

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**FATORES GERADORES DE CONFLITOS ORGANIZACIONAIS:
UM ESTUDO DE CASO**

Autora: Marina de Azevedo Giovannetti Barbosa

Projeto técnico apresentado à Universidade Federal do Paraná para obtenção do título de Especialista em Administração de Pessoas.

Orientador: Prof. Dr. Acyr Seleme

CURITIBA
2007

RESUMO

Este trabalho é um estudo de caso realizado em um hospital-ensino da região de Curitiba, especializado no tratamento de pacientes oncológicos. O foco do estudo são as causas potencializadoras de conflitos organizacionais na equipe de enfermagem. Duas razões colocam a enfermagem como foco: por ser a equipe de enfermagem (auxiliares e enfermeiros) a maior dentro do hospital e por sua importância. Considera-se que o resultado do trabalho dessa equipe afeta diretamente o paciente, pois apesar de não realizarem o trabalho de diagnóstico e tratamento é a enfermagem responsável por sua assistência.

O enfermeiro, além de ter uma atuação assistencial, voltada ao cuidado do paciente, é o responsável por sua equipe de trabalho que envolve o auxiliar de enfermagem. Por essa razão, sua atuação deve ser bem mais ampla do que apenas um técnico/especialista e está estreitamente relacionada a gerenciar pessoas e conseqüentemente gerenciar conflitos. Considerando que o conflito está presente em qualquer ambiente organizacional e pode ser positivo ou negativo dependendo da forma como as pessoas lidam com sua existência, torna-se importante investigar como esse conflito se dá na área de enfermagem.

Faz-se necessário abordar esse tema na área da saúde, pois os hospitais estão aos poucos tomando forma de empresas. Nada mais oportuno do que realizar esse trabalho em uma organização da área de saúde e dar abertura à aplicação de um velho olhar da administração a essa nova área – a própria enfermagem. Frente a essas necessidades, foi realizado este estudo para verificar quais as causas que atuam diretamente no conflito organizacionais e como esse conflito se estabelece entre os diferentes níveis hierárquicos dentro da própria enfermagem.

Palavras chaves: Conflitos organizacionais, gerenciamento de pessoas, liderança e enfermagem.

ABSTRACT

This work is the result of a study developed in hospital situated in Curitiba, specialized in the treatment of cancer. The focus of this study is the main causes that increases conflicts in the nursing team. Two reasons place the nursing as focus: for being the nursing team (assistant and nurses) the largest in the hospital and for their importance. It is considered that the result of the work of this team directly affects the patient, because even though it does not perform the work of diagnosis and treatment is the nurse responsible for their assistance.

The nurse, besides having an assistance performance focused on the patient, is the responsible for its team. Therefore, its performance should be much broader than just a technical/specialist and it is closely related to manage people and consequently to manage conflicts.

Considering that the conflict is present in any organizational environment and it can be positive or negative depending on people deal with its existence, becomes important to investigate how this conflict occurs in the nursing area.

It becomes necessary to approach this issue in health, because the hospitals are taking the limited form of business. Nothing more appropriate than perform this work in a hospital and to give opening to the application of an old look of the administration to this new area - the proper nursing. Front to these needs, this study was conducted to verify what the causes that act directly in conflict organizational and how this conflict is established between the different hierarchic levels within the nursing.

Key words: Organizational conflicts, managing, leadership, nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	2
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	3
1.3 JUSTIFICATIVA	3
1.4 ESTRUTURA DO ESTUDO	4
2 BASE TEÓRICO EMPÍRICA	6
2.1 CONFLITO ORGANIZACIONAL	6
2.2 SATISFAÇÃO NO TRABALHO	9
2.3 LIDERANÇA	11
2.3.1 DEFINIÇÃO DE LIDERANÇA	11
2.3.2 TEORIAS SOBRE LIDERANÇA	12
2.3.2.1 TEORIA DOS TRAÇOS	13
2.3.2.2 TEORIAS COMPORTAMENTAIS	13
2.3.2.3 TEORIA DAS CONTINGÊNCIAS	17
2.3.3 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM	20
2.4 HABILIDADES GERENCIAIS	21
3 METODOLOGIA	23
3.1 PERGUNTAS DE PESQUISA	23
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	24
3.4 COLETA DE DADOS	25
3.5 FACILIDADE E DIFICULDADES NA COLETA DE DADOS	29
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	30
3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	30
4 ANÁLISE DOS DADOS	31
4.1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO OBJETO DO ESTUDO	31
4.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DAS PESQUISAS DE CAMPO	37
4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS	44
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	56
5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
5.2 RECOMENDAÇÕES	60
6 REFERÊNCIAS	61
ANEXO	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Estilos de liderança baseados na teoria comportamental.....	14
Quadro 02 – Técnicas utilizadas para coleta de dados.....	26
Quadro 03 – Definição dos critérios de análise pela supervisão.....	29
Quadro 04 – Descrição das alas de internamento.....	34
Quadro 05 – Distribuição dos profissionais nas alas de internamento.....	34
Quadro 06 – Atribuições dos grupos funcionais.....	36
Quadro 07 – Resumo da pesquisa de campo.....	37
Quadro 08 – Resumo da avaliação dos enfermeiros sobre questões relacionadas ao seu desempenho.....	38
Quadro 09 – Pesquisa com os auxiliares de enfermagem.....	43
Quadro 10 – Síntese das avaliações.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Fluxograma da pesquisa.....	23
Figura 02 – Estrutura geral.....	32
Figura 03 – Estrutura departamental.....	33
Figura 04 – Estrutura hierárquica do departamento de enfermagem.....	33
Figura 05 – Relações técnicas entre os níveis profissionais.....	50
Figura 06 – Relações gerenciais entre os profissionais.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Resultado do estilo de liderança da equipe de enfermagem.....	39
Tabela 02 – Tempo de atuação dentro da organização.....	40
Tabela 03 – Tempo de atuação na área de enfermagem.....	40
Tabela 04 – Comparativo entre tempo de atuação, idade e resultado.....	41
Tabela 05 – Resultado da avaliação dos enfermeiros pela supervisão.....	42
Tabela 06 – Resultado da satisfação dos auxiliares de enfermagem.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – *Turnover* dos profissionais do departamento de enfermagem.....52

1 INTRODUÇÃO

Percebe-se nas organizações hospitalares uma realidade um pouco mais complexa do que a existente em outras organizações, pois além de passarem pelas mesmas dificuldades financeiras, de recursos materiais, humanos, normas e procedimentos, como em outras empresas, têm como foco o paciente, seu cuidado, tratamento e cura.

Para que o paciente seja bem conduzido dentro do hospital deve haver uma equipe bem qualificada de profissionais, para que se reduzam as chances de erro nos procedimentos. A atuação dos enfermeiros em hospitais é a representação de um elo entre os diversos profissionais atuantes na organização. De acordo com TREVIZAN (1993) a enfermagem tem uma atuação focada em facilitar o trabalho dos demais profissionais, fazendo com que eles atinjam seus objetivos, em detrimento a concretizar os objetivos de seus próprios serviços.

O enfermeiro atua como um conciliador: é ele o responsável pelo cuidado do paciente no momento que esse está internado para realizar o diagnóstico ou receber o tratamento. É papel do médico definir o diagnóstico e o tratamento do paciente, cabe à administração do hospital viabilizar os recursos necessários aos procedimentos médicos e cabe ao enfermeiro a responsabilidade por executar as ordens ou transmiti-las a outros departamentos dentro do hospital.

Mas será que o enfermeiro atua hoje apenas com a técnica voltada ao paciente? A resposta é não, pois ele atua como responsável pela interface entre diversos profissionais com o paciente, também é ele que contextualiza o paciente em relação às normas do hospital e prescrições médicas. Portanto, o enfermeiro é o elo tanto do paciente com a organização e quanto o elo entre profissionais. O enfermeiro age como o executor e controla a prestação de serviços para que tudo seja feito conforme a administração do hospital determina e o médico prescreve ao paciente.

O enfermeiro normalmente está subordinado a uma supervisão, que retira de suas atribuições atividades que não tem o foco no paciente. Mas, o enfermeiro tem como subordinado a ele uma equipe de profissionais de nível técnico, que auxilia no cuidado ao paciente. Surge então a interrogação sobre o posicionamento do enfermeiro, se esse profissional tem entendimento sobre o papel que deve desempenhar nas organizações hospitalares. Como completo, pondera-se se ele

sabe a importância de sua atuação para a resolução dos conflitos que envolvam tanto o paciente, quanto sua equipe de trabalho. Percebe-se que o profissional da enfermagem entra no mercado com dúvidas sobre sua própria forma de atuação: a dúvida surge entre a função administrativa do enfermeiro e a assistência a ser prestada ao paciente. Durante a faculdade aprendem a ter foco no paciente, prestar o melhor cuidado a ele, entretanto na prática é cobrada a sua capacidade de organizar, administrar e liderar, ou seja, sua capacidade gerencial.

Portanto, sendo o enfermeiro o elo dos diversos profissionais da enfermagem e de outras áreas, evidencia-se a existência de relações interfuncionais. Muito se tem acreditado que os problemas dessas relações são devido aos fatores humanos envolvidos nas relações, como por exemplo, empatia, habilidade de interação social, comunicação. Porém, aliado a esses fatores acredita-se que devem ser considerados outros de natureza estrutural, como cargos mal definidos, sistemas de controles falhos, falta de indicadores de desempenho, falta de delimitação da supervisão, estilo de liderança inadequado. ROBBINS (2005) enfatiza que a estrutura das organizações pode ter efeitos significativos sobre os seus funcionários. Essa estrutura organizacional define como as tarefas são formalmente distribuídas e os responsáveis pela organização devem considerar alguns elementos básicos para projetar a estrutura da organização, são eles: especialização do trabalho, departamentalização, cadeia de comando, amplitude de controle, centralização e descentralização e a formalização.

Por essa razão buscou-se realizar esse estudo em um hospital ensino da região de Curitiba, especializado no tratamento do câncer. Esse hospital é um centro de alta complexidade no tratamento de neoplasias. Foi percebido pela supervisão da enfermagem um possível conflito existente entre os enfermeiros assistenciais. Houve então uma demanda para que fosse diagnosticada a situação da equipe de enfermagem das alas de internamento, pois havia uma insatisfação da supervisão com os enfermeiros.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Considerando que os enfermeiros são solicitados para atuarem como líderes, mas em contrapartida têm uma formação voltada para a execução de tarefas com foco no paciente, considera-se relevante identificar qual sua auto-percepção e como

os outros profissionais percebem seu desempenho. O foco desse estudo são as cinco alas de internamento do hospital e a pergunta a qual pretende solucionar é: **quais fatores podem ser identificados como geradores de conflito nas alas de internamento sob responsabilidade do departamento de enfermagem do Hospital de Neoplasias do Paraná situado em Curitiba, PR?** Para responder a essa pergunta do problema, foram propostos alguns objetivos a serem atingidos.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral

Identificar os fatores que atuam na geração de conflitos nas alas de internamento do departamento de enfermagem do Hospital de Neoplasias do Paraná (HPN).

