008).

Para operacionalizar este processo de certificação foi constituída, em 2004, uma comissão formada por representantes dos MS e MEC que, primeiramente, analisariam os documentos enviados pelo hospital solicitante e, posteriormente, com a documentação correta, seria realizada uma visita à instituição por dois técnicos dos ministérios, acompanhados por representantes do hospital, sua faculdade, pelo gestor do SUS e demais atores envolvidos (BRASIL, 2012a).

Após a visita é elaborado um relatório que, encaminhado à comissão certificadora, deliberará ou não a certificação para o hospital. Essa certificação é válida por dois anos, devendo ser renovada de acordo com as exigências da portaria e pode ser revogada a qualquer momento caso seja descumprido qualquer termo da mesma (BRASIL, 2012a).

Outra ação do Programa de Reestruturação foi, a partir da certificação, a contratualização dos HEs com os gestores do SUS a partir de quatro eixos estratégicos: modo de produzir assistência e o modo de inserção destes estabelecimentos no SUS; modo de gerir os HE; a pesquisa, ensino e formação de trabalhadores da saúde (graduação, pós-graduação e educação permanente); e a avaliação e a incorporação tecnológica (BRASIL³, 2004 apud CHIORO DOS REIS; CECILIO, 2009).

³BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: Hospitais Universitários e de Ensino: hora de ação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

A contratualização é entendida neste contexto como:

meio pelo qual as partes, representante legal do hospital de ensino e gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, 2012a, p. 15).

Ainda segundo Lima e Riviera (2012), a contratualização se constitui basicamente de um plano de atividades com estimativa de recursos para sua execução, os mecanismos de acompanhamento e avaliação em um sistema de incentivos que condicione o repasse de recursos ao alcance de resultados pré-definidos e acordados. É proposta e utilizada também como instrumento de coordenação e ligação do núcleo central da administração pública, com seus próprios entes internos já existentes ou novos prestadores de serviço.

Por conseguinte, a contratualização é um indutor de políticas prioritárias do SUS com interfaces com o HE, como o Programa Nacional de Humanização (PNH), a participação dos HEs nos sistemas estaduais de urgência e implantação de mecanismo de gestão participativa e controle social (CHIORO DOS REIS; CECILIO, 2009).

A contratualização, dentro do programa de reestruturação, é um processo inovador de negociação sobre as atividades a serem desenvolvidas pelo hospital. Preconiza o aumento de procedimentos de média e alta complexidade e a diminuição de atenção básica, a introdução de modalidades assistenciais que diminuam o tempo de internação, a oferta de 100% dos leitos para o SUS, inserção do hospital no serviço de urgência e emergência. No campo gerencial, introdução de estruturas colegiadas, de planejamento participativo, dentre outros (BRASIL, 2004; LIMA; RIVIERA, 2012).

Este programa viabilizou a alocação de recursos financeiros e buscou qualificar os hospitais no processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede de saúde regionalizada e hierarquizada do SUS (BRASIL, 2009a).

A contratualização estabelece que a unidade de saúde passe a cumprir metas quali-quantitativas fixadas por meio de um Plano Operativo Anual (POA)

(LIMA, 2009). Esse plano é um instrumento no qual são apresentadas as ações, os serviços, as atividades, as metas e os indicadores pactuados entre os gestores e os prestadores de serviço de saúde. Também deve constar a caracterização geral da instituição, sua missão, estrutura tecnológica, capacidade instalada e atividades de ensino e pesquisa desenvolvidos pelo hospital (BRASIL, 2012a).

Diante disso, o POA contribui para a construção do contrato de metas contemplando as áreas de atenção à saúde, políticas prioritárias do SUS, gerenciamento, educação, pesquisa, avaliação, incorporação tecnológica e financiamento (BRASIL, 2012a).

No processo de contratualização deve ser estipulado um percentual do valor pré-fixado que esteja vinculado ao alcance das metas de qualidades estabelecidas e que seja repassado ao hospital de acordo com o seu cumprimento e, caso haja, havendo excedente de recursos, os hospitais podem usá-los segundo as suas necessidades, sempre considerando o perfil da população (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, algumas vantagens da contratualização são apontadas: permite a programação orçamentária e financeira; facilita os processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados; possibilita o investimento na gestão hospitalar; conforma os serviços de acordo com a demanda e necessidade do gestor local de saúde; promove melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde; valoriza aspectos referentes ao ensino, pesquisa e avaliação de incorporação de novas tecnologias e integra o ensino-serviço com privilégio da lógica das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

Neste íterim ressalta-se que a participação do gestor local é fundamental, pois garante por meio das necessidades da população e da conformação da rede de saúde a efetiva inserção do hospital no sistema de saúde local (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012a)

Os gestores tem papel cada vez mais relevante nos sistemas, pois é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, profissionais ou empresas (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Dessa maneira, os HEs têm importância social no Brasil, pois participam da formação de um número expressivo de profissionais de saúde,

sendo responsáveis pela produção de grande parte da pesquisa clínica na área biomédica, além de serem unidades de prestação de serviço de alta complexidade e tecnologia e, em algumas regiões do país, são imprescindíveis por serem as únicas unidades prestadoras de tais serviços (CHIORO DOS REIS, 2011).

O programa de reestruturação dos HEs é considerado um marco na história do SUS, sendo sua formulação estimulada por meio de uma crise e desencadeada por atores sociais que viabilizam uma política engendrada em âmbito federal, incluindo a captação de novos recursos financeiros disputados intensamente entre outras prioridades sanitárias e governamentais (CHIORO DOS REIS, 2011).

Para Barbosa Neto (2008), esse programa é o mais consistente, abrangente e sistêmico, pois é ancorado em interesses estratégicos dos ministérios e das entidades que compõem a comissão de avaliação dos hospitais de ensino. E, ao utilizar a certificação e a contratualização com a gestão do SUS, pode catalisar transformações importantes no setor saúde.

Entre 2003 e 2008, foram certificados 151 estabelecimentos de saúde como HE (CHIORO DOS REIS, 2011). Atualmente, existem 190 instituições enquadradas nesta certificação e, deste total, 15 estão localizadas no estado do Paraná nas cidades de Curitiba, Cascavel, Ponta Grossa, Londrina, Maringá, Arapongas e Campina Grande do Sul (CNES, 2014).

Assim sendo, os hospitais de ensino tem posição estratégica nos serviços de saúde, pois são comprometidos com a atenção à saúde, ensino, ciência, tecnologia e gerenciamento. São locais de referência para alta complexidade e formação de recursos humanos e, por integrarem a rede SUS, garantem assistência aos usuários do sistema, mas para que seja prestada adequadamente, é necessário o trabalho do enfermeiro nas dimensões assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa.

4.2 GERENCIAMENTO E COMPETÊNCIAS GERENCIAIS EM ENFERMAGEM

O trabalho da enfermagem integra a prestação de serviços à saúde e não produz bens a serem estocados, pois o seu produto é consumido no ato da produção, ou seja, no cuidado ao paciente (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Nas instituições de saúde o enfermeiro realiza atividades assistenciais mais complexas, com pacientes mais graves e atividades gerenciais de organização e coordenação do serviço (MASSARO; CHAVES, 2009).

Neste sentido, o processo de trabalho na enfermagem é organizado em subprocessos, que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo que cada um desses possui seus próprios objetos, instrumentos e atividades, existindo em um mesmo momento na instituição (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Montezeli, Peres e Bernardino (2011) ressaltam que a participação política permeia todos os subprocessos de trabalho da enfermagem e, com sua representatividade e força de trabalho, conquistam melhores condições para desenvolver suas atividades. Ademais, todos os subprocessos se articulam na prática profissional da enfermagem com foco no cuidado ao paciente.

Foi a partir da necessidade de organizar hospitais em espaços terapêuticos que o saber da gerência na enfermagem fora constituído e, junto com a dimensão prática das técnicas, configura-se ainda hoje como instrumento de trabalho (MASSARO; CHAVES, 2009).

Historicamente, o saber do gerenciamento em enfermagem foi iniciado com Florence Nightingale durante a guerra da Criméia, arrumando o espaço destinado aos cuidados dos soldados feridos e planejando as atividades necessárias para atender a demanda destes cuidados. A sua capacidade de organização e coordenação do trabalho das demais voluntárias que a acompanhavam, permitiu que Florence ganhasse destaque sendo considerada a precursora na dimensão gerencial do cuidado (ERZINGER, 2002).

Segundo Erzinger (2002), Florence organizou o seu grupo de trabalho em dois hospitais durante a guerra, planejou ações, tomou decisões e utilizou a comunicação e liderança para estabelecer o cuidado de enfermagem.

A partir do desenvolvimento de suas atividades e o treinamento das voluntárias, originou-se a diferença entre o trabalho assistencial e o gerencial da enfermagem, sendo as *ladies-nurses*, de família mais abastada, treinadas para o trabalho intelectual e as *nurses*, de origem humilde, que realizavam os serviços de higiene e conforto ao paciente (ERZINGER, 2002; FELLI; PEDUZZI, 2012).

De acordo com Massaro e Chaves (2009), a enfermagem tem sua especificidade dirigida por dois eixos, sendo o cuidado de enfermagem, que é o cuidado direto, e a organização desse cuidado, realizado pelo processo gerencial.

O gerenciamento em enfermagem é uma atividade essencial e predominante no trabalho do enfermeiro, independente da função ou cargo desenvolvido nas instituições de saúde, pois é ele que coordena o trabalho dos demais profissionais de enfermagem e é responsável pelo planejamento e organização do trabalho, assegurando condições adequadas ao cuidado prestado aos usuários do serviço (FELLI *et al.*, 2011). É uma atribuição do enfermeiro, garantida pela Lei do Exercício Profissional, que estabelece que cabe ao enfermeiro, privativamente, a direção, a chefia, a organização, planejamento, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1986).

Conforme assevera Willig, Lenardt e Trentini (2006), o exercício da gerência corresponde tanto ao gerenciamento de recursos humanos, ambientais e materiais, quanto ao estabelecimento da articulação entre a equipe multiprofissional e os serviços de apoio.

Logo, o enfermeiro gerente tem papel articulador entre os vários profissionais da equipe multiprofissional na instituição de saúde, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto aos usuários, que buscam os serviços para atender as suas necessidades de saúde (SPAGNOL, 2005; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2011).

No seu processo de trabalho a enfermagem busca, pelo gerenciamento, meios para adequar modelos administrativos da instituição ao seu cotidiano, não se afastando do seu principal foco, o cuidado ao paciente (JORGE *et al.*, 2007), pois o cuidado é o centro das atividades gerenciais

desenvolvidas pelo enfermeiro (MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2011). Todavia, seu trabalho, muitas vezes, se restringe ao campo local não sendo possível alcançar todos os níveis da organização se pautando apenas em atividades burocráticas e subordinada à alta gestão.

Bernardino (2007) explana que na prática assistencial, o enfermeiro compromete-se mais com os objetivos organizacionais, atendendo suas necessidades burocráticas e formais, do que com os trabalhadores e o paciente.

Segundo estudos de Matos e Pires (2006), o enfermeiro gerencia o trabalho da equipe com características das teorias administrativas tradicionais, voltando-se ao cumprimento das normas da instituição, sendo o poder centralizado em suas mãos enfatizando a disciplina e desconsiderando as pessoas e as relações interpessoais.

Este pensar está arraigado nas teorias de Frederick Taylor e Henry Fayol, que ainda influenciam o gerenciamento do enfermeiro focalizando o controle, submissão e obediência às normas (JORGE et al., 2007; FELLI; PEDUZZI, 2012).

A prática da enfermagem, na perspectiva dessas teorias, é fundamentada no princípio de que os técnicos cuidam da assistência direta e o enfermeiro assume a supervisão e controle do processo de trabalho (MATOS; PIRES, 2006; FELLI; PEDUZZI, 2012), todavia, também é influenciado por outras teorias como a das relações humanas, a teoria burocrática, as teorias de sistemas e contingencial.

A partir disso, o trabalho na enfermagem se construiu e os modelos tradicionais administrativos serão utilizados constantemente, pois sua contribuição é pertinente ao processo de trabalho da enfermagem. Entretanto, a influência e adoção de modelos contemporâneos são importantes para o aperfeiçoamento e qualidade do trabalho, pois vão de acordo com a situação econômica e social do mundo e se modificam constantemente.

Atualmente, há propostas de achatamento dos organogramas tornando-os mais horizontais, permitindo uma gestão mais participativa (MATOS; PIRES, 2006).

Com isso, o enfermeiro, ao gerenciar o trabalho da equipe de enfermagem, preocupa-se com o cumprimento das normas da instituição e os

processos que os regem, mas não negligencia as relações pessoais, valorizando o aprendizado contínuo e as pessoas, que são os recursos mais valiosos de qualquer organização que busca a qualidade do cuidado (MATOS; PIRES, 2006; JORGE *et al.*, 2007).

Deste modo, para o gerenciamento em enfermagem é necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento clínico, de processos, estrutura e recursos disponíveis na instituição além de domínio das normas, habilidade relacional e visão da estrutura organizacional e seus determinantes (MOURA *et al.*, 2010).

No que tange a prática do gerenciar em enfermagem, o enfermeiro objetiva organizar o trabalho e os recursos humanos. Para isto, é utilizado o planejamento, dimensionamento e recrutamento de pessoal, educação continuada/permanente, supervisão, entre outros, como instrumentos técnicos da gerência. Ademais, o gerenciar deve ser executado com compromisso e responsabilidade pelo enfermeiro, buscando a qualidade da assistência e garantindo a segurança do paciente. Neste pensar, o gerenciar em enfermagem deve ser capaz de coordenar a assistência, o potencial humano e os recursos (SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006; FELLI; PEDUZZI, 2012).

O planejamento é construído a partir de conhecimentos ordenados, da interação com a realidade, da programação de estratégias e ações necessárias para favorecer um processo de mudança, que é contínuo e influenciado pela realidade e aberto para que seja claro quanto aos resultados desejados, pessoas e tempo previsto, sendo necessário diálogo constante com todos os envolvidos (CIAMPONE; MELLEIRO, 2012).

Para o desenvolvimento do planejamento, podem ser utilizados dois métodos, o planejamento normativo (sendo que o sujeito que planeja e o objeto do planejamento são independentes e o sujeito é único e se situa fora e acima da realidade) e o estratégico situacional (quando o sujeito que planeja faz parte da realidade junto com outros atores) (CIAMPONE; MELLEIRO, 2012).

Independente do método empregado, o planejamento busca sistematizar ações futuras para alcançar os objetivos desejados, não há garantia de sucesso, mas sem planejar as possibilidades de fracasso aumentam (CIAMPONE; MELLEIRO, 2012; LANZONI; LINO; LUZARDO; MEIRELLES, 2009).

Em relação ao dimensionamento de pessoal em enfermagem, tem a finalidade de prever a quantidade de funcionários por categoria requerida para atender as necessidades da assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012).

Para operacionalizar o dimensionamento é necessário que o enfermeiro utilize métodos adequados à sua realidade de trabalho, pois possibilitará argumentos e justificativa para o quantitativo de pessoal indispensável para não prover riscos aos usuários e garantir uma assistência humanizada (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012).

A partir do dimensionamento de pessoal em enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal se fazem necessários. Para iniciar esse processo, é preciso definir o perfil profissional desejado, baseado nas atribuições e competências indispensáveis para o cargo e nos objetivos institucionais e também nos critérios de seleção que comparam o perfil estabelecido e o perfil do candidato (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012).

No processo seletivo, a participação do enfermeiro é fundamental, pois ele conhece as reais necessidades e contribui no estabelecimento do perfil profissional e nos critérios de seleção, além de auxiliar na tomada de decisão sobre a admissão do candidato. Ademais, ao participar desse processo, o enfermeiro visualiza os pontos que podem ser melhorados no candidato para o exercício da função que, posteriormente, podem ser desenvolvidos em programas de treinamento no hospital (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012).

As instituições de saúde e o serviço de enfermagem estão em constante mudança para atender as inovações tecnológicas e a qualidade do trabalho. Os investimentos no desenvolvimento dos profissionais proporcionam desempenho adequado da função objetivando alcançar as metas e resultados planejados, além de reduzir custos e erros de produção. Outrossim, a qualificação profissional proporciona maior satisfação no trabalho, pois é percebido, pelo trabalhador, sua contribuição nos resultados institucionais (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012; BEZERRA; QUEIROZ; WEBER; MUNARI, 2012).

Neste pensar, o serviço de educação continuada/permanente busca promover o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador na organização. Nos hospitais, o quadro de enfermagem

representa o maior quantitativo de recursos humanos nas instituições e, por permanecerem 24 horas nas unidades assistenciais, o desenvolvimento da equipe de enfermagem é essencial (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012).

Devido a isso, o enfermeiro está inserido no setor de educação continuada/permanente e, deve manter-se integrado aos ambientes internos e externos da instituição e nas unidades assistenciais para conhecer as características e necessidades dos trabalhadores e assim, planejar ações para promover o crescimento pessoal e profissional (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012).

Sobre a supervisão em enfermagem, ela favorece a integração entre a assistência prestada ao paciente, o trabalho da equipe de enfermagem e o ambiente hospitalar onde esta relação é presente. O enfermeiro ao supervisionar a assistência é corresponsável pela manutenção de um serviço de qualidade, devendo utilizar a supervisão como um instrumento qualificador da prática da enfermagem e desenvolvedor da equipe, não se prendendo somente aos pressupostos das teorias clássicas que entendem o supervisionar como um ato de vigiar e punir, mas como uma estratégia de motivação e educação (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Para ilustrar, um estudo de Nobrega e colaboradores (2008) expõe que os enfermeiros de um hospital de ensino público desenvolvem atividades de supervisão dos serviços de enfermagem, organização de escalas, atividades burocráticas, participação de reuniões, planejamento das ações, organização da unidade, educação continuada e liderança da equipe.

Com isso, o gerenciamento em enfermagem dentro de uma organização se torna imprescindível para a existência, sobrevivência e sucesso da mesma, sendo uma atividade complexa e polêmica, pois exige dos profissionais competências para implementar estratégias adequadas consoantes com a organização, garantindo condições apropriadas de cuidado aos clientes e elevando o desempenho dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem (NOBREGA *et al.*, 2008; MANENTI *et al.*, 2012).

Para que o enfermeiro gerencie a equipe de enfermagem e os recursos envolvidos são necessárias, além da qualificação, competências. Esta condição é devida à existência de situações não programadas e não previstas nas tarefas descritas pela organização, da necessidade de melhoria dos

processos de comunicação interna e de trabalho em grupo e a necessidade de estratégias de atendimento eficaz ao cliente interno e externo (ZAFIRIAN, 2001).

Competência é definida como um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada família de situações (TARDIF, 2006).

O conhecimento abrange tanto os saberes teóricos quanto práticos advindos das experiências, da aprendizagem, da busca de informações e de elaborações mentais (BENITO; FINATO, 2010). O conhecimento clínico/assistencial centrado no usuário e o conhecimento das políticas públicas são importantes para o gerenciamento em enfermagem, pois capacita o enfermeiro a coordenar o cuidado em todos os níveis de atenção, sendo condizente com o modelo de atenção da rede SUS.

Habilidade se refere ao saber fazer, são aptidões desenvolvidas que tornam as pessoas diferentes em alguns aspectos (BENITO; FINATO, 2010). Na enfermagem, a habilidade em se comunicar e se relacionar com as pessoas é almejada no exercício da gerência, pois ela é símbolo de poder (BALSANELLI, *et al.*, 2011). E as atitudes se referem ao saber ser, são ações conscientes, caracterizadas pelos comportamentos relacionados com a aplicação de princípios e valores (BENITO; FINATO, 2010). Na atitude, ponderam-se as necessidades da organização e o histórico do trabalhador (MANENTI *et al.*, 2012).

Recursos externos podem ser entendidos como as relações pessoais do indivíduo e, no caso da enfermagem, como os manuais, equipamentos, protocolos e a filosofia da instituição de saúde que contribuem no desenvolvimento das competências.

As competências gerenciais são abrangentes e o seu desenvolvimento é determinado por fatores relativos às características do indivíduo, sua formação e experiências profissionais, sendo aperfeiçoadas durante a vida profissional do enfermeiro, permitindo que o sujeito desenvolva suas atribuições gerenciais com eficiência e eficácia em benefício dos indivíduos e das comunidades (GODOY; D'AMELIO, 2012; LAZZAROTTO, 2001; ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Diversos estudos aludem que as competências gerenciais necessárias ao enfermeiro permeiam a tomada de decisão, domínio pessoal, efetividade interpessoal, comunicação, liderança, gerenciamento de recursos, trabalho em equipe, criatividade, compromisso, negociação, gerenciamento de conflitos, responsabilidade ética e social, comprometimento e planejamento (SHERMAN *et al.*, 2007; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010; BALSANELI *et al.* 2011; FURUKAWA; CUNHA, 2011).

Para o desenvolvimento das competências, em especial na área da saúde, é importante a participação das Instituições de Ensino Superior (IES), pois são as formadoras de profissionais para suprir o mercado de trabalho (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). Na enfermagem, a busca pelas competências está ligada ao ensino por meio das Leis de Diretrizes e Bases (LDB) e com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de enfermagem (BERNARDINO, 2007).

As DCNs para graduação em enfermagem apontam as competências e habilidades a serem trabalhadas na formação profissional sendo a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, educação permanente e administração e gerenciamento. (PERES, 2006; BRASIL, 2001)

Estas competências são, em sua maioria, gerenciais. Logo, a formação na graduação em enfermagem já prepara o enfermeiro para o gerenciamento dos serviços de enfermagem a partir da tomada de decisão, liderança, da administração e gerenciamento e da educação permanente (PERES, 2006).

Somente o estímulo da graduação em enfermagem em desenvolver competências não é o suficiente, pois é necessária motivação nas instituições onde trabalham os enfermeiros e deve partir também do próprio sujeito a busca pelo conhecimento e desenvolvimento das competências (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVIZAN, 2005).

Como já exposto, o gerenciamento em enfermagem é inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, pois é ele que coordena o serviço, planeja ações e toma decisões para garantir e melhorar o cuidado de enfermagem, também articula o trabalho com as necessidades e projetos institucionais e executa ações educativas para aprimorar e motivar os recursos humanos. Para que tudo isto se concretize, são necessárias competências que são desenvolvidas a partir de estímulos intrínsecos, da academia, do serviço.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa. Segundo Gil (2010), pesquisadores preocupados com a atuação prática do fenômeno realizam, normalmente, pesquisas descritivas exploratórias. Optou-se pela abordagem qualitativa por reconhecer o fenômeno com intensidade e não apenas na sua extensão e por explicá-lo de forma minuciosa partindo da construção social das realidades em estudo e com interesse nas perspectivas dos participantes, seu conhecimento e prática diária relativa ao fenômeno. (FLICK, 2009; DEMO, 2000)

A pesquisa descritiva consiste em descrever características, registrar, analisar, explicar e correlacionar fenômenos observados sem manipulá-los, descobrindo assim sua relação com os demais (OLIVEIRA NETTO, 2006).

Pesquisa exploratória busca mais informações sobre o assunto ou procura obter uma nova percepção, tornando-o mais explícito para descrever precisamente determinada situação e relacionar os seus componentes (GIL, 2010).

De acordo com o exposto, a metodologia empregada na pesquisa atende os objetivos propostos, permitindo que as atribuições e competências dos gerentes de enfermagem sejam apresentadas de forma aprofundada considerando a especificidade do local de trabalho do participante da pesquisa.

5.2 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada nos hospitais de ensino do Estado do Paraná certificados pelo MS e MEC conforme a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007a).

Atualmente no país 190 hospitais são certificados como de ensino, sua localização concentra-se nas regiões Sul e Sudeste, sendo que o estado que possui mais HE é São Paulo com 48 hospitais, seguido por Minas Gerais com 21. O estado Paraná encontra-se em quinto lugar com 15 hospitais certificados (CNES, 2014).

Para o delineamento do cenário da pesquisa foi realizado, em setembro de 2013, uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e observou-se que o Paraná possuía 13 instituições certificadas como Hospital de Ensino (CNES, 2013), sendo oito hospitais na cidade de Curitiba e um em Campina Grande do Sul, Cascavel, Maringá, Londrina e Ponta Grossa.

Os estabelecimentos de saúde certificados como de ensino no Estado do Paraná foram convidados a participar da pesquisa como instituições co-participantes, conforme determina o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Dos treze (13) hospitais convidados apenas um recusou o convite, sendo este de tipo especializado, de natureza administrativa privada e localizado na cidade de Curitiba. Desta forma, participaram do estudo 12 hospitais de ensino. Os hospitais foram codificados e as cidades onde estão localizados foram suprimidas para manter o anonimato destes.

Hospital	Tipo	Natureza Administrativa	Esfera	Número de leitos
A	Geral	Privada	Privada	120
B	Geral	Privada	Privada	310
C	Geral	Pública	Federal	501
D	Geral	Pública	Estadual	172
E	Geral	Privada	Privada	315
F	Geral	Privada	Privada	221

QUADRO 1 – CENÁRIO DE PESQUISA

FONTE: O autor (2014)

continua

conclusão

Hospital	Tipo	Natureza Administrativa	Esfera	Número de leitos
G	Geral	Privada	Privada	177
H	Geral	Público	Estadual	166
I	Geral	Privado	Privada	583
J	Geral	Público	Estadual	97
K	Geral	Público	Estadual	263
L	Geral	Privada	Privada	189

QUADRO 1 – CENÁRIO DE PESQUISA

FONTE: O autor (2014)

Em relação à caracterização do cenário do estudo, observa-se que todos os hospitais são classificados como tipo Geral, cinco são de natureza pública sendo que destes, apenas um é de esfera federal e todos atendem pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros que exercem o cargo máximo na área da enfermagem nos estabelecimentos hospitalares de ensino que aceitaram participar do estudo como instituições co-participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser enfermeiro e exercer o cargo máximo na área da enfermagem na instituição. Como critérios de exclusão: enfermeiros que estavam usufruindo de férias e/ou licenças.

Todos os enfermeiros convidados aceitaram participar da pesquisa e o estudo foi composto por 13 participantes, pois em uma das instituições a função é compartilhada entre dois enfermeiros.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista gravada, em áudio, em uma sala privativa da instituição durante a jornada de trabalho dos participantes nos meses de março a maio de 2014. Com as entrevistas, podemos construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa e, por serem consideradas conversas com finalidade permitem que o entrevistador não faça apenas perguntas e observações, mas participe de maneira ativa sentindo a subjetividade e a emoção da entrevista (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2012).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro já validado no estudo de Bernardino (2012), que contempla os dados de identificação e os relativos às atribuições e competências do participante na sua prática profissional exercendo o cargo máximo na enfermagem dentro da instituição (APÊNDICE 1). Durante a entrevista foi disponibilizada uma vinheta com as definições de atribuição e competência aos participantes. Vinheta é conceituada como uma descrição breve de eventos ou situações, reais ou fictícias, às quais os participantes são solicitados a reagir e tem como objetivo conseguir informações sobre a percepção, opinião ou conhecimento sobre o fenômeno estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Optou-se, neste estudo, por utilizar mais questões abertas partindo-se do pressuposto de que as funções dos hospitais de ensino devem nortear o trabalho gerencial e que questões fechadas ou mais diretivas poderiam induzir respostas consideradas “politicamente corretas”, mas que não refletem a realidade.

Além da entrevista, foi prevista a análise documental. Todavia, devido à indisponibilidade ou a inexistência de documentos pertinentes ao estudo, a coleta de dados pautou-se apenas na entrevista dos participantes.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados durante as entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) objetivando superar o dado linear que discorre sobre a extensão e chegar ao não-linear que busca a intensidade do fenômeno (DEMO, 2000; MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo é definida como

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 42)

A análise de conteúdo se desdobra na etapa de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A primeira etapa, a pré-análise, corresponde à organização propriamente dita, sendo realizadas leituras flutuantes do material para compreensão e apreensão de suas particularidades. Com a apropriação do texto e a retomada dos objetivos da pesquisa, começará a emergir contornos das primeiras unidades de registro e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (BARDIN, 2011).

Para a exploração do material dos dados, esses foram lidos exaustivamente e categorizados conforme sua similaridade, formando categorias temáticas.

Uma forma de categorização dos dados relatada por Bardin (2011) é o procedimento por “caixas”, em que as categorias já são estabelecidas e os achados do estudo são encaixados conforme esta divisão. As categorias já instituídas correspondem as principais funções do hospital de ensino que são: assistência, gerenciamento, ensino e pesquisa (BRASIL, 2012a; REIS; CECILIO, 2009; CHIORO DOS REIS, 2011; BELTRAME, 2008; CALDAS, 2008).