Objetivos Específicos

- Identificar o contexto do HPN;
- Diagnosticar o grau de satisfação dos enfermeiros com a supervisão de enfermagem;
- Identificar o estilo de liderança dos enfermeiros;
- Apurar a satisfação da equipe de auxiliares de enfermagem em relação à atuação dos enfermeiros das alas de internamento;
- Mapear o desempenho dos enfermeiros relacionados às capacidades técnicas e gerenciais, percebido pela supervisão de enfermagem;
- Identificar as relações existentes entre os profissionais das alas de enfermagem;
- Investigar a existência de um conflito nas alas de internamento;
- Identificar as causas potencializadoras do conflito.

1.3 JUSTIFICATIVA

Esse estudo se faz importante, pois complementa e contribui com estudos da área de saúde. Como exemplo disso, TEIXEIRA e SANTOS (2002), citam, dentre vários outros, dois estudos de diferentes autores em hospitais: um estudo teve como

objetivo estabelecer uma relação entre qualidade da assistência e custos hospitalares, e outro visou identificar na prática dos enfermeiros de um hospital na Paraíba as funções administrativas-burocráticas e assistenciais do enfermeiro. Percebe-se que os hospitais começam a fazer parte de estudos no que se refere à administração hospitalar e por ser o enfermeiro membro atuante na administração do cuidado ao paciente e dos recursos necessário para isso, faz-se importante o foco nesse profissional e nas relações de trabalhos estabelecidas por ele.

Considera-se ainda, que a atuação do enfermeiro deva ser estudada, pois os enfermeiros têm sua formação estritamente focada na técnica, entretanto não aprendem a estar à frente de equipes, diferentemente de outros cursos, como a administração que oferece ao estudante reflexões sobre a liderança ao longo de sua formação. Uma vez que para realizar as atribuições que lhe são pertinentes o enfermeiro necessita de uma equipe de trabalho com auxiliares e técnicos, pondera-se a pertinência de um estudo para avaliar como o enfermeiro desempenha esse papel que lhe é solicitado, porém que, na maioria das vezes, ainda não está preparado para desempenhar. Além disso, faz-se importante verificar como é percebido seu desempenho pelos outros profissionais que trabalham diretamente com ele e quais conflitos emergem dessas relações.

Portanto, sob o ponto de vista prático, esse estudo é uma tentativa de apontar formas de lidar com os problemas existentes no hospital HPN, a partir de pressupostos e dar subsídios para viabilizar ações que melhorem a realidade encontrada. Já sob o ponto de vista teórico, esse trabalho de campo se faz importante, pois aborda as causas dos conflitos organizacionais nas relações entre profissionais na área da enfermagem, foco que é pouco estudado por profissionais dessa e de outras áreas. Contribuir com outros estudos para que o olhar da administração se perpetue nas organizações hospitalares, vindo a ser um respaldo para que outros hospitais avaliem suas equipes de enfermagem e verifiquem se a atuação do enfermeiro está coerente com as necessidades da organização.

1.4 ESTRUTURA DO ESTUDO

Neste primeiro capítulo apresenta-se uma breve introdução ao estudo proposto, seguido dos objetivos que se pretendem atingir com a realização do estudo e qual a justificativa teórico/prática de sua realização.

O segundo capítulo desse estudo apresenta o referencial teórico relacionado ao tema, abordando temas como conflitos organizacionais, teorias sobre liderança e a liderança na enfermagem, habilidades gerenciais e satisfação no trabalho.

No terceiro capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos que norteiam e delimitam o estudo.

O quarto capítulo apresenta as análises desse estudo de caso: a descrição do objeto, os resultados das pesquisas, análise e interpretação dos achados.

No quinto capítulo apresentam-se as considerações finais: os pontos fundamentais, as conclusões sobre esse estudo, sugestões para estudos futuros e recomendações práticas.

Ao final do estudo estão as referências e os apêndices, que serviram de apoio para a análise desse trabalho.

2 BASE TEÓRICO-EMPÍRICA

Neste capítulo serão apresentados conceitos e teorias que fundamentam o presente estudo. Serão abordados os temas principais que nortearam a pesquisa, que são: conflito organizacional, satisfação no trabalho, teorias sobre liderança, a liderança em enfermagem e habilidades gerenciais.

2.1 Conflito organizacional

A existência de conflito dentro de uma organização pode tanto ser caótica, como ser benéfica para o resultado final. O conflito pode ser definido de acordo com ROBBINS (2002) como “um processo que tem início quando uma das partes percebe que a outra parte afeta, ou pode afetar negativamente alguma coisa que a primeira considera importante”. Já outro autor, Miles, (WAGNER III e HOLLEBACK 2002) define conflito como “um processo de oposição e confronto que pode ocorrer entre indivíduos ou grupos nas organizações”. Há três visões acerca do conflito, que o consideram de formas diferentes:

- Visão tradicional: considera o conflito como negativo, pois é contraproducente e danoso e por essas razões deve ser evitado.
- Visão de relações humanas: considera o conflito uma ocorrência natural nos grupos e organizações e por essa razão defende sua aceitação.
- Visão interacionista: encoraja os líderes de grupo a manterem constantemente um nível de conflito para que o grupo continue viável, autocrítico e criativo. Segundo essa visão, o que torna um conflito bom ou ruim é a sua natureza.

Seguindo a visão interacionista, um conflito pode ser funcional, que apóia o objetivo do grupo e melhora seu desempenho; ou pode ser disfuncional, que é quando se dá de forma destrutiva que atrapalha o desempenho do grupo.

De acordo com ROBBINS (2002) há três tipos de conflitos:

- Conflito da tarefa: está relacionado ao conteúdo e objetivos do trabalho;
- Conflito de relacionamento: se refere às relações interpessoais;
- Conflito de processo: relaciona-se à maneira como o trabalho é realizado.

Os estudos acerca dos conflitos evidenciam que os de relacionamento são em sua maioria disfuncionais, devido ao fato do atrito e das hostilidades aumentarem o choque e reduzirem a compreensão mútua entre os membros, o que

impede a realização das tarefas organizacionais. Entretanto, quando há um nível reduzido de conflito relacionado ao processo e níveis de conflito entre baixo e moderado relacionado à tarefa, essas formas são consideradas funcionais. Ou seja, a discussão intensa relacionada a quem deve fazer o quê (processo) é um conflito disfuncional, pois gera incertezas sobre os papéis de cada membro do grupo, conseqüentemente aumenta o tempo de realização de alguma tarefa e leva os membros a trabalharem com propósitos difusos. Já um nível baixo a moderado de conflito de tarefa estimula a discussão de idéias que ajudam o trabalho em equipe.

Quando se considera o processo do conflito, ele pode ser dividido em cinco partes, que são: oposição potencial ou incompatibilidade, cognição e personalização, intenções, comportamento e conseqüências.

O primeiro estágio do processo de conflito é a existência de condições que criam oportunidade para o surgimento do conflito, diz-se que o conflito está latente (MARQUIS e HUSTON, 2005). Entretanto, não necessariamente essas condições levam a existência do conflito, mas contribuem para que ele apareça. Essas condições são separadas em três categorias:

- **Comunicação:** os ruídos no canal de comunicação, os erros de compreensão, a troca insuficiente de informações são obstáculos para a comunicação e potenciais condições que antecedem conflitos.
- **Estrutura:** esse termo inclui variáveis como, por exemplo, tamanho do grupo, grau de especialização das tarefas delegadas aos membros do grupo, clareza de jurisdição, compatibilidade entre membros e metas, estilos de liderança. Algumas pesquisas apontam que tamanho e especialização são estimulantes do conflito, pois quanto maior o grupo e mais especializadas suas atividades, maior a probabilidade de conflito. Além disso, o potencial de conflito parece maior quando os membros do grupo têm menos tempo de casa e a rotatividade é grande. Quanto maior a falta ou ambigüidade na definição das responsabilidades maior o potencial de conflito, pois aumenta a luta interna no grupo pelo controle de recursos e territórios.
- **Variáveis pessoais:** inclui o sistema de valores de cada pessoa e as características de personalidade responsáveis pelas idiosincrasias e diferenças entre os indivíduos. Por exemplo, indivíduos mais autoritários tendem a causar conflitos.

O segundo estágio do conflito é a cognição e personalização. Ou seja, só quando alguma das condições presentes no estágio anterior afeta o interesse de uma das partes é que o potencial de oposição ou de incompatibilidade pode vir a se realizar. Para existir um conflito é necessário que haja sua percepção e apenas quando as pessoas sentem e se envolvem emocionalmente que as partes podem ter sentimentos de ansiedade, tensão, frustração ou hostilidade.

O terceiro estágio do conflito está relacionado às intenções, que se situam entre as emoções o comportamento das pessoas. Há cinco intenções para a administração dos conflitos:

- Competir: quando a pessoa busca satisfazer seus próprios interesses, independente do que vá causar em outras pessoas.
- Colaborar: quando ambas as partes envolvidas no conflito tentam satisfazer seus interesses de forma cooperativa.
- Evitar: o conflito é reconhecido, porém a pessoa tenta livrar-se dele.
- Acomodar-se: quando uma das partes se sacrifica para que o relacionamento se mantenha.
- Conceder: quando cada parte envolvida se dispõe a aceitar uma solução que satisfaça parcialmente os interesses de cada uma das partes.

O quarto estágio do conflito é o comportamento, que são tentativas visíveis de implementar as intenções das partes conflitantes. E por último há o quinto estágio que se refere às conseqüências dos conflitos, que podem ser funcionais ou disfuncionais.

Para a resolução do conflito de maneira adequada, MARQUIS e HUSTON (2005) consideram que o profissional deve ter habilidade de liderança. Consideram ainda que os profissionais da enfermagem não devem reagir aos conflitos tentando suprimi-los ou evitá-los, pois avaliam que essa forma não é produtiva. Segundo Umiker (MARQUIS e HOUSTON, 2005) há seis causas mais comuns dentro das unidades da enfermagem: expectativas pouco claras, comunicação insatisfatória, falta de clareza jurisdicional, incompatibilidade ou discordância, conflitos de interesses individuais ou grupais e mudanças operacionais no grupo de funcionários. As autoras ainda evidenciam algumas estratégias para a resolução de conflitos em unidades de enfermagem:

- Consulta a terceiros: quando há diferença de status de poder entre as partes envolvidas, identificar pessoas neutras pode ajudar a resolver o conflito de forma construtiva;
- Mapeamento de responsabilidades: quando há ambigüidade resultante de funções não esclarecidas, é importante que as partes se reúnam para delinear os papéis e definir com clareza as responsabilidades.
- Mudança de estrutura: transferir ou demitir pessoas, bem como mudar cargos e criar políticas internas auxiliam na resolução de conflitos.
- Mudança de comportamento: buscar formas de educar, treinar, capacitar pessoas para resolver os conflitos, desenvolver a auto-percepção e a mudança comportamental.