Essa técnica foi utilizada para o tratamento dos dados e as atribuições relacionadas foram classificadas conforme a pertinência de cada função do HE. As atribuições referentes à função gerenciamento foram categorizadas em

participação na direção, gerenciamento da assistência de enfermagem e gerenciamento de recursos.

Para ter mais confiança na categorização das competências, foi utilizada a análise de dados por pares, que foi executada por três pessoas, uma foi a pesquisadora e as outras duas estão habituadas com este tipo de análise. Durante esse processo não houve comunicação entre os pares.

Após o período de análise estabelecido, os três resultados foram reunidos e comparados enfatizando os pontos convergentes e divergentes. Houve pouca divergência, os aspectos divergentes considerados importantes pelas três pessoas que analisaram foram discutidos no trabalho.

Após a definição das categorias, foi realizada a última etapa da análise de conteúdo, o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Para tal, os resultados são tratados e é elaborada uma síntese interpretativa que coloca em evidência as informações obtidas. A partir disso é proposto inferências e interpretações por meio de uma redação que converse com os objetivos e pressupostos da pesquisa(BARDIN, 2011).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido respeitando a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos(BRASIL, 2012b).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – CEP SCS/UFPR – e aprovado em 05 de fevereiro de 2014, sob número do protocolo CAAE: 21728613.0.3005.0020 (ANEXO 1).

A entrevista com os participantes da pesquisa ocorreram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE – (APÊNDICE 2).

As instituições hospitalares de ensino que os enfermeiros participantes pertenciam foram convidadas a participar da pesquisa como instituições

coparticipantes conforme orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE ENFERMAGEM

O quadro 2 demonstra a caracterização dos gerentes de enfermagem quanto ao sexo, idade, tempo de formação, qualificação, tempo no cargo, experiência anterior e vínculo com a Instituição de Ensino Superior (IES).

Código	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Qualificação	Tempo no cargo	Experiência anterior	Vínculo com a IES
G1	F	46	18	Graduação	3 anos	Não	Não
G2	F	39	12	Especialização (3)	8 meses	Sim	Não
G3	F	45	24	Doutorado	3 anos	Não	Sim
G4	F	58	36	Especialização (5)	11 anos	Não	Não
G5	F	49	14	Especialização (4)	5 anos	Não	Não
G6	F	54	34	Especialização (3)	3 anos	Sim	Não
G7	F	40	19	Mestrado em andamento	30 dias	Sim	Não
G8	F	39	16	Especialização (4)	3 anos	Não	Não
G9	F	47	26	Especialização (3)	2 anos	Não	Não
G10	F	46	25	Especialização (2)	5 anos	Não	Não
G11	F	50	28	Especialização (3)	3 anos	Não	Não
G12	F	52	32	Mestrado	3 anos	Não	Sim
G13	M	38	9	Especialização (2)	3 anos	Não	Não

QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014

FONTE: O autor (2014)

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM

Para caracterização do cargo de gerente de enfermagem foi elaborado um quadro (Quadro 3) com as informações em relação ao nome atribuído ao cargo, tempo de mandato, carga horária semanal, processo de escolha para o cargo e pré-requisitos.

Código	Nome atribuído ao cargo	Como foi escolhido	Tempo de mandato	Carga horária semanal	Percentual da equipe de enfermagem*	Pré-requisito							
						Ser enfermeiro	Experiência prática na área	Pós-graduação em gerenciamento	Relacionamento Interpessoal	Experiência com SI	Tempo de casa	Cargo efetivo	Taxas do conselho pagas
G1	Diretora de enfermagem	Promoção	Não há	44 h	27%						X		
G2	Gerente de enfermagem	Processo seletivo	Não há	44 h	34%		X	X		X			
G3	Diretora de enfermagem	Indicação	Não há	40 h	27%								

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM.2014

continua

FONTE: O autor (2014)

LEGENDA: Si = Sistema de informação

* = Razão entre o número de trabalhadores na enfermagem no hospital dividido pelo total de trabalhadores

Código	Nome atribuído ao cargo	Como foi escolhido	Tempo de mandato	Carga horária semanal	Percentual da equipe de enfermagem*	Pré-requisito							
						Ser enfermeiro	Experiência prática na área	Pós-graduação em gerenciamento	Relacionamento Interpessoal	Experiência com SI	Tempo de casa	Cargo efetivo	Taxas do conselho pagas
G5	Diretora de enfermagem	Promoção	Não há	40 h	35%		X		X				
G6	Vice-diretora de enfermagem	Promoção	Não há	40 h	35%		X	X		X			
G7	Gerente de enfermagem	Transferência	Não há	44 h	49%	X	X	X					
G8	Gerente de enfermagem	Promoção	Não há	44 h	49%	X	X	X					
G9	Diretora de enfermagem	Eleição	4 anos	40 h	35%	X						X	

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM. 2014

continua

FONTE: O autor (2014)

LEGENDA: SI = Sistema de informação

* = Razão entre o número de trabalhadores na enfermagem no hospital dividido pelo total de trabalhadores

conclusão

Código	Nome atribuído ao cargo	Como foi escolhido	Tempo de mandato	Carga horária semanal	Percentual da equipe de enfermagem*	Pré-requisito								
						Ser enfermeiro	Experiência prática na área	Pós-graduação em gerenciamento	Relacionamento Interpessoal	Experiência com SI	Tempo de casa	Cargo efetivo	Taxas do conselho pagas	
G10	Gerente de enfermagem	Processo seletivo	Não há	42 h	28%		X							
G11	Diretora de enfermagem	Eleição	4 anos	40 h	34%							X	X	
G12	Diretora de enfermagem	Eleição	4 anos	40 h	45%	X								
G13	Gerente de enfermagem	Promoção	Não há	40 h	60%		X		X					

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM. 2014

FONTE: O autor (2014)

LEGENDA: SI = Sistema de informação

* = Razão entre o número de trabalhadores na enfermagem no hospital dividido pelo total de trabalhadores.

6.3 ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE ENFERMAGEM

As atribuições dos gerentes de enfermagem foram categorizadas conforme as dimensões que o HE deve possuir e estão exemplificadas no Quadro 4. Salienta-se que a dimensão assistência não está presente nas atribuições dos enfermeiros gerentes e que a dimensão pesquisa não foi mencionada por nenhum dos entrevistados.

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Exemplo
Gerenciamento	Participação na direção	Representando o hospital externamente (G1, G2, G5)	“Representar a instituição extra-hospital, então dentro da secretaria do estado, da secretaria do município, da mesma forma como responder todos os questionamentos a estes órgãos, referentes a assistência do hospital”(G2)
		Representando o hospital internamente (G9, G10)	“Nós recebemos as pessoas aqui, atendemos os funcionários, recebemos vigilância sanitária, acompanhamos a visita da vigilância, respondemos ao termo, promotoria, ministério público”(G9)
		Representando a enfermagem junto ao hospital (G3, G10, G11)	“Representar a enfermagem na instituição [...] representando a enfermagem em outros órgãos também, em outras instituições”(G10)
		Participação ativa nas decisões (G1, G2, G4, G5, G10, G11, G12)	“[...] participar de reuniões gerenciais junto a superintendente, esta é uma atividade que mensalmente nós temos para a discussão de indicadores, discussão de projetos”(G2)

QUADRO 4 – ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014

FONTE: O autor (2014)

continua

continuação

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Exemplo
Gerenciamento	Gerenciamento da assistência de enfermagem	Preocupação com a qualidade (G2, G8, G9, G10, G12)	“Eu respondo por todo o serviço de enfermagem [...] é uma função gerencial, mas eu tenho que olhar para a técnica, como está a técnica [...] mas nós temos que nos preocupar com a técnica a ser exercida pelos profissionais”(G12)
		Coordenar a assistência (G2, G3, G4, G5, G7, G8 G11, G12, G13)	“Coordenar as ações de enfermagem com vistas à assistência integral do paciente de acordo com o planejamento estratégico do hospital”(G3)
		Educação permanente e continuada (G2, G3, G5, G11, G12)	“Acompanhar o desempenho técnico e conduta profissional das equipes de enfermagem promovendo o desenvolvimento profissional”(G3)
	Gerenciamento de Recursos	Recursos materiais (G8, G10, G13)	“Sou responsável também pela parte de compras de equipamentos, todos os setores, a parte de compra, planejamento de equipamentos de compras”(G6)
		Recursos financeiros (G2, G7, G8)	“Nós temos que ter uma visão financeira, questão de custos, custos da unidade, custo de material, custo de um paciente internado, de um leito vazio, uma conta, se está faturando” (G7)
		Recursos Humanos (G1, G2, G3, G8, G9, G10, G11, G12)	“participar das contratações dos enfermeiros, fazer as entrevistas dos enfermeiros, eu que faço” (G1) “Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem, solicitar o provimento das vagas nas unidades de trabalho”(G3)

QUADRO 4 – ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014

FONTE: O autor (2014)

conclusão

Dimensão		Exemplo
Ensino	G3, G6, G12	“O contato com a faculdade, então sempre eu participo das questões de formação profissional ou da questão da parceira, buscar parceria, não tinha muito entre as instituições, então essa parceria com a parte da faculdade nós temos trabalhado bastante nisso também, porque nós temos uma questão assistencial, a prática, eles tem uma questão de conhecimento e eu acho que não há essa parceria” (G6)

QUADRO 4 – ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014

FONTE: O autor (2014)

6.4 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DE GERENTE DE ENFERMAGEM

Para elencar as competências referidas pelos gerentes de enfermagem foi utilizado o conceito de Tardif (2006), que define competência como um agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada família de situações. As competências foram selecionadas e distribuídas conforme as dimensões dos HEs e são visualizadas no quadro 5.

Da mesma forma que no quadro 4 das atribuições, a dimensão assistência não foi inserida no quadro 5 porque o enfermeiro-gerente não faz assistência e portanto não se espera dele competências assistenciais. As dimensões ensino e pesquisa não foram mencionadas por eles e, portanto, não estão no quadro.

Dimensão	Categoria	Exemplo
Gerenciamento	Competência Política (G1, G2, G3, G6, G9)	<p>“O principal para exercer é a política, porque a política não é ficar “puxando o saco não” (G1)</p> <p>“[...]a questão de você ter muita escuta, você deve escutar mais do que falar, você ter a análise e não ser impulsiva ajuda porque você não toma decisões apressadas e sempre ouve os dois, os três, ou os quatro lados da história para se ter uma visão do todo[...]” (G6)</p> <p>“[...]mas você tem que estar aberto ao aprendizado também e tem que estar aberto as críticas que virão[...]”(G9)</p>

QUADRO 5 – COMPETÊNCIAS DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014

FONTE: O autor (2014)

continua

conclusão

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Exemplo
Gerenciamento	Competência Gerencial	Gestão de conflitos (G1, G6)	<p>“[...]conseguir controlar médico, técnico e enfermeiro no conflito, é você ter habilidade de resolver esses conflitos sem gerar outros” (G1)</p> <p>“[...]e a questão de negociação que muitas vezes você tem que negociar com diversos profissionais e tem que trocar ideias, não só a sua é a melhor, mas você também não pode deixar de se expressar, não pode ser muito tímida, porque muitas coisas que você faz ou decisões também é um risco, nunca se sabe se vai dar certo” (G6)</p>
		Liderança (G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9)	<p>“Eu acho que em primeiro lugar a liderança, não tem como fugir disso” (G4)</p> <p>“[...]essa habilidade de se relacionar de estimular as pessoas a participarem, de virem conosco e assim por diante [...]” (G3)</p>
		Tomada de decisão (G2 G3, G6, G7, G8, G12)	<p>“[...] saber delegar as pessoas, saber escolher, fazer escolhas bem feitas, porque se eu escolho uma pessoa errada no lugar errado eu vou fazer uma diferença muito grande” (G8)</p> <p>“Tomada de decisão, você tem que ter esta, tem coisas que tem que fazer [...]” (G2)</p>

QUADRO 5 – COMPETÊNCIAS DOS GERENTES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ. 2014

FONTE: O autor (2014)

Alguns elementos referidos pelos enfermeiros não estão de acordo com o conceito de competência, porém se destacaram durante a análise dos dados como o conhecimento, as habilidades e atitudes (Quadro 6).

Categoria	Sub-categoria	Exemplo
Conhecimento	Técnico (G1, G2, G3, G6, G9, G10, G11, G12)	“[...] você tem que ter o conhecimento técnico, científico, teórico para que a tua equipe confie em você e acredite no teu trabalho e no que você está falando [...] então o principal é o conhecimento” (G1)
	Institucional (G3, G5, G6, G11, G12)	“[...]eu acho importante mesmo é o conhecimento da instituição[...]” (G11)
Habilidade	Comunicação (G9)	[...]ter uma capacidade de diálogo porque muitas vezes aquilo que nós precisamos, é preciso escrever o que se quer para pessoas que não conhecem para que elas repassem para outro que conhece menos ainda, então nós temos que ter essa habilidade, na escrita, na fala[...]” (G9)

QUADRO 6 – ELEMENTOS DESTACADOS DURANTE A ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS. 2014

FONTE: O autor (2014)

continua

		conclusão
Categoria	Sub-categoria	Exemplo
Atitude	Ter senso de justiça (G8, G9)	“[...]principalmente justiça[...] porque eu não posso ser diferente com você e entrar uma outra pessoa dali a pouco e eu abrir uma exceção para outra, então isso eu prezo bastante, cobro bastante da minha equipe” (G8)
	Ter bom senso (G3, G8)	“Bom senso, a gente precisa ter muito bom senso” (G8)
	Ter postura (G3)	“[...]postura[...]” (G3)
	Ser comprometido (G5)	“[...]comprometimento[...]” (G5)
	Agir com ética (G9)	“[...]então tem que ter muito a questão da postura ética acho que ela norteia tudo, ela permeia tudo[...]”(G9)

QUADRO 6 – ELEMENTOS DESTACADOS DURANTE A ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS. 2014

FONTE: O autor (2014)

6.5 COMO AS COMPETÊNCIAS FORAM ADQUIRIDAS

Os gerentes de enfermagem relataram que as competências foram adquiridas por meio da sua experiência profissional, troca de experiência entre pares, estudo e com a contribuição da instituição, conforme apresentado no quadro 7.

Categoria	Exemplo
Experiência profissional (G1, G5, G6, G13)	“[...]experiência de se ter vivenciado tantas situações na UTI[...]talvez seja a vivência de ter passado por várias situações que te dá essa competência[...]” (G1)
Estudo (G2, G11, G12)	“Uma das coisas que foi muito boa foi eu ter a oportunidade de ter feito esta especialização, foi muito bom” (G12)
Troca de experiência entre pares (G4, G7, G12)	“[...]tem gerentes de outras áreas, também as reuniões e, essas reuniões elas favorecem o conhecimento porque cada um coloca as suas dificuldades no setor, como agiu em determinado momento[...]” (G4)
Contribuição da instituição (G5, G6, G7, G8, G11)	“[...] o grupo investe nisso, eles querem que aprendamos, eles dão essa abertura para nós irmos estudar e crescer”(G7)

QUADRO 7 – COMO AS COMPETÊNCIAS FORAM ADQUIRIDAS. 2014

FONTE: O autor (2014)

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE ENFERMAGEM

Os participantes da pesquisa totalizaram 13 enfermeiros, 12 do sexo feminino e um do sexo masculino. O número de participantes é maior que o número de hospitais, pois em uma das instituições co-participantes a função de gerente de enfermagem é compartilhada por dois enfermeiros. A predominância do sexo feminino é uma característica dos trabalhadores da área da saúde, em especial da equipe de enfermagem que se constitui quase totalmente por mulheres, mas o cenário está se modificando atualmente com o crescente ingresso de trabalhadores do sexo masculino na categoria (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Em relação à idade dos participantes, observa-se que quatro enfermeiros possuem idade entre 36 e 40 anos, um entre 41 e 45 anos, cinco entre 46 e 50 anos e três com 50 anos ou mais.

Quanto ao tempo de formação acadêmica em enfermagem, um enfermeiro tem menos de 10 anos de formado, dois de 11 a 15 anos, três entre 16 e 20 anos, dois entre 21 e 25 anos, dois entre 26 e 30 anos e três com mais de 30 anos de formado.

Dados semelhantes aos apresentados acima foram encontrados em outros estudos, confirmando este perfil de enfermeiros que assumem cargos de gerência (TRIGUEIRO *et al.*, 2014; FURUKAWA, CUNHA; 2011)

Os estudos de Trigueiro *et al.* (2014) e Furukawa e Cunha (2011) e Caldas (2008) demonstram que todos os participantes possuem pós-graduação, o que difere desta pesquisa, pois um enfermeiro não é pós-graduado apesar de já ter iniciado quatro especializações. Percebe-se também que três gerentes optaram também por realizar cursos de pós-graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado), que tem objetivos científicos, enquanto a especialização tem sentido prático/profissional (FURUKAWA; CUNHA, 2011)

Quanto ao tempo de desempenho na atual função, um enfermeiro está no cargo há trinta dias, porém sua experiência neste tipo de cargo é de quatro anos ou mais, já que trabalhou em outro hospital de ensino pertencente à mesma rede hospitalar e o gerente que está há oito meses no cargo também possui experiência prévia no gerenciamento em hospital de ensino.

Sobre a experiência anterior como gerente de enfermagem em outros hospitais, somente três enfermeiros relataram já ter ocupado este tipo de cargo em outras instituições de saúde. Caldas (2008) sinaliza a preocupação com profissionais que assumem cargos de tamanha importância, dada a complexidade dos hospitais e o seu papel estratégico no sistema de saúde, sem experiência prévia, pois, por mais que um curso teórico auxilie a construção da prática, existem lacunas que só o aprendizado prático pode suprir. Entretanto, neste estudo o fato de dez enfermeiros assumirem o cargo sem experiência anterior está atrelado ao processo de escolha e os pré-requisitos para o cargo que serão elucidados posteriormente.

Quanto ao vínculo com a IES, dois gerentes são docentes das universidades vinculadas ao HE, os demais não possuem qualquer vínculo formal com a instituição.

O enfermeiro que ocupa o cargo de gerente de enfermagem tem em média 46 anos e aliado ao seu tempo de formação (mais de nove anos) demonstra que a sua experiência de vida e profissional já é consolidada. Quase todos possuem pós-graduação, denotando a preocupação com a qualificação profissional e somente três enfermeiros possuem experiência prévia em cargos de gerência.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE GERENTE DE ENFERMAGEM

Todos os HE possuem uma denominação própria para o cargo máximo na área da enfermagem, os nomes atribuídos aos cargos variaram entre diretora e vice-diretora de enfermagem e gerente de enfermagem. Apesar da diferença dos nomes dos cargos, a função e a responsabilidade do enfermeiro não mudam de um hospital para o outro, esta diferença só existe por uma questão de denominação institucional.

Sobre a carga horária semanal de trabalho dos gerentes de enfermagem, todos cumprem no mínimo 40 horas semanais, confirmando que o cargo exige mais tempo de trabalho do enfermeiro, já que, em algumas instituições estudadas a carga horária dos demais componentes da equipe de enfermagem é de 30 ou 36 horas semanais.

Nas instituições de saúde, em especial nas hospitalares do Brasil e da Europa, a equipe de enfermagem constitui uma parcela significativa do quadro total de recursos humanos (FAKIH; CARMAGNANI; CUNHA, 2006; CAMPOS; MELO, 2007; CARDOSO; GRAVETO; QUEIROZ, 2014). Dependendo das instituições os

recursos humanos em enfermagem representam de 30% a 60% do total do quadro de pessoal (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2012) e nos hospitais pesquisados, os gerentes são responsáveis por 27% ou até 60% do total de trabalhadores nos hospitais, representando alto custo com pessoal.

Destaca-se a grande variação dos recursos humanos de enfermagem entre estes hospitais que possuem as mesmas características. Essa variação pode ter inúmeras causas, como a falta de profissionais no mercado de trabalho e inexistência de concursos públicos para suprir as necessidades de mão-de-obra nos hospitais públicos. Todavia, nesta pesquisa, não é possível compreender quais os motivos dessa diferença sendo necessário um estudo aprofundado sobre o assunto.

Para gerenciar estes recursos humanos, os gerentes de enfermagem utilizam instrumentos que lhes permitem realizar o planejamento, alocação, distribuição e controle do pessoal de enfermagem, pois a previsão e a provisão de pessoal nas unidades assistenciais implicam nos resultados da assistência de enfermagem. Por isso, o enfermeiro tem papel de destaque quanto à negociação do quadro de pessoal e no direcionamento das políticas de recursos humanos nas instituições de saúde (FUGULIN, 2002; CAMPOS; MELO, 2007).

O processo de escolha do enfermeiro para assumir o cargo de gerente de enfermagem variou entre promoção, indicação, transferência, processo seletivo, eleição e convite.

Nos cargos assumidos por promoção, os enfermeiros relataram que conforme o seu desempenho profissional na instituição eles foram assumindo cargos de coordenação/supervisão e por fim alcançando o cargo máximo na enfermagem.

“Eu comecei como enfermeira em 1999. Em 2005 me tornei coordenadora de enfermagem, em 2009 fui para a gerência de enfermagem e, em 2012 para a direção” (G1)

Os gerentes trabalham na instituição há vários anos e, atuaram em outros cargos antes de assumir a gerência e a sua experiência assistencial colaborou para que este profissional fosse capaz de gerenciar conforme as necessidades emergidas da prática (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

Entretanto, este cenário pode evidenciar que uma das poucas formas de ascensão do enfermeiro nas organizações de saúde é a mudança para uma carreira gerencial. Neste sentido, a migração do melhor profissional técnico à carreira

gerencial é vista como um prêmio, um reconhecimento da contribuição da pessoa para a organização (DUTRA, 2004⁴ *apud* FURUKAWA; CUNHA, 2011).

Brito *et al.* (2008) ressaltam que as mudanças de cargos surgem como um resultado da valorização da competência profissional do enfermeiro e refletem no seu êxito profissional e no seu sentimento de autovalorização.

No que tange a necessidade/preferência para enfermeiros que possuem maior vivência profissional na área e na instituição, os resultados deste estudo corroboram com os achados de Furukawa e Cunha (2011) e de Brito *et al.* (2008).

Além disso, por serem reconhecidos pelo seu trabalho na instituição não houve homogeneidade nos pré-requisitos para assumir o cargo, mas observa-se que houve a exigência da experiência anterior em cargos de gerência em hospital, à habilidade de se relacionar com as pessoas e experiência com o sistema de informação.

Quando não há um enfermeiro que se destaque na sua prática assistencial e gerencial é necessário que a instituição busque este profissional no mercado por meio de processos seletivos.

“eu recebi uma ligação do hospital que eles estavam procurando um profissional que assumisse este cargo e foi um processo seletivo na verdade, nós conversamos, tinha mais três enfermeiras envolvidas neste processo, mas nós conseguimos nos acertar” (G2)

No recrutamento externo o enfermeiro já é qualificado para assumir o cargo e traz consigo ideias para melhorar os processos, mas é necessário que haja um tempo de adaptação e ajustamento entre o gerente, equipe e instituição (MAZON; TREVIZAN, 2000).

Este tempo de ajustamento é necessário para que o enfermeiro conheça e compreenda a estrutura organizacional da instituição e possa agir eficientemente dentro desta estrutura, visualizando os caminhos que podem ser percorridos para o alcance dos objetivos da direção e da enfermagem.

Considerando que no recrutamento externo espera-se que o enfermeiro seja qualificado para o cargo, fora exigido experiência prática na área, em sistema de informação e especialização em gerenciamento.

⁴ DUTRA, J.S. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

O processo de escolha do gerente de enfermagem por transferência se deve ao fato de que o hospital em questão faz parte de uma rede de hospitais pertencentes a uma universidade, ou seja, o enfermeiro foi deslocado para outra unidade de trabalho da rede, não realizando nenhum processo de escolha, apenas um remanejamento interno de recursos humanos.

“eu fui para o hospital..., não teve uma seleção, foi uma transferência, uma negociação de cargos e funções e da mesma forma fui convidada para vir para este hospital agora, então não teve uma seleção formal para este hospital” (G7)

Apreende-se que o remanejamento interno de trabalhadores se dá frente à necessidade de outro setor ou instituição em desenvolver o seu trabalho e que só ocorre a transferência quando verifica-se que o trabalhador é capaz de atender as necessidades deste novo local de trabalho.

Nos cargos escolhidos por indicação, os hospitais são de natureza pública e não há requisito mínimo para assumir o cargo, exceto ser enfermeiro.

“Cada vez que muda o governador, pode mudar o diretor de um hospital estadual e em consequência cada diretor escolhe o gerente de enfermagem[...]A cada troca de gestão, o governo fica livre para escolher o secretário de saúde e o secretário de saúde escolhe o diretor do hospital. Já houveram outras trocas (de governo), mas eles continuaram mantendo o diretor do hospital e ele continuou me mantendo, mas é um cargo de confiança” (G4)

Nas instituições públicas a admissão de servidores pode ser realizada por concurso público ou pela nomeação para o cargo em comissão declarado de livre nomeação e exoneração, ou seja, indicando a pessoa para um cargo específico. Para a indicação do cargo há uma relação entre a autoridade superior e o designado, pautada na confiança e no comprometimento pessoal (VALADARES; EMMENDOERFER, 2012).

No estudo de Caldas (2008), a maioria dos dirigentes dos hospitais foi indicada pelo seu superior imediato, o diretor geral. Isso reforça a existência de relações baseadas na confiança, colaborando para que os diretores atuem como um grupo.

Como relatado, caso haja alguma mudança dentro da estrutura administrativa do hospital e/ou do governo o ocupante do cargo pode ser dispensado

da função. Considerando a especificidade do cargo e o já exposto, infere-se que o diretor conhece a forma de trabalho do enfermeiro, suas habilidades e competências e estas características são consoantes com o seu modo de trabalhar e com a filosofia da instituição.

Nas instituições públicas o processo de escolha também pode ser devido ao processo eleitoral, sendo o enfermeiro eleito pelos trabalhadores do hospital.

“O diretor de enfermagem ele compõe uma chapa com o diretor superintendente que, digamos, é o “cabeça” da chapa, mais três diretorias que é o diretor clínico, o diretor de enfermagem e o diretor administrativo, isso se compõe em uma chapa e passa por um processo eleitoral, onde docentes, alunos e funcionários (...) todos os funcionários e todas as diretorias votam” (G12)

Com a eleição todos os trabalhadores do hospital tem a oportunidade de escolher o gerente de enfermagem por meio do voto e não há possibilidade que um profissional externo à instituição assuma este cargo e represente a enfermagem no hospital.

Além disto, o enfermeiro que se candidata e assume o cargo deve ter reconhecimento por seus pares, seja pela sua competência técnica ou relacional. Ademais, ao se submeter a um processo eleitoral, o enfermeiro expõe suas habilidades políticas frente ao seu poder de influenciar as pessoas para que acreditem no seu potencial como gerente da enfermagem na instituição.

O enfermeiro ao assumir o cargo de gerente de enfermagem sabe que estará no cargo por apenas quatro anos, ou seja, há um período de mandato e, além da ciência sobre este fato, o candidato a gerente de enfermagem deve ser servidor efetivo da instituição, desta forma, não pode estar em estágio probatório.

“[...] tem que ter um período de trabalho na instituição, tem que fazer o plano de trabalho, você tem que estar com a parte do conselho de enfermagem em dia [...] existe um acordo com o pessoal do departamento de enfermagem que uma vez é um enfermeiro do hospital e a outra vez é um enfermeiro do departamento de enfermagem que assume a diretoria.” (G11)

Conforme observado existe, nestas instituições, um acordo verbal em revezar a gestão entre o enfermeiro do hospital e o enfermeiro docente da universidade, permitindo que as duas instituições tenham oportunidade de coordenar a equipe de enfermagem.

Ressalta-se que o processo eleitoral da direção dos hospitais é fruto de uma organização interna destas instituições, pois o cargo é, na realidade, indicado pelo reitor da universidade, isto é, existe a autonomia do hospital para deliberar os cargos deste modo, mas formalmente os cargos são escolhidos pelo reitor, ou seja, o processo de escolha é semelhante aos outros hospitais públicos.

Com isso, existem diferentes nomenclaturas para o cargo máximo na área da enfermagem nos HEs. A diferença entre o número de pessoal sob a responsabilidade do gerente nas instituições é relevante e o processo de escolha para o cargo de gerente de enfermagem é realizado de forma distinta. Nos hospitais privados são realizadas promoção de seus enfermeiros, seleções externas e remanejamento de pessoal, sem que haja um período pré-estabelecido de troca do gerente nestas instituições. Já nos hospitais públicos os cargos são ocupados por indicação ou são realizadas eleições para que o enfermeiro seja gerente de enfermagem.