2.2 Satisfação no Trabalho

De acordo com MAXIMIANO (2000), não há limite para o desempenho do profissional, pois a cada aquisição de conhecimento, aperfeiçoamento de habilidades e mudanças de atitudes pode ocorrer o desenvolvimento profissional. Os profissionais que exercem um papel gerencial podem fazer uso de um mecanismo que promove, ou não, o desenvolvimento de sua equipe de trabalho, a chamada profecia auto-realizadora. Estudada pelo sociólogo Robert K. Merton (MAXIMIANO, 2000) tal profecia consiste na “concretização de um evento apenas possível, causado por comportamentos que se baseiam na expectativa de sua ocorrência”.

Em outras palavras, basta uma pessoa querer ou desejar alguma coisa que possivelmente ela agirá de forma a provocar tal acontecimento, tanto em si, quanto pode influenciar o outro para que se comporte de determinada forma e confirme sua “teoria”. O autor enfatiza que no ambiente organizacional, a forma como os gerentes tratam seus subordinados interfere ou influencia no desenvolvimento, motivação e desempenho dos mesmos. Portanto, o comportamento desempenhado pelos subordinados é o produto das expectativas elevadas ou baixas dos seus superiores.

Considerando o ambiente da enfermagem, é função do líder agrupar as atividades de forma a facilitar a comunicação, esclarecer à equipe as funções de cada membro, pois de acordo com MARQUIS e HUSTON (2005) esses esforços da liderança em relação à sua equipe aumentam a produtividade e satisfação dos funcionários.

Um dos fatores geradores de insatisfação no trabalho, segundo WAGNER E HOLLEBACK (2002), é referente aos papéis organizacionais, que podem ser classificados como os três mais estudados: ambigüidade do papel, conflito de papéis e âmbito do papel.

- Ambigüidade do papel está relacionada às incertezas ou falta de clareza em relação às expectativas sobre o papel que a pessoa deve desempenhar na empresa, pois indica que possivelmente a pessoa não tenha informações suficientes do papel que ela deve desempenhar e sobre o que é esperado dela.
- Conflito de papéis se refere ao reconhecimento de demandas incompatíveis ou contraditórias que se defronta a pessoa de um carga ou papel. Há três tipos: conflito de papéis inter-emissores quando as pessoas são portadoras de expectativas mutuamente exclusivas. Conflito de papéis intra-emissores: quando uma pessoa é portadora de duas expectativas em competição. E por último, conflito inter-papéis acontece quando as expectativas para nossos papéis diferentes podem entrar em conflito.
- Âmbito do papel refere-se ao número de expectativas existentes para a pessoa que desempenha o papel. Pode acontecer de forma superdimensionada, quando há mais expectativas do que a pessoa pode corresponder ou pode acontecer de forma subdimensionada.

Há quatro conseqüências relacionadas à insatisfação dos funcionários no trabalho, que são descritas da seguinte forma:

- Saída da empresa: busca por um novo emprego e conseqüente pedido de demissão;
- Comunicação: forma ativa e de caráter construtivo para solucionar os problemas existentes;
- Lealdade: quando há uma expectativa do funcionário de que a situação melhore, porém acontece de forma passiva, atribuindo a responsabilidade da resolução dos problemas a seus superiores;
- Negligência: comportamento passivo e destrutivo do funcionário, pois deixa as situações piorarem, redução do desempenho, aumento dos erros e faltas ao trabalho.

Em relação aos modelos organizacionais também é possível perceber sua influência na satisfação do funcionário. Segundo ROBBINS (2005) a especialização do trabalho pode contribuir para uma maior produtividade, entretanto pode causar a redução de sua satisfação em função da repetição de atividades e limitação da atuação. O mesmo autor pontua que há evidências significativas que relacionam a centralização e a satisfação no trabalho, pois de uma forma geral as organizações menos centralizadoras geram maior participação no processo de decisão.

2.3 Liderança

2.3.1 Definição de Liderança

Liderança é um assunto que há muito tempo vem sendo pesquisado, pela importância que tem nos resultados das organizações. BRYMAN (2004) em seu artigo sobre liderança nas organizações a identifica como um aspecto importante do cotidiano e dos assuntos organizacionais. Esse mesmo autor cita uma definição de Stogdill, de 1950, que diz que “a liderança pode ser considerada como um processo (ato) de influenciar as atividades de um grupo organizado em seus esforços no estabelecimento e execução de metas”. Segundo BRYMAN (2004) esses aspectos – influência, grupo e metas – citados nessa definição estão presentes em várias teorias sobre liderança existentes até agora, pois coloca o líder na posição de quem induz o outro a se comportar de alguma maneira, causa um impacto em suas ações; faz referência à existência de um grupo de subordinados ao líder, atribuindo a ele responsabilidade por essas pessoas e por último o líder mobiliza os membros do grupo para alcançar as metas estabelecidas.

Essa definição citada anteriormente é reafirmada por Gardner (MARQUIS e HUSTON, 2005) que define liderança como “o processo de persuasão e exemplo pelo qual um indivíduo (...) induz um grupo a buscar objetivos defendidos pelo líder ou partilhados pelo líder e seus seguidores”. Já Marquis e Huston (2005) complementam essa definição de uma forma mais abstrata quando afirmam que a liderança é “um processo de fortalecimento de crenças e de ensino de outros para extraírem suas capacidades plenas, mediante a superação das crenças que os limitavam”.

Considerando que a liderança acontece em um contexto organizacional voltado para metas, os líderes têm uma função maior do que apenas atingi-las. WAGNER III e HOLLENBECK (2002) consideram que os líderes são responsáveis por traduzir os significados do ambiente para os membros do grupo, pois avalia que é difícil que todos os funcionários compreendam tudo que se passa dentro da organização. Segundo os autores, “o líder oferece um ponto focal logicamente convincente e emocionalmente gratificante para as pessoas que estão tentando entender as causas e conseqüências da atividade organizada”. É o líder o responsável por identificar o que é importante para os subordinados, definindo dessa forma a realidade organizacional.

De acordo com ROBBINS (2005), essa influência tem diferenças em relação a sua origem: pode ser formal, de acordo com o cargo da pessoa dentro da organização – mesmo sem garantia de eficácia – ou não sancionada, na qual líderes podem emergir naturalmente dentro das organizações. Porém, de acordo com WAGNER III e HOLLENBECK (2002) é essencial em qualquer definição de liderança que os subordinados entreguem de forma voluntária o controle de seu próprio comportamento a outra pessoa, que assume essa função.

Para uma melhor compreensão é muito importante que seja percebida a diferença existente entre administração e liderança. A principal diferença de acordo com BRYMAN (2004) é a orientação para a mudança: a primeira preocupa-se com o aqui e agora e não articula maiores questões sobre o propósito e a identidade organizacional, uma vez que uma boa administração traz organização e monitoração dos resultados. Já os líderes mudam o pensamento das pessoas sobre o que é desejável, possível e necessário, desenvolvem uma visão do futuro e engajam as pessoas para atingir os resultados.

Em relação à eficácia da liderança, MAYO (2003) afirma que “uma liderança de alta qualidade é o maior ativo dentro da organização” e concluiu que “uma liderança deficiente não apenas pode acarretar problemas de baixo moral, absenteísmo e atrito, mas pode dar origem à complacência”.

2.3.2 Teorias sobre Liderança

Historicamente a compreensão sobre como a liderança acontece vem mudando. Até o final da década de 1940 esteve em evidência a teoria dos traços,

sendo substituída pela abordagem dos estilos que permaneceu em foco até o final dos anos 60. Em seguida emergiu a abordagem contingencial, que sua permanência se deu entre o final dos anos 60 e início dos anos 80. Apesar de em cada uma dessas décadas, a ênfase ter mudado, não significa que cada uma dessas abordagens foi esquecida ao longo do tempo. Os estudos a cerca de cada uma delas continuou com o passar das abordagens, entretanto elas foram perdendo sua força.

2.3.2.1 Teoria dos traços

As primeiras teorias sobre liderança enfatizaram os traços e as habilidades pessoais, os estilos de decisão e os comportamentos do líder. De acordo com BRYMAN (2004), a abordagem dos traços busca identificar e determinar as qualidades pessoais e características dos líderes. O foco dessa abordagem é em uma característica inata em detrimento a uma habilidade aprendida, subestimando a importância de treinamentos, pois para os pensadores dessa teoria a natureza é mais importante do que a educação. Três grupos de características foram definidos por essa abordagem, como por exemplo: traços físicos como altura, aparência e constituição física; habilidades como inteligência e fluência no discurso; e, características de personalidade como conservadorismo, extroversão, autoconfiança.

A crença principal dessa abordagem é a de que com essas informações seria possível distinguir a partir dos traços pessoais os líderes mais efetivos dos menos efetivos. Alguns estudos mostram os sete traços que mais pareciam diferenciar os líderes dos não-líderes: ambição e energia; desejo de liderar, honestidade e integridade, autoconfiança, inteligência, elevado automonitoramento e conhecimentos relevantes para o trabalho. Entretanto, ROBBINS (2005) aponta que as principais conclusões que se chegam hoje é que os traços podem indicar liderança, mas tem um melhor resultado para identificar o surgimento da liderança do que para diferenciar líderes eficazes e ineficazes. Não há garantia de sucesso em liderar um grupo para o alcance de objetivos apenas o fato de um indivíduo apresentar determinados traços e ser considerado um líder pelos demais.