7.3 ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE ENFERMAGEM

A inserção dos HEs na rede SUS trouxe implicações socioeconômicas, políticas e culturais que compõem um cenário no qual o trabalho gerencial do enfermeiro é essencial para enfrentar os novos desafios advindos dessa nova organização de assistência à saúde (AGUIAR *et al.*, 2005). Frente a isso o gerente de enfermagem tem atribuições para atender esses desafios e manter o cuidado de enfermagem.

As atribuições foram pré-categorizadas de acordo com as dimensões, preconizadas pelo MS/MEC, que o hospital de ensino deve possuir. A **dimensão gerenciamento** foi categorizada em participação na direção, gerenciamento da assistência de enfermagem e gerenciamento de recursos.

Uma atribuição referida pelos enfermeiros foi a de **representar o hospital externamente**, pois ao integrar a direção, o gerente é uma figura de influência política tanto dentro quanto fora do hospital e tem capacidade para decidir qual caminho deve ser percorrido pelo na assistência ao usuário da rede SUS. Além disso, ao representar o hospital, o gerente tem a possibilidade de comunicar estratégias da organização e apresentar os resultados alcançados (CALDAS, 2008).

Apesar dos contatos e as negociações externas à unidade serem reconhecidas como pertinente ao papel do diretor geral como aludido por Caldas (2008), neste estudo observou-se que o gerente de enfermagem também o faz de forma ativa. Ademais, esta representação da instituição externamente legitima o seu espaço dentro do HE e mostra a relevância do enfermeiro na direção das organizações de saúde, já que é ele que gerencia o cotidiano do hospital ao assumir a gerência das unidades assistenciais (CECILIO; MERHY, 2003).

Representar o hospital internamente reforça processos de liderança e também é uma função realizada mais comumente pelos diretores gerais (CALDAS, 2008). Contudo, os gerentes de enfermagem referiram ser uma atribuição do seu cargo o desenvolvimento desta atividade principalmente em situações onde órgãos regulamentadores, como a vigilância sanitária, questionam como as práticas assistenciais são desenvolvidas no hospital, já considerando que o enfermeiro é o gestor mais apto a responder a estes órgãos.

Além de representar a instituição dentro e fora da organização o enfermeiro gerente **representa a enfermagem no hospital** diminuindo assim a distância que existe entre a equipe envolvida no cuidado e a direção hospitalar (CECILIO; MENDES, 2004). Ademais, ao representar a enfermagem o enfermeiro assume a Responsabilidade Técnica pelo cuidado prestado, pois cabe ao enfermeiro a direção, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 2005).

E ao representar a classe na alta direção o enfermeiro gerente auxilia na definição das práticas hospitalares e dos processos nela envolvidos não se esquecendo de analisar a viabilidade destes na prática do cuidado.

A enfermagem por ocupar uma posição diferenciada na estrutura organizacional dos hospitais tem espaço e reconhecimento na alta direção destas instituições, por isto o gerente de enfermagem **participa ativamente das decisões** que são tomadas nos HEs.

O enfermeiro tem embasamento teórico e prático para decidir os recursos a serem empregados nas unidades e na definição de projetos estruturais para a ampliação de leitos na instituição (SILVIA; SEIFFERT, 2009)

E, aliado ao fato de que todas as mudanças afetam diretamente o cuidado, o enfermeiro participa da definição do planejamento de metas a serem alcançadas, na ampliação dos recursos humanos e na elaboração do plano de cargos e salários.

Os gerentes de enfermagem além de voltarem o seu olhar para os interesses da direção, da sua condução frente às mudanças não se esquecem dos trabalhadores e seus movimentos de autogoverno, por isso, estão atentos para a **coordenação da assistência**.

Ao coordenar a assistência de enfermagem o enfermeiro se instrumentaliza para a efetivação de políticas, possibilitando construir um modelo assistencial alicerçado em valores adequados à cultura da própria profissão e condizentes com o modelo de atenção a saúde (PROCHNOW, *et al.*, 2007).

Considerando que para se tornarem hospitais de ensino houve a necessidade de mudanças do modelo assistencial, o gerente de enfermagem ao coordenar a assistência possibilita a viabilidade desta mudança, pois ela se reflete na organização do trabalho da equipe de enfermagem para as ações de cuidado, assim como avança no sentido de assegurar a autonomia e participação junto aos usuários do serviço de saúde (MAGALHAES; RIBOLDI; DALL´AGNOL, 2009).

Com o novo modelo assistencial o enfermeiro gerente deve planejar e organizar as demandas de cuidado utilizando as ferramentas próprias da enfermagem como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que deve ser implantada em toda instituição de saúde, tanto pública quanto privada (BRASIL, 2009b).

A enfermagem, apesar de se organizar internamente, faz parte da estrutura hospitalar, por isso ao coordenar a assistência o gerente pondera o planejamento do hospital, as metas a serem atingidas e como devem ser desenvolvidas. Isto é devido ao fato da enfermagem pertencer à estrutura do hospital e, o hospital de ensino integra a rede SUS e esta, define as necessidades de saúde da população influenciando o gerenciamento da instituição hospitalar de ensino e conseqüentemente a coordenação de enfermagem.

Ao coordenar o cuidado definindo o modelo de assistência ideal para a instituição o enfermeiro se **preocupa com a qualidade** do cuidado que é oferecido ao usuário. Essa preocupação se deve ao fato de que a qualidade do cuidado tem uma forte relação com a atuação da equipe de enfermagem que é coordenada por ele (HADDAD; ROSSANEIS, 2011).

Ademais, a enfermagem, representada pelo enfermeiro, tem consciência da sua responsabilidade diante da qualidade do cuidado que presta ao paciente, a instituição, a ética e as leis e normas da profissão (FREITAS *et al.*, 2014).

O cuidado de qualidade prestado pela equipe de enfermagem deve ser compatível com a realidade dos HEs, que atendem cada vez mais pacientes de alta complexidade com uso de recursos tecnológicos mais sofisticados aliado a diversas especialidades médicas e pesquisas clínicas (FAKIH; CARMAGNAN; CUNHA, 2006).

Considerando que a qualidade da assistência na saúde está relacionada à prestação de serviços com custo baixo e sem danos ao paciente e que os gerentes de enfermagem têm essa preocupação ao coordenar o cuidado, é observado que os enfermeiros buscam adotar novas tecnologias condizentes com a sua realidade.

Neste sentido, os enfermeiros identificam continuamente a qualidade da prática profissional promovida para a sua equipe e utiliza os resultados encontrados como ferramentas gerenciais para estabelecer intervenções pertinentes ao seu processo de trabalho (CAMPOS;MELO, 2007).

Ao coordenar a assistência com vistas ao cuidado de qualidade o gerente de enfermagem percebe as fragilidades de sua equipe, o que permite que ele promova a **educação permanente e continuada** na enfermagem.

Pelo quadro de enfermagem representar o maior quantitativo de recursos humanos nas instituições e, por permanecerem 24 horas nas unidades assistenciais, o desenvolvimento da equipe de enfermagem é essencial (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012).

Além disso, a educação em saúde é uma forma de tornar os trabalhadores responsáveis por sua respectiva formação e tem como objetivo alcançar a competência individual e coletiva além de fortalecer as categorias profissionais e por consequência a equipe de saúde (FERREIRA *et al.*, 2012).

Estas atividades relacionadas à educação são alicerçadas na política de educação permanente em saúde do país, que é a aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa com o intuito de desenvolver e otimizar a utilização dos recursos (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que as demandas para o desenvolvimento profissional não devem ser definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, mas deve considerar os problemas cotidianos referentes à atenção, à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2014).

Corroborando com o exposto, Chioro dos Reis (2011) afirma que a educação permanente prevê processos a longo prazo, com forte participação e protagonismo dos gestores e/ou trabalhadores, a partir de seus problemas cotidianos. Neste sentido, observamos que o enfermeiro gerente trabalha conforme as orientações desta política governamental.

Os avanços tecnológicos impulsionam o aumento da complexidade e, conseqüentemente, demanda por recursos humanos e materiais. Por isto, o gerenciamento de recursos materiais é motivo de preocupação nas organizações de saúde sejam elas privadas ou públicas (PASCHOAL; CASTILHO, 2010; GARCIA *et al.*, 2012).

A atribuição de **gerenciamento de recursos materiais** é desenvolvida pelo enfermeiro devido ao seu conhecimento para administrá-los e por serem os coordenadores de todas as atividades exercidas nas unidades assistenciais (BOGO, 2013; CASTILHO; GONÇALVES, 2012)

De acordo com as falas dos participantes, o gerente se envolve nas etapas de previsão, provisão, compra e na elaboração do descritivo de equipamentos e materiais que serão utilizados pela enfermagem, corroborando com estudos que versam sobre esta temática (OLIVEIRA; CHAVES, 2009; BOGO, 2013; CAMPOS; SANTOS, 2008).

A participação do enfermeiro no processo de seleção e compra de materiais se mostra importante, pois são eles que avaliam se a quantidade e a qualidade do produto condizem com as necessidades dos usuários e da sua equipe. Além disso, o gerente de enfermagem tem conhecimentos que lhe asseguram condições para opinar quanto ao tipo, quantidade e qualidade dos materiais a serem adquiridos (GARCIA *et al.*, 2012; BOGO, 2013).

As áreas de apoio, como o almoxarifado, não estão sincronizados com as demais áreas assistenciais, por isso não são totalmente instrumentalizados para administrar isoladamente os recursos materiais. Logo, o enfermeiro gerente promove atividades para auxiliar este setor no desenvolvimento do trabalho e para garantir os insumos mínimos para o cuidado (GARCIA *et al.*, 2012)

Diante disso, o enfermeiro por coordenar toda atividade assistencial, tem um papel determinante nas definições dos materiais, nas suas especificações técnicas, no estabelecimento de quantidade e, no controle e avaliação, pois é ele que

conhece e acompanha o perfil de consumo nas unidades assistenciais (CASTILHO; GONÇALVES, 2012).

Para se produzir o cuidado nos serviços de saúde são consumidos diversos insumos que incluem os recursos humanos, materiais, instalações e equipamentos que tem um custo. Por isto, outra atribuição do gerente de enfermagem é o gerenciamento dos **recursos financeiros**.

Conforme assevera Castilho *et al.* (2014), com o aumento dos problemas financeiros das organizações de saúde, ocasionados pelo subfinanciamento da área e a crescente elevação dos gastos, o gerenciamento de recursos financeiros é apontado como uma atividade essencial para os gerentes tanto do setor público quanto privado.

Observamos que existe um acompanhamento dos custos e da receita nas unidades assistenciais, pois isto reflete diretamente nos recursos que o hospital dispõe para investir na contratação e na qualificação de trabalhadores ou na estrutura física da instituição.

Para este acompanhamento é exigido do enfermeiro o conhecimento de ferramentas contábeis que permitem que ele analise as planilhas de custos e serviços, verifique os custos de processos e procedimentos implantados nas unidades sob sua responsabilidade. Para gerenciar os hospitais não basta que o enfermeiro gerente centre seus esforços em estratégias de contenção de custos, pois é preciso conhecer como eles são formados nos diferentes processos assistenciais para que assim possa ser melhorada a distribuição dos recursos e serviços sem que haja prejuízo na qualidade do cuidado (CASTILHO *et al.*, 2014)

Neste sentido, gerenciar os custos assistenciais possibilita a identificação de unidades que necessitam de uma redução de custo ou aumento de receita, controla os gastos e elimina desperdícios. Logo, ao gerenciar os recursos financeiros, o gerente acompanha a evolução dos gastos hospitalares e implanta medidas que melhorem o desempenho do serviço, redefinindo prioridades e acompanhando a produtividade (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2012).

Os HEs prestam serviços de alta complexidade e utilizam tecnologias de ponta e, para que estes serviços sejam realizados sem iatrogenias, é preciso que o gerente de enfermagem **gerencie os recursos humanos** para prover o quadro de pessoal adequado para o trabalho, aliado à eficiência e eficácia destes trabalhadores.

Esta atribuição refere-se tanto ao dimensionamento de pessoal quanto a entrevistar os candidatos às vagas disponíveis dentro do processo de recrutamento e seleção na instituição.

Os gerentes de enfermagem são responsáveis pela maior parcela de recursos humanos nas instituições de saúde. Em especial nos hospitais é necessário que estes gerentes se instrumentalizem para gerenciar estes recursos por meio de ferramentas que os auxiliem no dimensionamento de pessoal (FAKIH; CARMAGNANI; CUNHA, 2006; PERES; LEITE; GONÇALVES, 2012).

A partir do dimensionamento de pessoal e do seu remanejamento para as unidades assistenciais o enfermeiro solicita, para a direção geral, a contratação ou provimento de mais trabalhadores a fim de garantir a qualidade e a eficiência do cuidado. Além disso, ao participar da entrevista de seleção o gerente de enfermagem levanta os dados referentes ao candidato a fim de verificar a sua adaptabilidade a função, além de transmitir informações relativas a função e a instituição (LEITE; PEREIRA, 1991; MARQUIS; HOUSTON, 2005).

A participação na entrevista é desenvolvida somente pelos gerentes de enfermagem de hospital de ensino de natureza administrativa privada, pois o seu regime de contratação é regido de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que permite a seleção de pessoal conforme os objetivos e métodos de cada instituição.

Já nos hospitais públicos a contratação é feita por meio de concursos públicos, que garante a igualdade relativa ao acesso às vagas (VALADARES; EMMENDOERFER, 2012). Devido a este fato, o gerente de enfermagem não tem possibilidade de entrevistar e nem de influenciar na escolha do candidato a vaga dentro do hospital.

Somente três gerentes referiram atribuições pertinentes à dimensão ensino. De acordo com os relatos, os gerentes de enfermagem realizam atividades para estabelecer parcerias entre o hospital e as IES e para adaptar o aluno a rotina hospitalar.

A partir das falas, não foi observado a referência dos enfermeiros em criar um ambiente propício ao aprendizado e nem a sua preocupação com as atividades de ensino ali realizadas.

Os hospitais de ensino tem um compromisso indissociável em ofertar serviços de saúde e ao mesmo tempo são um prolongamento do ambiente

universitário para a formação de profissionais (DALL'AGNOL, *et al.*, 2013). Considerando que o aprendizado prático proporcionado pelo HE ocupa quase que um quarto da carga horária total do processo de formação do enfermeiro, o ambiente hospitalar que é gerenciado pelo enfermeiro é um dos locais com mais importância para a formação profissional (HIGARASHI; NALE, 2006).

Diante disso, os gerentes de enfermagem devem garantir que o ambiente hospitalar seja um local que aperfeiçoe o que foi aprendido na teoria, participando da formação profissional e oferecendo atendimento de alta complexidade, diminuindo assim o impacto que ocorre na transição da academia para a atividade laboral (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

No estudo de Chioro dos Reis (2011), a participação dos HEs na formação de profissionais foi inexpressiva desde o seu processo de reestruturação, sendo observadas apenas mudanças estruturais (como a construção de salas de aula e espaços de estudo) que são verificados no processo de certificação.

Diante disso, este achado é apenas mais um reflexo da situação em que os hospitais de ensino se encontram atualmente quanto ao que tange o processo de formação de profissionais da área da saúde no país.

As atribuições referentes à **dimensão pesquisa** não foram citadas pelos participantes deste estudo, o que causa estranheza, já que os HEs são locais para a produção do conhecimento a partir das necessidades da rede SUS e são um componente importante para o desenvolvimento de novas tecnologias para o cuidado (CALDAS, 2008; CHIORO DOS REIS, 2011; VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

Neste pensar, a pesquisa em enfermagem é uma prioridade em saúde, pois aborda o cuidado de enfermagem baseado em evidências e seus resultados clínicos de qualidade são relevantes para o gerente de enfermagem examinar a estrutura e o processo de enfermagem nas organizações de saúde (WEIERBACH *et al.*, 2010).

Além disso, o enfermeiro gerente é o facilitador das relações entre os pesquisadores e a equipe de enfermagem no hospital, dando mais incentivo para a participação da equipe nas pesquisas, não se limitando apenas na coleta de dados, mas na construção do conhecimento na enfermagem (WEIERBACH *et al.*, 2010).

Chioro dos Reis (2011) expõe em seu estudo que o eixo pesquisa foi o que menos avançou desde o processo de contratualização dos HEs, não sendo identificadas diferenças substanciais na produção de conhecimento e inovação tecnológica.

Ressalta-se que, com a não disponibilização dos documentos nos hospitais, como regimentos e regulamentos, não foi possível averiguar se a instituição é comprometida com a produção de pesquisas e demanda atividades para o gerente de enfermagem, sendo esta uma limitação do estudo.

Por fim, não foram referidas atribuições pertinentes à dimensão assistência, uma vez que gerente de enfermagem não presta cuidados diretos aos usuários. Suas atividades são realizadas em um nível mais estratégico nos hospitais a partir da organização do cuidado e do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

7.4 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DE GERENTE DE ENFERMAGEM

No setor hospitalar, os modelos de gestão tem exigido uma nova postura por parte dos dirigentes e, portanto, o desenvolvimento de competências que contribuam para a ampliação da visão da organização (BRITO *et al.*, 2008). Não basta ao enfermeiro saber como a estrutura organizacional do seu trabalho se compõe e se articula, mas ele deve ser capaz de agir politicamente dentro desta estrutura (MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Os enfermeiros gerentes relataram que para o exercício da sua função nos HEs é necessário ter **competência política**, que se enquadra na **dimensão gerenciamento**.

A política aqui mencionada se refere ao uso de influência e poder entre partes interessadas (DALLAIRE, 2008⁵ *apud* BERUBE, *et al.*, 2013).

Esta competência está presente na fala do gerente, pois é a enfermagem representada por ele que gerencia o cotidiano do hospital, assumindo a gerência efetiva das unidades assistenciais (CECILIO; MENDES, 2004). Para tal, é necessário que o enfermeiro articule-se e influencie os outros serviços da instituição a fim de garantir o bom andamento do serviço. Logo, a competência política deve estar presente no cotidiano do enfermeiro gerente, pois é ele que organiza o

⁵Dallaire C. L'action politique: une stratégie pour l'engagement professionnel. In: Dallaire C. (ed). Le savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession infirmière. Boucherville: Gaétan Morin; 2008. p.455-80.

processo de trabalho da equipe de enfermagem e estabelece relações com as outras unidades (como farmácia, almoxarifado, lavanderia, entre outros) para garantir insumos e equipamentos necessários para o cuidado do usuário.

O gerente de enfermagem tem um poder formal legitimado pela sua posição hierárquica na instituição, porém tem ciência de que este poder não é o único no hospital, pois existe o poder exercido pelos diversos atores da instituição e são eles que transformam na prática os projetos delineados na diretoria (CECILIO; MENDES, 2004).

Com isso o agir político do gerente de enfermagem com estes atores é para alcançar as metas traçadas pela organização e garantir que as normas sejam cumpridas e nas instâncias superiores para consolidar ou deliberar projetos ou mudanças institucionais, já que o enfermeiro tem voz e assento na direção e deve proteger os interesses da enfermagem e dos usuários do serviço (CECILIO; MENDES, 2004; SPAGNOL, 2005; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Conforme exposto, os trabalhadores com seus interesses e práticas vão construindo um campo de relações que podem modificar as diretrizes da direção refletindo em novas práticas, por isto o enfermeiro deve saber envolver estes trabalhadores para atingir metas pactuadas. Uma estratégia, além do diálogo, é prover recursos simbólicos como premiação, estímulo, valor do cargo para que este trabalhador seja incentivado a participar dos projetos institucionais.

Esta forma de influenciar pessoas também pode ser percebida no processo de escolha do enfermeiro para o cargo, uma vez que ao ser reconhecido pelo seu trabalho e ascender para cargos gerenciais o seu compromisso com a instituição fora aumentado.

Devido a isto, o gerente de enfermagem deve possuir a competência política para articular, o tempo todo, a participação dos trabalhadores nos interesses e nas diretrizes propostas pela direção e na defesa dos interesses da enfermagem tanto interna ou externamente.

Neste pensar, a política está presente em todas as organizações, por isso o enfermeiro deve saber agir politicamente para que ele não permaneça impotente frente as deliberações da organização (MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Além da competência política, os enfermeiros gerentes relataram competências como a gestão de conflitos, liderança e tomada de decisão que são competências gerenciais para o exercício da sua função.

O conflito está presente no cotidiano das organizações e quanto maior e mais complexa a organização, neste caso os HEs, maiores os conflitos. Situações conflitantes ocorrem quando há uma discordância sobre determinado objeto entre duas ou mais pessoas (CECILIO; MERHY, 2003; MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Os conflitos são inevitáveis na organização e devem ser administrados (MARQUIS; HOUSTON, 2005), por isto a **gestão de conflitos** é uma competência necessária ao enfermeiro gerente.

Diante da diversidade de atividades atribuídas ao gerente de enfermagem, que realiza o gerenciamento do cuidado e da equipe, gerenciar conflitos também é uma prática inerente ao seu processo de trabalho. Nos hospitais a fonte principal dos conflitos tem origem na multiplicidade de atores, profissões e racionalidades do seu interior que se expressam em direção opostas (LIMA; FAVERETTE; GRABOIS, 2006).

No estudo de Amestoy *et. al.* (2014) foi evidenciado que são os conflitos oriundos dos relacionamentos interpessoais que predominam nos hospitais. Estes são vivenciados entre diferentes categorias profissionais e entre os próprios profissionais da enfermagem e interfere diretamente no andamento do trabalho, afeta o desempenho, a motivação e gera insatisfação da equipe, pois implica na desorganização de todos os integrantes da equipe sejam eles da mesma categoria ou não.

O conflito instituído entre médicos e enfermeiros são um dos principais problemas no serviço de saúde e são provenientes de uma distribuição desigual de poder, por isto exige do gerente esforços para que estes problemas sejam solucionados ou amenizados a partir de uma maior capacidade de compreensão e negociação da situação (AMESTOY, *et. al.*, 2014).

Segundo Jerico, Peres e Kurcgant (2008), o enfermeiro consome 20% do seu tempo gerenciando conflitos e para a sua resolução são utilizadas as experiências anteriores e os valores dos enfermeiros. Além disso, para lidar com o conflito a escuta, o respeito, a comunicação assertiva, o compromisso, a colaboração e a negociação são estratégias para resolver uma situação problemática para uma possibilidade de resolução.

Marquis e Houston (2005) relatam que ao usar a comunicação assertiva, o enfermeiro obtém resultados caracterizados por um nível aceitável de satisfação por todas as partes envolvidas no conflito.

No estudo de Spagnol *et al.*, (2010) o enfermeiro é o mediador frente a situações de conflito na equipe e utiliza estratégias de confrontação e compromisso por meio de um diálogo aberto, procurando entender o contexto e opta por decisões corretas para determinada situação, buscando não beneficiar e nem prejudicar os envolvidos, ou seja tem uma postura neutra.

Além disso, o enfermeiro deve se concentrar nos interesses das partes e buscar alternativas de ganho mútuo, levando em consideração as diferenças de personalidade, de categoria profissional e de valores dos envolvidos (BALSANELLI,*et. al.*, 2011).

Para que o seu trabalho como gerente seja realizado é necessário, além da competência de gerenciar conflitos, que o enfermeiro possua **liderança**. A liderança é a capacidade de influenciar as pessoas para atingir os resultados traçados pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diferenças (COREN-SP, 2009).

O exercício da liderança é vital no contexto hospitalar, pois é o que garante o bom andamento das atividades e permeia as ações do enfermeiro em virtude da ocupação de cargos de gerência nos serviços de saúde (AMESTOY *et. al.*, 2014).

Por isto, Amestoy *et. al.* (2014) e Cardoso, Ramos e D’Innocenzo (2011) aludem que nos hospitais o enfermeiro enquanto gerente deve estar preparado para assumir o papel de líder, para alcançar transformações no trabalho, conciliando as metas da organização com as prioridades da equipe de enfermagem com vistas a garantia da qualidade do cuidado prestado ao usuário.

Ademais, Shortell e Kaluzny (2000)⁶ citado por Caldas (2008) referem que é uma das responsabilidades dos dirigentes de organizações de saúde motivar, liderar e oferecer direção a pessoas e grupos.

Diante disto, observamos que os participantes do estudo tem conhecimento da importância da liderança no seu processo de trabalho como representante da enfermagem, condutor de mudanças, fonte de inspiração e motivação do grupo e que pode exercer influência sobre o comportamento de pessoas para alcançar objetivos em determinadas situações.

Neste sentido, a liderança é considerada crucial pelos participantes da pesquisa, pois permite que o trabalho do enfermeiro seja articulado e complementar

⁶SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. Health care management: organization design and behavior. New York: Delmar, 2000.

a todas as áreas, além de contribuir com a qualidade da assistência e no relacionamento interpessoal entre os membros das diversas equipes (VILELA; SOUZA, 2010).

Ressalta-se ainda que independente da forma que foi assumido o cargo o gerente tem que possuir essa competência, caso contrário o seu trabalho se torna inviável diante das inúmeras tarefas e responsabilidades que o seu cargo demanda.

Todas as atividades que são desenvolvidas pelos gerentes de enfermagem implicam na competência de **tomada de decisão**, seja qual for a ação do enfermeiro é necessário uma decisão do caminho a ser seguido.

Por terem autonomia e poder para coordenar as ações de cuidado o enfermeiro precisa tomar decisões complexas, que são ligadas à sua obrigação e ao compromisso que o profissional assume com a equipe de enfermagem e com a instituição (RAMOS *et al.*, 2013).

Garcia *et al.* (2012) aludem que compete ao enfermeiro tomar decisões que envolvem diversos profissionais e que muitas vezes são tomadas individualmente e influenciam o resultado final.

Neste sentido, as decisões podem acarretar consequências de longo alcance, por isto as tomadas de decisões precisam ser altamente qualificadas, pois quanto mais alternativas puderem ser geradas maior a possibilidade de uma decisão adequada (BALSANELI *et al.*, 2011).

Com isso, tomar uma decisão acarreta em escolher a melhor alternativa, utilizando os conhecimentos e experiências para uma situação, considerando os limites e os riscos (LUZ, 2012; COREN-SP, 2009). E, estar no cargo de gerente de enfermagem implica em decidir situações relacionadas a estrutura, processos e resultados institucionais que acometem toda a equipe de enfermagem e a organização.

No que tange as competências da **dimensão assistência** não houve nenhuma menção pelos participantes, isto já era esperado uma vez que o enfermeiro gerente não realiza.

Em relação às competências das **dimensões de ensino e pesquisa** também não houve referência dos participantes neste estudo e, apesar de terem mencionado algumas atribuições frente ao ensino, não fora destacado nenhuma competência necessária para exercer o seu trabalho nesta dimensão.

Diante disso e considerando que a diferença entre um hospital de ensino e um assistencial é o seu compromisso com o ensino e a pesquisa, infere-se que não há distinção entre as competências de gerentes de enfermagem de hospital de ensino e de gerentes de hospitais assistenciais.

O conhecimento, as habilidades e as atitudes são componentes das competências, mas como foram destacados separadamente pelos participantes da pesquisa optou-se por discutir estes elementos que se encaixam dentro das competências explanadas anteriormente.

O **conhecimento** é de grande importância no agir profissional do enfermeiro, pois lhe confere segurança nas tomadas de decisões e nas discussões na direção geral, embasa suas ações na definição do modelo assistencial e legitima sua autoridade como gerente de enfermagem (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

O **conhecimento técnico** é necessário para que o gerente possa coordenar o cuidado de enfermagem e liderar a equipe, pois possuir conhecimento confere poder ao enfermeiro legitimando suas arguições perante todos na instituição. Ademais foi o seu conhecimento, aliado à sua experiência, um dos propulsores para que alguns gerentes de enfermagem assumissem o cargo.

O **conhecimento institucional** também foi destacado pelos enfermeiros, pois é preciso saber os valores, a missão da instituição e como ela se organiza frente às políticas de saúde vigentes para que o gerente saiba agir com eficiência dentro desta estrutura (MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Uma das **habilidades** que foram referidas pelos enfermeiros foi a **comunicação**, pois não são geradas mudanças dentro de uma organização sem um processo de comunicação efetivo.

A comunicação perpassa por todos os processos de gerenciamento em enfermagem e esta habilidade é importante para o gerente, pois ele se comunica com clientes, colegas, superiores e subordinados, além disso, considerando que a prática de enfermagem tende a ser voltada a um grupo, a comunicação interpessoal entre membros desse grupo é necessária para a continuidade e produtividade (MARQUIS; HOUSTON, 2005).

Além disso, é por meio da comunicação assertiva que o gerente de enfermagem exerce sua liderança e resolve conflitos emergidos no ambiente de trabalho (AMESTOY, *et al.*, 2014, CARDOSO, RAMOS, D'INNOCENZO, 2011).