2.3.2.2 Teorias comportamentais

À medida que a teoria da liderança se desenvolveu, os pesquisadores mudaram o foco do estudo, passando dos traços de líderes para o seu comportamento, definindo assim o estilo de liderança. Considerando que a abordagem dos traços possibilitaria às empresas uma boa seleção, pois seria fácil identificar o líder a partir de seus traços e habilidade, a teoria comportamental enfocaria o treinamento de pessoas para a liderança. De acordo com MARQUIS e HUSTON (2005) esse enfoque nos estilos de liderança teve um avanço quando White e Lippit destacaram três estilos: autoritário, democrático e *laissez-faire* (liberal). As diferenças acerca desses estilos estão evidenciadas no Quadro 01, a seguir:

QUADRO 01 – Estilos de liderança baseados na teoria comportamental

AUTOCRÁTICO	DEMOCRÁTICO	LAISSEZ-FAIRE
Forte controle sobre o grupo de trabalho	Mantém menos controle	É permissivo, com pouco ou nenhum controle.
As pessoas são motivadas por coerção	Premios econômicos e pessoais são utilizados como motivação	Motiva com seu apoio quando solicitado pelo grupo
As pessoas são dirigidas por comando	As pessoas são guiadas por sugestões e orientações	Oferece pouca ou nenhuma orientação
A comunicação flui de cima para baixo	A comunicação flui para cima e para baixo	Usa a comunicação de baixo para cima ou de cima para baixo entre os membros do grupo
A tomada de decisão não envolve as pessoas	A tomada de decisão envolve outras pessoas	Dispersa por todo o grupo a tomada de decisões
Dá ênfase à diferença de status	É enfatizado o nós em vez do "eu" ou "você"	Enfatiza o grupo
A crítica é passível de punição	A crítica é construtiva	Não faz críticas

Fonte: Adaptado de MARQUIS, B.; HUSTON, C. 2005.

O estilo autocrático passa aos membros do grupo uma sensação de segurança, pois o líder tem ações bem definidas e normalmente previsíveis. O grupo tem uma alta produtividade, com baixas criatividade e autonomia. É o líder o responsável pela tomada de decisões, não permitindo nenhuma participação dos membros do grupo.

Já o estilo democrático promove a autonomia e o crescimento do indivíduo dentro do grupo de trabalho. É um estilo que pode ser muitas vezes frustrante em relação à demora na tomada de decisão, pois muitas pessoas devem ser consultadas para chegar a uma decisão final. Entretanto, esse estilo tende a buscar

o consenso, favorecendo a participação de todos e conseqüentemente a melhora nas relações.

E por último, o estilo *laissez-faire* caracteriza-se por uma liderança não-dirigida, o líder é permissivo, deixa que o grupo tome suas próprias decisões. Essa atuação incontrolada conduz frequentemente a experiências insatisfatórias, pois raramente essa situação proporciona a troca, a socialização e a tolerância que são características essenciais para que o grupo tenha uma ação efetiva.

Durante certo tempo os teóricos acreditavam que os líderes possuíam um estilo de liderança predominante, mas no início dos anos 50 começaram a acreditar que a maioria não se encaixava em um só estilo, mas em algum ponto entre o autoritarismo e o *laissez-faire* e que havia uma movimentação dinâmica a cada nova situação. Essa percepção deu abertura a um novo enfoque que é a teoria da liderança contingencial.

Um outro estudo acerca do comportamento dos líderes é o da Universidade Estadual de Ohio, no qual pesquisadores identificaram dentre mais de mil dimensões diferentes, duas categorias que são responsáveis pelo comportamento dos líderes segundo os funcionários, que são: estrutura de iniciação e consideração.

Na primeira inclui-se a extensão que o líder é capaz de definir e estruturar os papéis no alcance dos objetivos. Ou seja, alguém com alto grau de estrutura de iniciação pode ser descrito como alguém que delega tarefas específicas aos membros do grupo, espera que os funcionários mantenham padrões definidos de desempenho e enfatiza o cumprimento de prazos. Já a consideração avalia em que extensão o líder é capaz de manter relacionamentos de trabalho com confiança mútua, respeitar as opiniões dos liderados e ter cuidado com seus sentimentos.

A pessoa que tem alto grau de consideração pode ser considerada como alguém que ajuda os funcionários em problemas pessoais, é amigável e disponível e trata todos como iguais. Pesquisas baseadas nesses estudos sugerem que líderes que têm um desempenho alto-alto (alta estrutura de iniciação e alta consideração) mostram melhor desempenho e melhor satisfação de suas equipes de trabalho. Em contrapartida, alguns estudos surgem como exceções nas quais o estilo alto-alto causa maiores índices de reclamações, absenteísmo e rotatividade, fato que evidencia que os fatores situacionais devem ser considerados.

Ainda como exemplo da abordagem comportamental, no final dos anos 1940 existiu estudo da Universidade de Michigan que teve como objetivo identificar

características comportamentais dos líderes que estivessem relacionadas ao desempenho eficaz. Foram percebidas duas dimensões do comportamento da liderança: orientação para o funcionário e orientação para a produção. Os líderes que eram percebidos como orientados para o funcionário enfatizavam a relação interpessoal, tinham foco na satisfação das necessidades sociais e emocionais dos membros da equipe e aceitavam as diferenças entre os membros do grupo. Já os líderes que evidenciaram orientação para a produção apenas enfatizavam os aspectos técnicos e práticos do trabalho, pois tinham foco na supervisão detalhada dos métodos de trabalho dos funcionários e na execução das tarefas, considerando os funcionários apenas como meios para atingir determinado fim. Os pesquisadores de Michigan chegaram à conclusão que os líderes que tinham orientação para pessoas tinha um resultado mais favorável, pois geralmente esse tipo de liderança estava associada com a maior produtividade do grupo e maior satisfação com a tarefa.

Blake e Mouton (ROBBINS, 2005) propuseram um Grid Gerencial que se baseia nos estilos orientação para pessoas e orientação para a produção. Esse grid tem nove posições possíveis ao longo de cada eixo (horizontal voltado a produção e vertical voltado às pessoas) o que pode resultar em 81 posições de liderança. Porém, evidenciam-se apenas os fatores dominantes na forma de pensar de cada líder em relação à obtenção do resultado. Tem cinco estilos principais que são: 9,1 – alto foco em produção, desconsiderando as pessoas; 1,9 – orientação máxima para as pessoas e mínima para a produção; 1,1 – orientação mínima tanto para produção quanto para pessoas; 5,5 – orientação mediana tanto para pessoas quanto para produção, buscando apenas um desempenho satisfatório e 9,9 – que é caracterizado pela orientação máxima tanto para pessoas, quanto para tarefas.

Pesquisadores da Finlândia e Suécia reavaliaram os estudos acerca do comportamento orientado para produção e para tarefas e consideraram que não eram apenas essas duas dimensões que deveriam ser colocadas em análise se o objetivo era capturar a essência do comportamento de liderança. Considerando o mundo de mudanças no qual se vive hoje os líderes devem exibir um comportamento voltado para o desenvolvimento, ou seja, que valorizam a experimentação, buscam novas idéias, geram e implementam mudanças. Os estudos existentes até o momento confirmam que líderes que exibem tal comportamento de orientação para o desenvolvimento contam com uma equipe de

funcionários mais satisfeitos e são percebidos como mais competentes (ROBBINS, 2005).

Apesar de todos esses estudos baseados na abordagem comportamental terem sido consistentes, evidenciou-se que faltou considerar os fatores situacionais que exercem influência tanto no sucesso quanto no fracasso do líder considerando seu comportamento em relação ao desempenho do grupo. Por essa razão, iniciaram-se estudos que focavam as situações envolvidas.

2.3.2.3 Teoria das Contingências

Os defensores da abordagem contingencial dão ênfase nos fatores situacionais, colocando-os no cerne de qualquer compreensão acerca da liderança. Essa abordagem considera que o efeito das características pessoais e do comportamento de um líder, bem como das características do seguidor sobre o desempenho no grupo, quase sempre dependem do contexto no qual a liderança está ocorrendo.

As principais teorias nessa abordagem serão apresentadas, sendo a primeira o Modelo de Fiedler. Essa teoria propõe que o desempenho eficaz do grupo depende do ajuste adequado entre o estilo de líder e o grau em que a situação propicia controle e influência ao líder. Com a elaboração do questionário do colega menos preferido Fiedler pretendia identificar a uma pessoa é orientada para a tarefa ou para o relacionamento. Segundo ROBBINS (2005) o autor parte do princípio que o estilo de liderança de uma pessoa é fixo e identifica três dimensões contingenciais que definem os fatores situacionais básicos que determinam a eficácia da liderança:

- relação entre líder e liderados: o grau de confiança, credibilidade e respeito que os membros do grupo têm em seu líder (avaliadas como boas ou deficientes);
- estrutura da tarefa: o grau em que as tarefas do cargo do subordinado são estruturadas (avaliadas como alta ou baixa);
- poder da posição: o grau de influência que um líder tem sobre as variáveis de poder, tais como o poder de contratar, demitir, tomar ações disciplinares, promoções e aumento de salário (avaliado como forte ou fraco).

Fiedler afirmou que quanto melhores as relações líderes-liderados, quanto maior a estruturação do cargo e quanto mais forte o poder da posição, mais controle ou influência o líder terá. Nos seus estudos concluiu que os líderes orientados para a

tarefa tendem a desempenhar seu papel melhor em situações que lhes sejam muito favoráveis ou muito desfavoráveis. Já os líderes orientados para os relacionamentos têm melhor desempenho em situações de controle moderado. Considerando esse estudo é possível mudar o líder dependendo da situação ou adequar a situação ao estilo do líder para obter um resultado mais favorável.

Há ainda a teoria situacional de Hersey e Blanchard (ROBBINS, 2005) que tem seu foco nos liderados. Tem seu foco nos liderados, pois são eles que determinam a eficácia da liderança partindo do princípio que são eles que aceitam ou não o líder. Nessa teoria, a liderança bem sucedida é alcançada pela escolha do estilo adequado que na opinião dos autores é contingente ao nível de prontidão dos liderados. De acordo com essa teoria, se os liderados forem incapazes ou estiverem desmotivados para executar alguma tarefa, o líder precisará fornecer orientações claras e específicas. Se os liderados forem incapazes, mas estiverem motivados, o líder precisará oferecer muita orientação para a tarefa para compensar a falta de habilidade dos liderados, além de muita orientação para o relacionamento para conquistá-los. Se os liderados forem capazes, mas estiverem desmotivados, o líder precisará usar um estilo apoiador e participativo; e se os liderados forem capazes e estiverem motivados, o líder não precisará fazer muita coisa. Entretanto, os estudos acerca de sua eficácia ainda não são positivos, em função de ambigüidades e inconsistências do próprio modelo.

Uma teoria que tem obtido um bom resultado de suas pesquisas, segundo ROBBINS (2005), é a da troca entre líder e liderados. De acordo com a teoria, em função da escassez do tempo, pressão do trabalho, os líderes identificam na equipe alguns membros, com os quais estabelece um relacionamento diferenciado, que os caracteriza como o “grupo de dentro”. Tal grupo tem a confiança do líder, recebe uma parcela maior de atenção e têm privilégios, deixando os outros membros no “grupo de fora”, que recebem menos tempo, menos recompensas controladas e a relação é permeada pela autoridade. Não é muito clara a forma como o líder escolhe quem faz parte dos grupos, mas há evidências nos estudos que as pessoas escolhidas para o grupo de dentro têm atitudes e características de personalidade semelhantes as do líder ou por serem mais competentes. Entretanto, apesar da escolha ser do líder é a característica do liderado que o conduz a essa decisão. Essa teoria acaba se reportando à profecia auto-realizador na qual os líderes investem seus recursos nos que julgam mais competentes e que terão melhores

desempenhos. Uma vez que o líder sabe que o funcionário do grupo de dentro é mais competente, o líder o trata como tal e assim realizam sua profecia.