Mecanismos eficientes de comunicação na organização são imprescindíveis na execução das diversas funções dos dirigentes, como na motivação de funcionários e na coordenação do trabalho das equipes (Shortell, Kaluzny (2000)⁷ *apud* CALDAS, 2008). Este pensar também é compartilhado por Blanco *et al.*, 2013, pois a comunicação é fundamental para exercer influência e coordenar atividades.

As **atitudes** inerentes ao cargo ou posição são descritos dentro do contexto do componente organizacional que representa um conjunto de valores éticos morais e sociais aceitos pelo grupo de atores que participam dos processos da instituição (ZAFIRAN, 2001).

O **agir ético** pressupõe o respeito à diversidade e à pluralidade dos envolvidos e esta atitude deve ampliar a dimensão de responsabilidade (regulamentada pelo código de ética), pois os resultados de suas ações influenciará a saúde e a vida de outras pessoas (RAMOS *et al.*, 2013).

Assim como o agir ético se articula em todas as competências dos profissionais, o comprometimento, o bom **senso, a postura e o senso de justiça** são atitudes referenciais consideradas essenciais para o trabalho do gerente de enfermagem e, sem elas, o seu desenvolvimento profissional e a sua liderança não seriam efetivas frente às necessidades que o cargo exige.

7.5 COMO AS COMPETÊNCIAS FORAM ADQUIRIDAS

A **experiência prática** na profissão é uma oportunidade para adquirir competências. Segundo os enfermeiros, essa experiência se remete ao tempo em que estes prestavam cuidados diretos ao paciente e a sua evolução na profissão.

O aprendizado é maior quando a experiência ou a observação (MARQUIS; HOUSTON, 2005) e a vivência anterior dos enfermeiros é um fator preponderante no processo de aquisição e desenvolvimento das competências, pois conforme situações experienciadas nas unidades de cuidado ou nos desafios impostos pela

⁷SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. Health care management: organization designandbehavior. New York: Delmar, 2000.

organização o enfermeiro teve que desenvolver mecanismos para resolvê-los desconhecendo uma resolução teórica, garantindo assim, uma “bagagem” (*Know-how*) para o desenvolvimento das competências necessárias ao seu trabalho como gerente.

As competências que o enfermeiro possui envolveram um processo apreendido no seu ambiente de trabalho, sinalizando que é no interior do serviço que o saber (e as competências) são construídas (AGUIAR *et al.*, 2005).

Cardoso, Ramos e D’Innocenzo (2011) ressaltam a importância do autodesenvolvimento do enfermeiro na aquisição de competências para orientar e conduzir as atividades de trabalho, que é devido à sua busca pelo conhecimento por meio do **estudo**.

Pai, Schrank e Pedro (2006) aludem que pelo estudo, além do crescimento pessoal do enfermeiro, há a consolidação do conhecimento próprio da enfermagem, que é o instrumento que utiliza para o trabalho e, aliado as habilidades e atitudes do profissional, são formadas as competências.

Além disso, devido à complexidade das organizações não é permitido que as ações dos gerentes sejam fundamentadas apenas no seu bom senso e nas experiências passadas que, apesar de importantes, não são suficientes (BARBOSA, 1996), por isto a necessidade dos estudos para a aquisição de competências.

Marquis e Houston (2005) alertam também que o enfermeiro que não se incomoda em desenvolver habilidades adicionais ou não busca mais educação perde sua força política que implica diretamente no cotidiano do seu trabalho.

A experiência prática na enfermagem aliada as relações interpessoais que o gerente mantém para desenvolver o seu trabalho são um fator que auxilia o enfermeiro a adquirir competência por meio do **aprendizado com o colega de trabalho**. A vivência nas organizações colabora com a aquisição de competências dos enfermeiros, não só pela experiência adquirida na prática, mas na oportunidade de integração com outros profissionais que compartilham novos conhecimentos (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2010)

Esta construção de conhecimentos baseado na troca de informação entre os profissionais transformam o indivíduo que incorpora as informações no seu repertório pessoal e são utilizadas e aplicadas em situações futuras como na gerência de enfermagem nos HEs (ASSAD; VIANA, 2005).

Além da motivação pessoal em buscar o conhecimento, da oportunidade de trocar experiências com colegas de trabalho, o **apoio institucional** foi percebido como uma forma de adquirir competências.

O principal recurso do hospital são as pessoas e a sua capacidade intelectual de desenvolver o trabalho e, considerando que cada vez mais é exigida a qualificação profissional para a manipulação das tecnologias e equipamentos da saúde, é necessário que a organização promova o desenvolvimento dos seus trabalhadores (LASELVA; COSTA, 2012).

O enfermeiro deve atualizar-se continuamente após a sua graduação e cabe às instituições o investimento no desenvolvimento deste profissional (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011). Diante disso, o apoio institucional no desenvolvimento das competências dos gerentes de enfermagem se mostra benéfico para os dois lados, uma vez que, ao investir na qualificação do trabalhador, o hospital melhora seus processos, aumentando a sua produtividade, melhora a assistência prestada ao usuário e reduz a rotatividade de pessoal (LASELVA; COSTA, 2012).

Desta forma, observamos que o processo de aquisição de competências foi contínuo, desde as primeiras experiências na profissão que contribuíram na construção do saber em enfermagem aliado à formação em instituições de ensino, com o apoio de colegas de trabalho que partilham suas experiências e conhecimento e o estímulo da instituição em investir em seus colaboradores para a melhoria dos processos hospitalares.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou caracterizar o cargo de gerente de enfermagem nos HES do Paraná, caracterizar os enfermeiros que exercem este cargo e descrever as atribuições e competências relativas ao cargo.

Os gerentes de enfermagem são majoritariamente mulheres, formadas há mais de nove anos e poucas delas possuem experiência anterior no cargo. Foram diversas as formas para escolha do gerente de enfermagem como a indicação, eleição, promoção, dentre outras.

Dentro da estrutura do serviço de enfermagem os enfermeiros tem a possibilidade de ocupar o cargo de gerente. Todavia isto não é evidente, em geral, o gerente pode vir a ser escolhido dentro do corpo de trabalhadores da instituição ou pode ser um enfermeiro externo a ela. Quem define é o grupo diretivo do hospital, salvo poucas exceções como no caso do processo eleitoral visto em alguns hospitais públicos.

Independente de como foram selecionados para a função, os gerentes de enfermagem são responsáveis por um quantitativo significativo de recursos humanos e nos hospitais de ensino pesquisados, a variação foi de 27% até 60% do total de trabalhadores da instituição. Este dado se destaca, pois os hospitais são do mesmo estado, tem a mesma configuração e o número de profissionais é muito destoante entre eles. Com esta pesquisa não é possível saber quais são as razões para tal diferença entre os HEs, logo será necessário um estudo mais aprofundado, nestes locais, sobre esta temática.

As atribuições, de acordo com os participantes, são referentes à dimensão gerencial, sendo estas atividades relacionadas ao gerenciamento de custos, gerenciamento da assistência, educação em saúde e o gerenciamento de recursos humanos que são tradicionais no trabalho do enfermeiro.

O que se destaca dentre as suas atribuições é a participação do gerente na direção que envolve a representação da enfermagem e da própria direção. Nesta atividade, o enfermeiro representa a enfermagem na direção geral do HE e, ao mesmo tempo, representa a direção perante os trabalhadores de enfermagem, para atingir as metas contratualizadas, alterar o modelo de cuidado e garantir o cumprimento das normas e a legislação.

Para representar o hospital e a enfermagem e desenvolver as demais atribuições, o enfermeiro precisa ter competências e a competência política foi ressaltada pelos participantes da pesquisa, já que, sem esta, ele não consegue se posicionar nem influenciar pessoas, não articulando o processo de trabalho da enfermagem com os demais setores.

As atribuições e competências referidas pelos gerentes de enfermagem contemplam somente a dimensão gerencial, as referentes às dimensões de ensino e pesquisa não foram evidenciadas. Estas dimensões podem estar presentes nos documentos das instituições que são mais abrangentes e refletem a prática do enfermeiro, todavia como não foram disponibilizados tais documentos observa-se que, a partir das falas dos gerentes, as atividades de ensino e pesquisa não estão presentes na sua agenda.

Além da dificuldade em conseguir os documentos nos HEs, a não participação de um hospital neste estudo e a dificuldade em acessar os demais hospitais para realizar as entrevistas com os gerentes de enfermagem não condiz com o papel dos HEs na formação e na produção de conhecimentos visto que estes deveriam estimular e ser abertos a realização de pesquisas, uma vez que, sem elas, não há avanços na área da saúde e o hospital de ensino tem este compromisso.

Como há poucas publicações sobre esta temática este trabalho contribui na medida em que os profissionais da prática se atentem para a função dos HEs na rede SUS e da mesma maneira que as escolas formadoras se tornem mais visíveis nestes espaços de aprendizagem.

Reconhece-se que é preciso mais publicações que versem esta temática, todavia este estudo aumenta a visibilidade e importância do enfermeiro no contexto das organizações de saúde e na consolidação da enfermagem como ciência.

Como limitações não houve oportunidade de entrevistar os dirigentes hospitalares para saber quais os motivos que os levaram a escolher o gerente de enfermagem na instituição e nem validar as atribuições e competências apreendidas no estudo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.B.A.; et al. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 318-326, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/901/1095>>. Acesso em: 09/11/2013.

ALMEIDA, M. L. et al. Direção ou coordenação? Repensando a representatividade institucional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 521-526, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a16.pdf>>. Acesso em: 10/10/2014.

AMESTOY, S.C. et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014.

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

ASSAD, L.G.; VIANA, L.O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, Brasília, v. 58, n.5, p. 586-91, 2005

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

BARBOSA, P.R. A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores performances gerenciais. **Saúde em debate**. Londrina, n. 52, p. 24-34, 1996.

BARBOSA NETO, F. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar? **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro v. 4, 2008. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_francisco_barbosa.pdf>. Acesso em: 30/10/2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELTRAME, A. O programa de reestruturação dos hospitais de ensino e projeto de fundação estatal de direito privado. In: **I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior**. Brasília: TCU, 2008. p. 108-115.

BENITO, G.A.V.; FINATO, P.C. Competências gerenciais na formação do enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n.1, p. 140-9, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9531/6600>>. Acesso em: 23/10/2013.

BERNARDINO, E. **Mudança no modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BERNARDINO, E. . Gestão do trabalho em saúde, visibilidade social e relações de poder. In: 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2010, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2010, p. 13-17.

BERNARDINO, E. . Poder da enfermeira: espaços de atuação, poder e visibilidade da enfermeira no contexto do sistema único de saúde brasileiro. In: XI Conferência Ibero Americana de Educação em Enfermagem da ALADEFE, 2011, Coimbra. **Anais...** Coimbra: Lusodidacta, 2011a.p. 834.

BERNARDINO, E. et al. Gestão e poder da enfermeira na área da saúde. In: XI Conferência Ibero Americana de Educação em Enfermagem da ALADEFE, 2011. Coimbra. **Anais...** Coimbra: Lusodidacta, 2011b. p. 832.

BERNARDINO, E. **Caracterização dos diretores de enfermagem de hospitais**. Trabalho (Pós-doutorado) – UniversitéLaval, Canadá, 2012

BERUBE, A.A. et al. Politics in nursing: na essential learning for postgraduate students. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 18, n. 4, p. 803-6, 2013.

BLANCO, B.M. et al. A importância da liderança do enfermeiro no gerenciamento das relações interpessoais entre a equipe de saúde. **Journal of Research Fundamental Care Online**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 211-17, 2013.

BOGO, P.C. **Atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná**. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013 137 fl.

BRAGA NETO, FRANCISCO C.; BARBOSA, PEDRO R.; SANTOS, ISABELA S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 665-704.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei n. 8.080/90**, 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. Brasília. Presidência da República, 1990.

BRASIL. Portaria MEC n. 375, de 04 de março de 1991. Estabelece conceituações para os hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 302, de 16 de março de 2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 02 out. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.689**, de 19 de outubro de 2007. Seção 2, p. 20. 2007b

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 out. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 fev. 2014.

BRITO, M.J.M. et al. Traços identitários da enfermeira gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

BRIZOLA, J.B; GIL, C.R.R.; CORDONI JUNIOR, L. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde – RAS**, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 7-22, 2011.

BRUSAMOLIN, L.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. A utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 4, n. 2, p. 808-14, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/984/pdf_20>. Acesso em: 30/10/2013.

CALDAS, B.N. **O papel do dirigente hospitalar: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

CAMPOS, C.V.; SANTOS, L.G.S. A percepção do enfermeiro sobre o seu papel no gerenciamento de custos hospitalares. **Revista Mineira de Enfermagem – REME**. Minas Gerais, v. 12, n. 2, 2008.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1965.

CAMPOS, L.F.; MELO, M.R.A.C. Visão de coordenadores de enfermagem sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, 2007.

CARDOSO, M.L.A.P.; RAMOS, L.H. D'INNOCENZO, M. Liderança coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 730-7, 2011.

CARDOSO, R.J.M; GRAVETO, J.M.G.N; QUEIROZ, A.M.C.A. Visibilidade da enfermagem nas mídias impressas e online. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, 2014.

CARMO, M. do. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 à 2004**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CASTELAR, R.M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Dir.) **Gestão hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**. Editions ENSP, 1995. p. 38-68.

CASTILHO, V. et al. Custo total com pessoal para implementação de um sistema de apoio à decisão em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, 2014

CASTILHO, V.; FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 169-180.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 155-168.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.

CECILIO, L.C.O; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/05.pdf>>. Acesso em: 10/10/2014.

CHIORO DOS REIS, A.A. **Entre a intenção e o ato: Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)**. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

CHIORO DOS REIS, A.A.; CECILIO, L.C.O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>>. Acesso em: 30/10/2013.

CNES, **CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 10/08/2013 e 05/05/2014.

COREN-SP. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Projeto Competências**. 2009. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Projeto_Competencias.pdf>. Acesso em: 15/09/2013.

CUNHA, I.C.K.O.; XIMENES NETO, F.R.G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-82, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>>. Acesso 25/8/2013.

DALL'AGNOL, C.M.; et al. Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, 2013.

DANTAS, C.B. Intervenções realizadas em um hospital universitário para consolidação de sua autonomia administrativo-financeira e mudança do perfil assistencial. In: 18º CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTABILIDADE, 2008, Gramado. **Anais**. Disponível em: <http://www.congressocfc.org.br/hotsite/trabalhos_1/499.pdf>. Acesso em: 30/10/2013.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo:2000.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012

DOMINGUES, T.A.M; CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. especial, 2005.

ERZINGER, A.R. **A formação universitária para uma prática social transformadora do profissional de enfermagem na visão de enfermeiros e enfermeiras**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2002.

FAKIH, F.T., CARMAGNANI, M.I.S.; CUNHA, I.C.K.O. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 2, p. 183-7, 2006.

FELLI, V.E.A. et al. Trabalho gerencial dos enfermeiros In: VALE, E.G. **Programa de atualização em enfermagem (PROENF): Gestão**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-12.

FERREIRA, G.S.M. et al. Educação permanente de profissionais no ambiente hospitalar: um estudo exploratório. **OBJN**. Niterói, v. 11, n. 2, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, J.S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 454-60, 2014.

FUGULIN, F.M.T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino**. Tese (Doutorado em enfermagem), Universidade de São Paulo, 2002.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011.

GARCIA, S.D. et al. Gestão do material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 2. p. 339-46, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p

GODOY, A.S.; D'AMELIO, M. Competências gerenciais desenvolvidas por profissionais de diferentes formações. **O&S**, Salvador, v. 19, n. 62, p. 621-639, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/osoc/v19n63/v19n63a04.pdf>>. Acesso em: 30/10/2013.

HADDAD, M.C.F.L.; ROSSANEIS, M.A. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. In: VALE, E.G. **Programa de atualização em enfermagem (PROENF): Gestão**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 41-90.

HIGARASHI, I.H.; NALE, N. O estágio supervisionado de enfermagem em hospitais como espaço de ensino-aprendizagem: uma avaliação. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, supl, p. 65-70, 2006

JERICO, M.C.; PERES, A.M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n.3, p. 569-77, 2008.

JORGE, M.S.B, et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81-6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a15v60n1.pdf>>. Acesso em 25/08/2013.

LADIM, S.A.; BATISTA, N.R.; SILVA, G.T.R. Vivência clínica hospitalar: significado dos enfermeiros residentes em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**. Brasília, v. 63, n. 6, 2010.

LASELVA, C.R.; COSTA, M.L.M. Retenção dos membros da equipe. In: HARADA, M.J.C.S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. p. 75-88

LAZZAROTTO, E.M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LEITE, M.M.J.; PEREIRA, L.L. Educação continuada em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 147-164.

LIMA, J.C.; FAVERETTE, A.C.; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 631-641, 2006.

LIMA, S.M.L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Tese (Doutorado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, S.M.L; RIVERA, F.J.U. A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>>. Acesso em: 25/08/2013.

LISBOA, T.C. Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. **Notícias hospitalares**, São Paulo, v. 4, n. 37, 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>>. Acesso em: 05/11/2013.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008. p. 107-140.

LOURENÇO, M.R.; SHINYASHIKI, G.T.; TREVIZAN, M.A. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 469-73, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/pt_v13n4a02.pdf>. Acesso em: 24/09/2013.

LUZ S. Mapeamento das competências gerenciais em enfermagem. In: HARADA, M.J.C.S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. p. 118-124

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em foco*, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007, p. 871-877. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26905/000646837.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26/09/2013.

MAGALHAES, A.M.M; RIBOLDI, C.O.; DALL'AGNOL, C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-12, 2009.

MANENTI, S.A.; et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 46, n. 3, p. 727-33, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/27.pdf>>. Acesso em: 30/10/2013.

MARQUIS, B.L.; HOUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MASSARO, M.; CHAVES, L.D.P. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 150-8, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/14135/9516>>. Acesso em 25/08/2013.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 14/10/2013.

MAZON, L.; TREVIZAN, M.A. Recrutamento e seleção de recursos humanos em um hospital psiquiátrico de um município paulista. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 81-87, 2000.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med. Brasil**, v. 47, n. 2, p. 149-56. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em 25/08/2013.

MEDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública - RAP**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8798/7548>>. Acesso em: 12/09/2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008

MINICHIELLO, J.O. **Hospitais de ensino: alternativa para o município implementar e efetivar o direito fundamental à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Curso de Direito da Universidade de Marília, Universidade de Marília - UNIMAR, Marília, 2010.

MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermagem em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**. Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-54, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>>. Acesso em: 30/10/2013.

MOURA, G.M.S.S. de et al . Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/10/2013.

NOBREGA, M.F.B; et al. Perfil gerencial de enfermeiro que atuam em um hospital público federal de ensino. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 333-8, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a06.pdf>>. Acesso em 25/08/2013.

OLIVEIRA NETTO, A.A. **Metodologia da pesquisa científica**: guia prático para a apresentação de trabalhos acadêmicos. 2. ed. Florianópolis: VisualBooks, 2006.

OLIVEIRA, N.C.; CHAVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais: o papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 4, 2009.

PAI, D.D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E.N.R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo sobre a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-7, 2006.

PASCHOAL, M.L.H.; CASTILHO, V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 44, n.4, p. 984-8, 2010.

PERES, A.M. **Competências gerenciais do enfermeiro relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 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. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 137-154.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5.ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHNOW, A.G. et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p.542-50, 2007.

RAMOS, F.R.S. et al. A ética se constrói no processo de formação de enfermeiro: concepções, espaços e estratégias. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. spec, p. 113-121. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10/10/2014

REGO, S.A. A medicalização do hospital no Brasil: notas de estudo. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 4, p. 11-15, 2008. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_serjio.pdf>. Acesso em: 29/09/2013.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L.D.G.; PERES, A.M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicadas à enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 321-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/16.pdf>>. Acesso em 25/08/2013.

SANCHES, V.F.; CHRISTOVAM, B.P.; SILVINO, Z.R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar – uma visão dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 214-20, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a07v10n2.pdf>>. Acesso em 24/08/2013.

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

SHERMAN, R.O. et al. Development of leadership competing model, **JONA**, v. 37, n. 7, p. 85-94, 2007.

SILVA, G.M.S; SEIFFERT, O.M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-6, 2009.

SPAGNOL, C.A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a13v10n1.pdf>>. Acesso em 25/08/2013.

SPAGNOL, C.A.; et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 803-11, 2010.

TARDIF, J. **L'evaluation des compétences: documenter le parcours de développement**. Montréal: Chenelière-Éducation, 2006.

TRIGUEIRO, E.V. et al. Perfil e posicionamento do enfermeiro gerente quanto ao processo de enfermagem. **Revista Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.343-349, 2014

VALADARES, J.L.; EMMENDOERFER, M.L. Cargos de livres nomeação: reflexões com base no empreendedor público em um estado membro do Brasil. **Revista de Administração Contemporânea – RAC**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 723-743, 2012.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, suppl1, p. 1301-1314, 2010

VILELA, P.S.; SOUZA, A.C. Liderança: um desafio para o enfermeiro recém-formado. **Revista de enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 591-7, 2010.

WEIERBACH, F.M. et al. Nursing Research and Participant Recruitment: Organizational Challenges and Strategies.. **J. Nurs. Adm.** v. 40, n. 1, p. 43-48, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901155/>>. Acesso em 10/10/2014

WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, Brasília, v.

57, n.2, p. 177-82, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a11.pdf>>. Acesso em 25/08/2013.

ZAFIRIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO DO CARGO DE DIREÇÃO DE ENFERMAGEM

Matriz de caracterização do cargo de direção de enfermagem

1) Caracterização da atual ocupante do cargo

1.1 Iniciais: _____ 1.2 Idade _____ 1.3 Sexo _____

1.4 Tempo de formada: _____

1.5 Qualificação: _____

1.6 Tempo no cargo: _____

1.7 Carga Horária Semanal: _____

1.8 Relação com a Universidade (Sim ou não, se sim especificar tipo de vínculo):

2) Caracterização do cargo

2.1 Nome atribuído ao maior cargo da enfermagem no hospital: _____

2.2 Processo de escolha do cargo:

2.3 Pré-requisitos (se houver)

2.4 Período do mandato

2.5 Número de pessoal de enfermagem sob sua responsabilidade (por categoria)

2.6 Cargos no serviço de enfermagem e pré-requisitos

2.6 Participação em Comissões/comitês/colegiados e similar (no âmbito do Serviço de Enfermagem, Hospital e Universidade)

3) Entrevista

3.1 Quais são suas atribuições no cargo exercido?

3.2 Já tinha experiência anterior nesta função?

3.3 Quais experiências anteriores contribuíram para o exercício desta função?

3.4 Que competências você julga necessárias para exercer esta função?

3.5 Como você adquiriu estas competências?

3.6 Como a instituição contribui no desenvolvimento de competências?

3.7 Quais são os maiores desafios do cargo?

3.8 Que medidas podem ser sugeridas para o enfrentamento dos desafios mencionados?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nós, Nayara Mizuno Tironi, Elizabete Araujo Eduardo e Elizabeth Bernardino, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado **"Atribuições e competências de diretores de enfermagem de hospitais de ensino no Paraná"**. É através das pesquisas que ocorrem avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

1. Os objetivos desta pesquisa são: (1) caracterizar os enfermeiros que exercem o cargo de diretor de enfermagem; caracteriza o cargo de diretor de enfermagem na instituição; descrever as atribuições e competências relativas ao cargo e identificar como foram adquiridas as competências; (2) Analisar a estrutura organizacional do serviço de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná; caracterizar a estrutura organizacional do serviço de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná; identificar como o serviço de enfermagem se organiza para atender as funções dos hospitais de ensino relacionadas à dimensão gerencial, de assistência, ensino e pesquisa em saúde.
2. Caso você participe da pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista com questões abertas sobre suas atribuições, competências e estrutura organizacional do serviço de enfermagem . A sua entrevista será audiogravada e, o local de realização da entrevista será o seu ambiente de trabalho com horário de sua preferência, sendo necessário um tempo aproximado de 60 minutos. Os pesquisadores se comprometem a utilizar o áudio somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo.
3. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de ser entrevistado. Porém, as informações obtidas através da entrevista serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que identifique alguma pessoa ou situação ferindo o anonimato ou causando constrangimento.
4. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: trazer um estudo sobre as atribuições e competências de diretores de enfermagem de hospitais de ensino no Paraná, fortalecer a identidade dos enfermeiros nesta área de trabalho; caracterizar o serviço de enfermagem em relação à sua estrutura e contribuições para as funções do hospital como hospital de ensino, contribuir com a visibilidade do trabalho da enfermagem e para o avanço científico da enfermagem no país.
5. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo: Mestranda Nayara Mizuno Tironi, Doutoranda Elizabete Araujo Eduardo e Prof. Dra. Elizabeth Bernardino, poderão ser contatados pelos respectivos endereços eletrônicos: nayara.mizuno@gmail.com (telefones: (44) 3223-4164 / (41) 9788-7478), beteokale@yahoo.com.br (telefones: (41) 98882669, elizaber@ufpr.br (telefone: (41) 8873-5514) ou endereço: Av. Pref. Lothário Meissner, 632 – 3º andar das 14:00 às 17:00h. Todas poderão ser contatados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Por serem as responsáveis pela pesquisa, poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_-

Pesquisador Responsável_____

6. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
7. As informações relacionadas ao estudo terão garantido o sigilo, sendo conhecidas apenas por pessoas autorizadas: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino, Doutoranda Elizabete Araujo Edaurdo e a Mestranda Nayara Mizuno Tironi. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
8. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
9. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Local e data: _____ / ____ / ____

(Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240-Tel
(41)3360-7259 e-mail:cometica.saude@ufpr.br

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DE DIRETORES DE ENFERMAGEM DE HOSPITAIS DE ENSINO NO PARANÁ

Pesquisador: Nayara Mizuno Tironi

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 21728613.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 521.626

Data da Relatoria: 29/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da aluna Nayara Mizuno Tironi, tendo como orientadora a professora Elizabeth Bernardino.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Apreender as atribuições e competências dos diretores de enfermagem de hospitais de ensino no estado do Paraná.

Específicos: Caracterizar os enfermeiros que exercem o cargo de diretor de enfermagem nos hospitais de ensino; caracterizar o cargo de diretor de enfermagem na Instituição; descrever as atribuições relativas ao cargo; apreender as competências necessárias para o cargo; Identificar como foram adquiridas as competências necessárias para o cargo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora a pesquisa não prevê riscos físicos, mas é possível que os participantes sintam algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento durante a entrevista. Com isto, os pesquisadores asseguram que o caráter anônimo da Instituição e dos participantes será mantido, que suas identidades serão protegidas de terceiros e as entrevistas não identificarão pelo nome do participante, mas por um código. Além disso, o participante poderá entrar em contato, a qualquer momento, com os

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 521.626

pesquisadores solicitando a exclusão da sua participação no estudo; consequentemente sua entrevista será destruída. Com os resultados desta pesquisa espera-se demonstrar quais as atribuições e competências são necessárias para o exercício do cargo máximo na enfermagem dentro das instituições hospitalares de ensino, uma vez que contemplam as dimensões de saúde, ensino, gestão, ciência e tecnologia, a fim de contribuir, através da gerência, com a assistência prestada aos usuários da rede SUS, ao ensino e as pesquisas na área da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Os participantes serão enfermeiros que exerçam o cargo máximo na área da enfermagem nos hospitais de ensino no estado do Paraná, que atualmente conta com 13 locais. A amostra, portanto, será composta por 13 enfermeiros. A coleta de dados será realizada em duas fases, sendo a primeira a análise de documentos, como regimentos e regulamentos referentes ao cargo nas instituições hospitalares de ensino. A segunda etapa consistirá da realização de entrevista semi-estruturada. Os documentos a serem analisados serão disponibilizados pela instituição. Para as entrevistas será necessário um tempo aproximado de quarenta minutos e utilizado um roteiro que contempla os dados de identificação e os relativos às atribuições e competências do participante na sua prática profissional. A entrevista será audilograda, o local de realização será o próprio ambiente de trabalho do participante em local privativo e horário de sua preferência. Segundo a pesquisadora, os enfermeiros serão convidados a participar da pesquisa sendo informados sobre os objetivos do estudo e dos métodos para a coleta de dados. Posteriormente, serão esclarecidos sobre a liberdade em aceitar ou não participar da pesquisa. Os que desejarem participar irão ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração da pesquisa será a partir da aprovação do CEP/SD, com coleta de dados entre novembro/2013 a julho/2014, e término em janeiro de 2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo. Anexadas as declarações final modelo CONEP, onde os Coparticipantes declaram ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
 Bairro: 2º andar CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 521.626

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 05 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)