Por último dentro da abordagem comportamental, há a teoria da meta e do caminho, desenvolvida por Robert House (ROBBINS, 2005), que argumenta que é função do líder ajudar os subordinados no alcance de suas metas, fornecendo orientação e apoio para que as metas sejam compatíveis com os objetivos da organização. Os termos utilizados derivam da convicção de que os líderes eficazes abrem caminho para ajudar os liderados a atingirem seus objetivos, tornando a jornada mais fácil ao reduzir seus obstáculos. House identifica quatro comportamentos da liderança:

- líder diretivo: faz com que os liderados saibam o que se espera deles, organiza o trabalho a ser feito e fornece instruções precisas sobre como as tarefas devem ser realizadas.
- líder apoiador: é amigável, demonstra sensibilidade às necessidades de seus subordinados.
- líder participativo: consulta os liderados e utiliza suas sugestões antes de tomar uma decisão.
- líder orientado para a conquista: estabelece metas desafiadoras e espera que os liderados ofereçam o melhor desempenho possível.

Contrariando a posição de Fiedler, House parte do pressuposto que os líderes são flexíveis, podendo mostrar qualquer um desses comportamentos dependendo da situação. Há duas classes de variáveis situacionais que moderam a relação entre o comportamento do líder e os resultados obtidos:

- Ambientais (estão fora do controle do subordinado): a estrutura da tarefa, o sistema de autoridade formal e o grupo de trabalho. Tais fatores determinam o tipo de comportamento requerido do líder como um complemento para que os resultados atingidos pelos seguidores sejam maximizados;
- Características pessoais do funcionário: centro de controle, experiência e capacidade percebida. Este fator determina como o ambiente e o comportamento do líder são interpretados.

Portanto, a teoria propõe que o comportamento do líder será ineficaz quando for redundante em relação às fontes da estrutura ambiental ou incongruente com as características do funcionário. O desempenho e a satisfação do funcionário tendem

a ser positivamente influenciados quando o líder oferece qualquer coisa que falte ao liderado ou ao ambiente de trabalho.

2.3.3 Liderança em enfermagem

De acordo com MARQUIS e HUSTON (2005) o líder da enfermagem enfrenta continuamente problemas aparentemente intransponíveis, falta de recursos para resolvê-los e apatia. As autoras citam Champy que diz que as organizações que passam por mudanças apenas obterão sucesso se a administração for a primeira a ser redimensionada. Por essa razão e pelas mudanças nas teorias acerca da liderança, as autoras propõem que o líder da enfermagem deve buscar desenvolver a liderança, mas esteja em contínua atualização dos princípios contemporâneos da liderança. Em contrapartida, citam Kerfoot que contextualiza que as organizações de saúde têm exercido a administração apenas para manter o *status quo* e não para construir novos modelos de apoio aos ambientes de apoio à saúde.

De acordo com TREVIZAN (1993) a atuação da enfermagem tem contribuído para a conservação do poder burocrático, pois se baseou no modelo Nightingale que preconizou para as enfermeiras o exercício de uma liderança diretiva, autocrática e centralizadora. É papel do enfermeiro definir e planejar a assistência de enfermagem num cenário interativo. A autora considera que para que o enfermeiro exerça a liderança ele precisa dominar e conciliar o emprego dos princípios e técnicas de administração, com os princípios e técnicas que norteiam a prestação de cuidado da enfermagem.

Ao longo da atuação profissional do enfermeiro, percebe-se que ele tem orientado sua liderança para propósitos distintos, algumas vezes se envolvendo e se comprometendo mais diretamente com o exercício da profissão, trabalhando diretamente para o cuidado com o paciente, e em outras vezes mantendo seu foco nos objetivos organizacionais. Deixou de exercer um papel com muita autonomia que havia no cuidado direto ao paciente em sua própria casa e passou a exercer um papel de subordinado aos interesses da organização. Como forma de cumprir as metas organizacionais, exerce, de acordo com TREVIZAN (1993), uma liderança autocrática, tendo seu foco na consecução das metas da organização e conseqüentemente voltado para a tarefa em detrimento às pessoas.

2.4 Habilidades Gerenciais

Uma pessoa que assuma um papel gerencial, independentemente do nível hierárquico, deve ter habilidades para desempenhar suas funções. Dois autores realizaram estudo sobre as habilidades gerenciais, segundo MAXIMIANO (2000).

Katz foi um dos autores que estudou as habilidades gerenciais e a dividiu em três categorias:

- **Habilidade técnica:** está relacionada aos conhecimentos, métodos e equipamentos necessários para que os gerentes realizem suas atribuições específicas.
- **Habilidade humana:** está relacionada à compreensão das pessoas e de suas necessidades, interesses e atitudes.
- **Habilidade conceitual:** está relacionada a capacidade de compreender e lidar com a complexidade da organização e formular estratégias. Está diretamente relacionada a ter criatividade, planejamento, entendimento do contexto.

De acordo com Katz, à medida que um profissional sobe na hierarquia diminui a importância de sua habilidade técnica e aumenta a necessidade de desenvolver sua habilidade conceitual.

Já Mintzberg, aponta oito habilidades a serem desenvolvidas pelos gerentes, que são:

- **Habilidades de relacionamento com colegas:** ter a capacidade de estabelecer e manter relações formais e informais com colegas e pares.
- **Habilidades de liderança:** orientar, treinar, motivar e usar a autoridade.
- **Habilidades de resolução de conflitos:** deve arbitrar conflitos entre pessoas e tomar decisões para resolver distúrbios, além de ser tolerante às tensões.
- **Habilidades de processamento de informações:** expressar suas idéias de forma eficaz, desenvolver sua comunicação.
- **Habilidades de tomar decisões em condições de ambigüidade:** o gerente deve ser responsável pela tomada de decisões, mesmo quando não existem todas as informações necessárias.
- **Habilidades de alocação de recursos:** deve lidar com a falta de recursos e definir prioridades a partir de suas escolhas.

- Habilidades de empreendedor: relacionadas à busca de problemas e oportunidades e implementação controlada de mudanças organizacionais.
- Habilidades de introspecção: relacionada a capacidade de reflexão e auto análise e aprender com a própria experiência.

3 METODOLOGIA

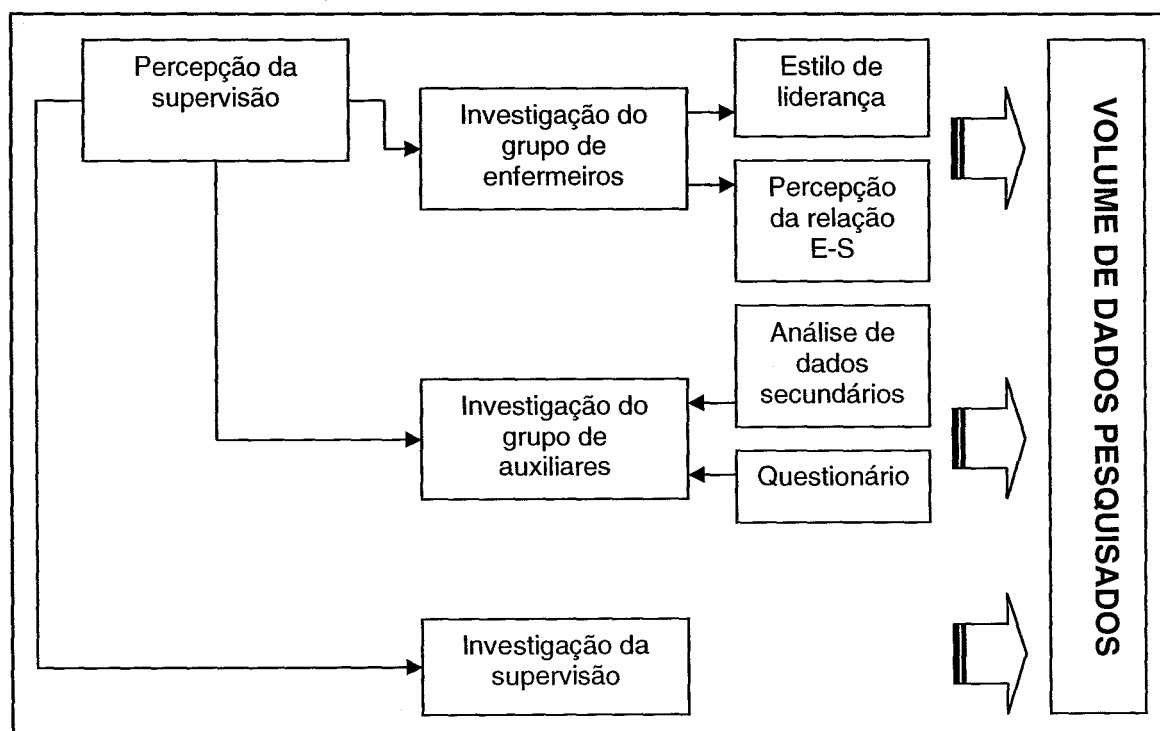
Nesse capítulo, apresenta-se a metodologia que foi utilizada para nortear essa pesquisa e cumprir os objetivos estabelecidos.

3.1 Perguntas de Pesquisa

- Qual o contexto que os enfermeiros do HPN estão inseridos?
- Qual o grau de satisfação dos enfermeiros com a supervisão de enfermagem?
- Qual o estilo de liderança dos enfermeiros?
- Há satisfação da equipe de auxiliares de enfermagem em relação à atuação dos enfermeiros das alas de internamento?
- A supervisão está satisfeita com as capacidades técnicas e gerenciais dos enfermeiros?
- Quais as relações existentes entre os profissionais das alas de internamento?
- Existe de fato um conflito nas alas de internamento?
- Quais as causas potencializadoras desse conflito?

3.2 Delineamento da pesquisa

Figura 01: Fluxograma da pesquisa



Fonte: Autora

Como é evidenciado na Figura 01 apresentada acima, a pesquisa iniciou com a demanda da supervisão e gerou três focos de investigação: enfermeiros, auxiliares e supervisores.

Primeiramente conceituou-se a organização em relação ao contexto que ela está inserida. Para isso foram utilizados dados secundários coletados em revistas e documentos organizacionais.

A presente pesquisa é do tipo descritivo/interpretativo e o método utilizado foi o de estudo de caso, considerando que a pesquisa restringiu-se apenas à análise de uma organização. De acordo com Yin (GIL, 1999) o estudo de caso é “um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência”.

As pesquisas podem ser, com relação à sua dimensão no tempo, compostas por um corte transversal ou então ser considerada em uma perspectiva de tempo longitudinal. Pesquisas com um corte transversal são sociológicas, pois tiram um retrato do mundo social, observando um determinado ponto. Já as pesquisas longitudinais, examinam características de pessoas ou organizações mais de uma vez ao longo do tempo, sendo importante para responder perguntas sobre mudança social. Na aplicação dos questionários as perguntas visavam identificar o presente contexto, sem considerar práticas passadas. Considerou-se para a realização desse estudo foi o período compreendido entre os meses de maio a setembro de 2007. Nesse sentido, a dimensão temporal do presente trabalho tem um corte transversal.

Utilizou-se o referencial teórico para a interpretação dos resultados da pesquisa. O nível de análise do presente estudo será organizacional, tendo como unidade de análise os enfermeiros das alas de internamento do departamento de enfermagem do hospital em estudo.

3.3 População e Amostragem

Para a realização desse estudo foi escolhida uma única organização, o Hospital Paranaense de Neoplasias (HPN), que no período de análise contava com aproximadamente 890 funcionários. O HPN situa-se na cidade de Curitiba, Paraná e foi inaugurado na década de 1970. As atividades do HPN são voltadas ao diagnóstico e tratamento do câncer.

A população estudada, assim como o universo amostral, foram os profissionais atuantes nas alas de internamento do departamento de enfermagem do HPN. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados nos supervisores, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A escolha desta organização justifica-se pela escassez de estudos em hospitais e pelos conflitos vivenciados por profissionais desta área, que além de lidarem com dificuldades técnicas no cotidiano, as relações são permeadas por conflitos.

3.4 Coleta de Dados

De acordo com MARTINS (2006) a coleta de dados em um estudo de caso deve ser baseada em diversas fontes de evidências. Nesse estudo foram trabalhados dois tipos de informações: os dados secundários e os dados primários. Os dados secundários são caracterizados por informações já coletadas anteriormente, como arquivos, banco de dados, relatórios. Já os dados primários são aqueles coletados diretamente na fonte. Por essa razão, nesse estudo a técnica utilizada foi a triangulação de dados, pois segundo o autor “quando há convergência de diversas fontes de evidências, tem-se um fato que poderá ser tratado como uma descoberta e devida conclusão, ou considerado como uma evidência que será juntada a outras visando melhor compreensão e interpretação de um fenômeno.”

Dentre as variadas técnicas de coleta de dados primários, nesse estudo foram utilizados a observação participante, entrevistas, questionários e *focus group*, Quadro 02. Segundo MARTINS (2006) ao mesmo tempo em que a observação participante permite a coleta de dados, envolve a percepção sensorial do observador, que deve ter imparcialidade e distingue-se por ser uma prática científica da observação da rotina diária. Já a entrevista trata-se de uma técnica com o objetivo de compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações. Os questionários constituem-se de uma lista ordenada de perguntas, a respeito de variáveis ou situações que se deseja medir ou descrever. Para os questionários aplicados nesse estudo, foram utilizadas questões fechadas de múltipla escolha. Por último, o *focus group*, que tem como características gerais o envolvimento dos participantes, as reuniões, a heterogeneidade e a geração de dados e informações necessárias aos objetivos da investigação (MARTINS, 2006).

Quadro 02: Técnicas utilizadas para coleta de dados primários

Instrumento	Alvo	Finalidade
Questionários	Enfermeiros	Identificar o estilo de liderança dos profissionais
	Supervisão	Avaliar por meio de atribuições de notas da supervisão as capacidades técnica e gerencial dos enfermeiros
Entrevistas	Supervisão	Descobrir a demanda da supervisão em função das dificuldades percebidas no discurso
	Auxiliares de enfermagem	Investigar a satisfação dos profissionais em relação à atuação dos enfermeiros quanto à técnica e capacidade gerencial
<i>Focus group</i>	Enfermeiros	Identificar a satisfação dos enfermeiros de sua relação com a supervisão e mapear o perfil do enfermeiro dentro da organização
Observação	Supervisão	Identificar a forma de atuação das supervisoras das alas de internamento quanto aos seus estilos gerenciais e às decisões tomadas

Fonte: Autora

A partir de uma demanda inicial da supervisão da enfermagem foram feitas reuniões em grupo com os enfermeiros (*focus group*), para identificar as necessidades dos enfermeiros das alas de internamento. A segunda fonte de informação foi a aplicação do questionário de estilo de liderança nos enfermeiros, como instrumento de coleta de dados. A terceira fonte foi a pesquisa de satisfação em relação ao maior grupo subordinado aos enfermeiros que são os auxiliares de enfermagem e por último foi realizada uma avaliação pelos supervisores sobre a capacidade técnica e gerencial dos enfermeiros. Cada etapa será apresentada separadamente a seguir.

1) Pesquisa com enfermeiros – Identificação de satisfação

Para o diagnóstico das necessidades dos enfermeiros foram realizados grupos focais que tinham a duração de uma hora por encontro e aconteceram seis encontros ao longo de seis semanas, duas vezes ao dia: manhã e tarde, para poder atingir o maior número de profissionais possível. No total 16 enfermeiros passaram pelo grupo focal, porém a maioria não foi assídua no comparecimento. Entretanto,

independentemente do enfermeiro que participasse do grupo os assuntos identificados eram os mesmos e posteriormente serão apresentados.

Para a coleta de informações foi feita uma apresentação sobre o objetivo da atividade que era identificar, a pedido da supervisão, as necessidades dos enfermeiros. Portanto, foi dada abertura para que falassem suas percepções acerca da enfermagem no hospital. A cada encontro uma atividade era desenvolvida em conjunto. Durante esses encontros foram levantadas informações sobre satisfação e necessidades dos enfermeiros e também o perfil que eles percebem ter dentro da organização. Portanto, o resultado final desse estudo foi a auto-percepção do enfermeiro acerca do seu trabalho e a satisfação do enfermeiro em relação às supervisoras.

2) Identificação do estilo de liderança

Para a identificação do estilo de liderança dos enfermeiros foi usado o questionário de estilo de liderança¹, Anexo 01, que tem seu modelo original em inglês e para sua aplicação foi feita a tradução adaptada ao contexto organizacional na realidade brasileira. Tal questionário é acompanhado por um *software* da editora Prentice Hall e as respostas foram lançadas no sistema, que gerou automaticamente o resultado do perfil de liderança dos profissionais.

Baseado no fato desse trabalho ter surgido de uma solicitação das supervisoras todos os enfermeiros das alas foram convocados para responder o questionário. A coleta de dados foi realizada ao longo de uma semana, nos diversos períodos do dia, manhã, tarde e noite, durante a reunião semanal dos enfermeiros.

Para a aplicação do instrumento, os enfermeiros estavam presentes na uma sala de reuniões e após a explicação da finalidade do questionário foi solicitado que eles respondessem às perguntas de acordo com a forma que se comportam em situações que estão à frente de um grupo de trabalho, exercendo a função de liderança. O questionário contém 35 questões que evidenciam situações do cotidiano e focam aspectos da liderança com a finalidade de avaliar se o estilo de liderança dos profissionais está voltado para pessoas ou para tarefas. Os

¹ Questionário presente no material eletrônico da editora Prentice Hall, adaptado de SERGIOVANI, T.; METZCUS, R.; BURDEN, L. "Toward a particularistic approach to leadership style: some findings. American Educational Research Journal, vol 6, n. 1, January, 1965.

enfermeiros deveriam escolher com qual frequência agiriam da forma que a frase identificava: sempre, frequentemente, ocasionalmente, talvez e nunca.

No questionário, os enfermeiros deviam se identificar com seus dados principais, relevantes ao estudo: nome, idade, tempo de casa, tempo de atuação como enfermeiro e ala de atuação. Após todos os questionários respondidos foi feito o lançamento das informações no *software*, que forneceu o resultado.

O instrumento de liderança informa o grau que o profissional é orientado para pessoas ou tarefas. Ser orientado para tarefas significa que a preocupação é apenas em ter o trabalho realizado, enquanto ter foco nas pessoas está relacionado às interações do grupo e às necessidades individuais. Na análise, considera-se que o profissional tem alta orientação para tarefa se atinge uma pontuação acima de 10 e baixa caso atinja uma pontuação abaixo de 10. Em relação à orientação para pessoas a pontuação é alta caso seja acima de 7 e baixa caso seja abaixo de 7.

3) Levantamento da satisfação da equipe de auxiliares em relação ao desempenho dos enfermeiros.

Como forma de identificar a percepção dos subordinados em relação à capacidade dos que ocupam a posição de liderança, esse optou-se por questionar os auxiliares de enfermagem. Foram investigadas as percepções dos auxiliares acerca dos enfermeiros que trabalham nas alas de internamento, considerando o desempenho técnico e a capacidade de liderança do profissional.

Dos 100 profissionais existentes na organização foram escolhidos cinquenta como amostra aleatória estratificada por ala de internação. Foi questionado se eles estavam satisfeitos em relação aos enfermeiros e as únicas respostas aceitáveis eram sim ou não. À medida que um profissional ficasse em dúvida para responder se estava ou não satisfeito com o desempenho do enfermeiro da ala, tanto em relação à técnica/procedimentos, quanto à capacidade de liderança a pergunta “você contrataria esse enfermeiro para cuidar de seu familiar?” vinha a elucidar o auxiliar.

4) Avaliação da capacidade técnica e da capacidade gerencial dos enfermeiros pela supervisão

Como foi citado anteriormente, as alas de internamento têm três supervisoras, entretanto no momento do estudo uma delas tinha assumido a supervisão recentemente – duas semanas – fato que a excluiu da análise dos enfermeiros.

Para essa avaliação foi questionado às supervisoras da enfermagem qual a nota que elas atribuíam aos enfermeiros em relação à capacidade técnica e a capacidade gerencial, separadamente. Para coletar essa informação, foi solicitado às duas supervisoras que atribuíssem notas para essas capacidades para cada enfermeiro conforme a descrição de cada uma delas e a escala utilizada, como apresentado no Quadro 03:

Quadro 03: Definição dos critérios de análise pela supervisão

Capacidade	Descrição	Escala
Técnica:	Engloba cuidado com o paciente e realização de procedimentos de trabalho	1) Não atende ao mínimo;
Gestão:	Envolve sua capacidade de conduzir sua equipe de trabalho, orientar, avaliar e se posicionar frente a ela.	2) Ruim; 3) Regular; 4) Bom; 5) Excelente

Fonte: Autora

Cada uma das supervisoras fez sua avaliação dos dois itens (capacidades técnica e gerencial) e a partir desse resultado foi definida a média final.

3.5 Facilidade e dificuldades na coleta de dados

Duas considerações devem ser feitas de forma positiva no que se refere à elaboração desse estudo:

- 1) o fato de a pesquisadora atuar na organização do estudo facilitou a coleta de dados secundários necessários; e,
- 2) a demanda feita pela supervisão de enfermagem a partir de sua percepção de um conflito viabilizou que as coletas fossem realizadas dentro das alas de internamento.

Entretanto, alguns fatores dificultaram a coleta de dados. Pelo fato da área estudada ser a enfermagem, na qual os profissionais são constantemente solicitados para atender o paciente, houve demora na condução do estudo. Essa demora se deve ao fato que não era possível agendar uma data fixa que garantiria a presença

de todos os profissionais. Foi necessário estabelecer algumas datas e no dia agendado verificar se havia possibilidade de reunir os profissionais.

Uma outra dificuldade, além da demanda do paciente, é a escala de trabalho dos profissionais dessa área. Devido ao trabalho por escala inevitavelmente sempre haverá um ou mais profissionais de folga em qualquer dia da semana.

3.6 Tratamento e Análise de Dados

Os dados obtidos tanto nas entrevistas quanto nas observações participantes foram transcritos e em seguida foi feita a análise dos conteúdos. Procurou-se identificar pela freqüência de respostas quais eram as principais causas de insatisfação nos enfermeiros e qual a satisfação dos auxiliares em relação ao trabalho dos enfermeiros.

Os dados relativos aos questionários de estilo de liderança foram lançados no *software* da editora Prentice Hall que fornece os resultados para serem analisados. Já os questionários que avaliavam o desempenho dos enfermeiros em relação às capacidades técnica e gerencial foram lançados *Microsoft Office Excel 2003*.

Os resultados obtidos foram analisados e explicados com base nos elementos teóricos que estão apresentados na revisão da literatura presente neste estudo.

3.7 Limitações do Estudo

Com relação às respostas obtidas há a limitação vinculada à confiabilidade dos dados primários obtidos, pois não é improvável a possível falta de sinceridade do entrevistado. Além disso, os sujeitos do estudo sabiam que estavam sendo analisados por uma pesquisadora que também faz parte da organização, fato que pode contribuir para a distorção das respostas fornecidas.

Esse estudo foi realizado apenas com profissionais das alas de internamento do hospital em questão. Portanto, é apenas uma amostra do universo possível e por essa razão não pode ser generalizado para toda a realidade organizacional. No entanto, essa limitação pode ser percebida como um ponto positivo, pois dá margem para a continuidade desse estudo tanto no hospital do estudo como subsídios para outras organizações realizarem estudos como esse.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Descrição da organização objeto do estudo

A organização na qual esse estudo foi realizado, o Hospital Paranaense de Neoplasias, é um hospital especializado no tratamento do câncer. A idéia de construir um hospital com essa finalidade surgiu em 1947, com um grupo de médicos que decidiu abrigar tais pacientes. Por dezoito anos as pessoas envolvidas nessa decisão se organizaram para arrecadar recursos para a construção e sua inauguração foi em 1972. Tal hospital é privado, porém tem princípios filantrópicos e por essa razão não tem fins lucrativos. Seu foco de atuação é no diagnóstico e tratamento do câncer. É considerada uma empresa de grande porte, tem cerca de 900 funcionários registrados, além de profissionais autônomos, residentes e estagiários.

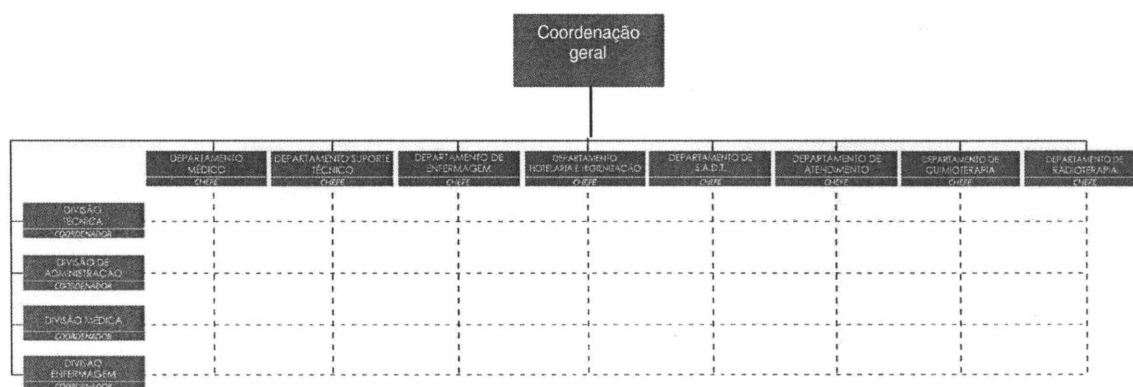
O hospital atendeu no ano de 2006 um total de 239.677 pacientes e a média de atendimento a pacientes por dia é de 130. Sua clientela é em sua maioria (84,6%) pacientes SUS e o restante da clientela envolve paciente particular e de variados convênios médicos. Possui uma capacidade de 164 leitos para internação, 05 salas cirúrgicas, 40 consultórios, unidade de emergência e unidade de transplante. Em relação aos internamentos, no ano de 2006, 87% dos pacientes internados eram provenientes do SUS, 11,80% pacientes de convênios médicos e apenas 1,10% pacientes particulares. Além disso, é caracterizado pelo título de hospital-ensino, pois investe na formação de profissionais da saúde com a residência médica e especializações com ênfase em oncologia para profissionais de várias áreas, como, por exemplo, nutrição, psicologia, farmácia, entre outras.

Ao longo de sua existência o hospital passou por vários desafios. O modelo de gestão atual contornou adversidades características de organizações que dependem do repasse do SUS. Portanto, considerando o histórico da organização, a imagem atual do hospital melhorou para a sociedade, há um resultado financeiro positivo e equacionado, entretanto, a organização ainda enfrenta dificuldades financeiras e necessita de respaldo para agregar novas tecnologias e novas drogas para acompanhar a evolução das descobertas no tratamento do câncer. É um hospital referência no tratamento de neoplasias e possui um corpo clínico de excelência profissional. A equipe multidisciplinar que atua no hospital – enfermeiros,

nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais procura corresponder às exigências da natureza do trabalho especializado.

Seu organograma é matricial e conta com quatro divisões: médica, administrativa, enfermagem e técnica que dão suporte aos oito departamentos: médico, quimioterapia, radioterapia, suporte técnico, suporte operacional, atendimento, enfermagem e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, Figura 02.

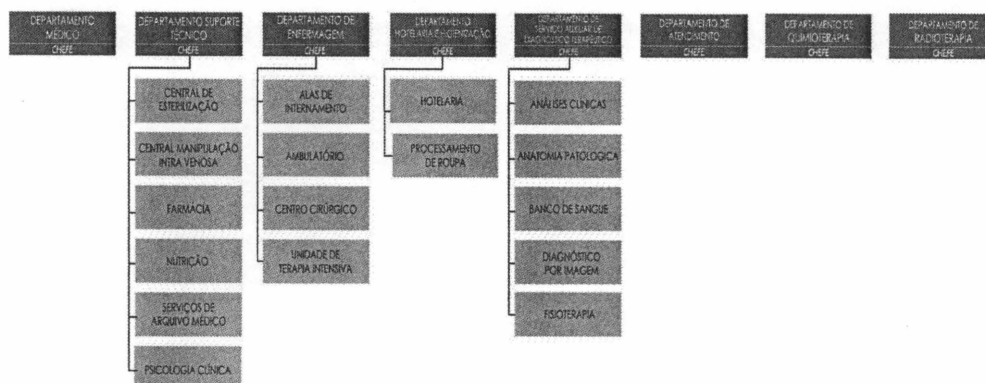
Figura 02: Estrutura geral



Fonte: Dados secundários coletados no RH do HPN, 2007.

Cada divisão tem um coordenador responsável, que assume as atividades de acordo com a sua formação. Na divisão técnica há um coordenador médico que atua com as responsabilidades legais, de procedimentos e equipamentos da organização; na divisão administrativa há um administrador hospitalar que atua planejando ações para todos os setores do hospital; na divisão da enfermagem está um enfermeiro de carreira, pois é necessária a vivência dentro do hospital para saber as demandas das áreas; e, na divisão médica há um profissional médico que responde pelo corpo clínico do hospital. Esses coordenadores dão suporte a todos os departamentos, que possuem suas ramificações como pode ser observado na Figura 03.

Figura 03: Estrutura departamental

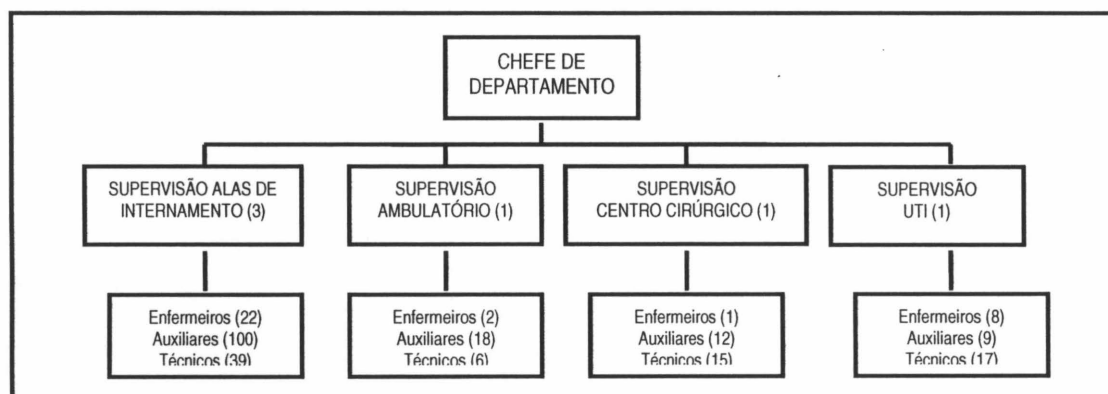


Fonte: Dados secundários coletados no RH do HPN, 2007.

O foco do estudo: as alas de internamento

Neste estudo enfoca-se o grupo funcional das alas de internamento do departamento de enfermagem do hospital. Como pode ser visualizado na Figura 04, o Departamento de enfermagem é dividido em quatro áreas funcionais: alas de internamento, ambulatório, centro cirúrgico e UTI.

Figura 04: Estrutura hierárquica do departamento de enfermagem



Fonte: Autora

Dentro do departamento de enfermagem há uma chefia de departamento e a essa chefia estão subordinadas as quatro áreas funcionais (centro cirúrgico, alas de internamento, UTI e ambulatório). Todos esses setores, exceto as alas, contam com um enfermeiro supervisor, que atua com uma carga horária de 8h/dia, ou seja, consegue acompanhar os enfermeiros do turno da manhã e da tarde. Entretanto, as alas de internamento possuem três supervisoras que atuam em todos os setores, porém em horários distintos. Nas alas, há duas supervisoras que atuam das 07h00 às 16h00 e uma atua das 16h00 às 22h00.

Em relação às alas de internamento, elas são subdivididas pela sua finalidade, conforme mostra o Quadro 04:

Quadro 04: Descrição das alas de internamento

ALAS	Característica	Clientela	Nº Leitos
A	Pacientes clínicos e cuidados paliativos	Maior escala SUS	38
B	Pacientes pré e pós-operatório	Convênio e SUS	65
C	Pediatria	SUS/Convênios/Particulares	24
D	Pacientes de convênios médicos ou particulares, todas as especialidades.	Convênios/Particulares	19
TMO	Transplante de medula	SUS/Convênios/Particulares	06

Fonte: Dados coletados do Departamento de Enfermagem do HPN, de Janeiro a Julho de 2007.

A distribuição em relação à quantidade de profissionais nas alas de internamento está descrita no Quadro 05 e nele constam dados de toda a equipe das alas de internamento. Considerando que esse trabalho avalia a capacidade de liderança dos enfermeiros em relação à sua equipe é fundamental saber como os profissionais estão distribuídos:

Quadro 05: Distribuição dos profissionais nas alas de internamento

	Cargo	Quantidade		Cargo	Quantidade
ALA A	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	39	ALA C	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	12
	ENFERMEIRO	6		ENFERMEIRO	5
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	9
	TOTAL ALA A	52		TOTAL	26
ALA B	Cargo	Quantidade	ALA D	Cargo	Quantidade
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40		AUXILIAR DE ENFERMAGEM	8
	ENFERMEIRO	7		ENFERMEIRO	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	11		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5
	TOTAL	58		TOTAL	16
TMO	Cargo	Quantidade	Total Alas	CHEFE	1
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1		SUPERVISOR	3
	ENFERMEIRO	2		ENFERMEIRO	22
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	8		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	39
	TOTAL	11		AUXILIAR DE ENFERMAGEM	100

Fonte: Dados coletados no RH do HPN em abril, 2007.

No ano de 2006 a equipe de enfermagem das alas realizou assistência a 10.424 pacientes internados de um total de 239.363 atendimentos realizados por todo o serviço de enfermagem. Para conseguir atender a essa demanda, as alas de internamento, no total, contam com os seguintes números de profissionais: 03 supervisores, 22 enfermeiros, 39 técnicos de enfermagem e 100 auxiliares de enfermagem. Com exceção das supervisoras que trabalham 8h/dia, os demais profissionais atuam conforme escala de trabalho e totalizam 36h semanais, o que resulta em 180 horas por mês. Apesar de fazerem 36h semanais, é possível que atuem com uma carga horária diária diferenciada. Os enfermeiros são distribuídos pelos três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite. Todos têm uma carga horária de 36 horas semanais para cumprir, entretanto há diferença entre o dia e a noite: os enfermeiros da manhã e tarde realizam 6h de trabalho/dia. Os enfermeiros da noite atuam em uma escala de 12 horas trabalhadas por 36 horas de descanso. Todos os enfermeiros das alas têm direito a uma folga mensal.

De segunda a sexta feira os enfermeiros das alas de internação do período diurno têm suas alas específicas para desempenhar suas atividades, fato que faz ficar distribuído no mínimo dois enfermeiros para cada ala, com exceção do TMO e da ALA D, que por serem alas com menores quantidades de leitos, têm apenas um enfermeiro de manhã e um de tarde. No final de semana, como o número de profissionais é reduzido, os enfermeiros atendem a mais de uma ala. Portanto, não há enfermeiros fixos nos finais de semana: o profissional que atua nos sábados e domingos varia conforme escala quinzenal de trabalho. Fato semelhante acontece à noite, pois não há apenas um enfermeiro para cada ala. Como a demanda de trabalho é reduzida, atuam dois enfermeiros em cada noite e as alas são divididas entre eles.

Os auxiliares e técnicos também fazem 36h semanais, porém atuam conforme necessidade da ala de internamento. Por exemplo, os funcionários do dia podem trabalhar em jornada de 6h/dia ou 12h/dia por 36h de descanso. Já os funcionários da noite trabalham em jornada de 12h trabalhadas por 36h de descanso, para poder cobrir a demanda de atendimento noturno. Essa quantidade de horas de trabalho foi estabelecida em função das necessidades dos pacientes em cada ala de internamento.

Durante o período de realização do trabalho estavam ativos na empresa 22 enfermeiros distribuídos nas cinco alas de internação. Os dados apresentados no

Quadro 05 referentes à quantidade de auxiliares e técnicos, que juntos somam 139 profissionais, permite visualizar o tamanho da equipe de trabalho.

Dentro das alas de internamento há supervisoras, enfermeiros e auxiliares no departamento de enfermagem e o Quadro 06 evidencia as atribuições dos grupos funcionais:

Quadro 06: Atribuição dos grupos funcionais das alas de internamento

Atribuições da Supervisão	Atribuições do Enfermeiro	Atribuições do Auxiliar
Elaborar a escala de trabalho dos enfermeiros, técnicos e auxiliares; Controlar cartão ponto e faltas; Dar advertências e suspensões; Solicitar o desligamento de funcionários à chefia de departamento; Elaborar relatórios gerenciais; Treinar seus subordinados; Realizar reuniões com enfermeiros para repassar as informações sobre a organização; Selecionar, acompanhar e avaliar os colaboradores novos no período de experiência; coordenar as atividades da equipe de enfermagem; Participar de reuniões administrativas.	Gerenciar a assistência de enfermagem, que engloba: realizar visita, avaliar as necessidades dos pacientes; prescrever os cuidados da enfermagem; realizar procedimentos invasivos e complexos. Evoluir no prontuário. Revisar as prescrições médicas. <u>Acompanhar, direcionar e orientar o auxiliar e técnico de enfermagem na realização de procedimentos.</u> Preencher a ficha funcional do colaborador. Receber e repassar o plantão dos colaboradores sob sua responsabilidade. Realizar a escala de atividades; Direcionar os colaboradores para realização dos procedimentos; Liberar acompanhantes e visitantes; Realizar as aulas da educação continuada; <u>Controle dos materiais utilizados para a assistência em enfermagem;</u> <u>Manutenção do setor;</u>	Proporcionar aos pacientes o cuidado que engloba a administração de medicamentos prescritos, realizar procedimentos de enfermagem como banho, troca, higiene e todas as atividades prescritas em escala pelo enfermeiro.

Fonte: Dados do RH do HPN, 2007.

Percebe-se nessa descrição que a supervisão tem em suas atribuições atividades estritamente gerenciais para realizar. Já no que diz respeito aos enfermeiros, a maior parte de suas atribuições é voltada para atividades técnicas, ou seja, realização de tarefa. Poucas atividades podem ser apontadas como gerenciais, apenas as que receberam o grifo são definidas como gerenciais. E por último, a

atividade dos auxiliares de enfermagem são totalmente técnicas, focadas apenas na realização de procedimentos definidos pelos enfermeiros.

4.2 Descrição dos resultados das pesquisas de campo

Foi realizado um conjunto de pesquisas que forneceram as informações para esse estudo, conforme Quadro 07.

Quadro 07: Resumo da pesquisa de campo

QUEM	QUANTOS	ÁREAS	O QUE	COMO
Enfermeiros	16 (48% dos enfermeiros do departamento))	Alas A, B, C, D e TMO	Avaliação da satisfação	Realização de grupos focais com os enfermeiros.
	22 (66% dos enfermeiros do departamento)	Alas A, B, C, D e TMO	Pesquisa de estilo de liderança	Os enfermeiros foram submetidos à aplicação de um questionário individual sobre estilo de liderança.
Supervisoras	2 (33% dos supervisoras do departamento de enfermagem)	Alas A, B, C, D e TMO	Foi investigada a capacidade técnica e de gestão do enfermeiro	Foi solicitado que as supervisoras atribuissem notas em relação à capacidade técnica e de gestão do enfermeiro.
Auxiliares	50 (35% dos auxiliares do departamento de enfermagem)	Alas A, B, C, D e TMO	Foi investigada a satisfação em relação ao desempenho dos enfermeiros	Abordagem direta aos auxiliares durante o expediente.

Fonte: Autora

- **Resultados obtidos com a pesquisa do grupo de enfermeiros em relação à satisfação:**

Nos grupos focais realizados com os enfermeiros, participaram dezesseis profissionais das diversas alas de internamento. Foram levantadas informações sobre suas percepções e como resultados principais dessa pesquisa, ficaram evidentes dois aspectos:

1) o perfil do enfermeiro na organização, que continha as seguintes características: tolerante, paciente, comprometido, estressado, diplomático, trabalha sob pressão, humanista, trabalha sobrecarregado, tem o conhecimento técnico

científico, gosta do que faz, tem um trabalho burocrático, é culpado por tudo que acontece de errado e não tem autonomia na tomada de decisões com a equipe; e,

2) o grau de satisfação do enfermeiro com o papel que lhe é atribuído pela supervisão é baixo: obedece a ordens, cumpre obrigações, não tem poder de negociação com sua equipe, é desautorizado pela supervisão, é definido como um “técnico melhorado” pela supervisão e percebe algumas de suas atribuições como administrativas e as preterem em relação à assistência ao paciente.

No Quadro 08 evidenciam-se os itens apontados pelos enfermeiros e os comentários retirados de suas anotações, sobre os principais motivos de reclamações:

Quadro 08: Resumo da avaliação dos enfermeiros sobre questões relacionadas ao seu desempenho

Item questionado	Grau de satisfação	Comentários relativos aos itens questionados
Comunicação	Baixo	Deveria melhorar a comunicação
		Falta comunicação com supervisão
		Há uma cobrança excessiva do enfermeiro pela supervisão e não é feita de modo agradável
		Há dificuldade com a comunicação/compreensão entre enfermeiros assistenciais e supervisão
Autonomia na gestão da equipe de auxiliares	Baixo	Falta de autonomia frente aos colaboradores da Ala. Se isso existe é porque a supervisão deixa bem claro que quem manda são elas
		Falta de autonomia
		Falta apoio da supervisão quanto às decisões tomadas em relação aos colaboradores
		Falta autoridade dos enfermeiros
		Enfermeiro deveria ficar diretamente com novos funcionários para treiná-los
		A supervisão deve respeitar hierarquias
		Falta demonstração pela supervisão da existência de hierarquia e disciplina para a equipe de enfermagem
		Falta reconhecimento da atuação do enfermeiro por parte da supervisão
Gestão da supervisão	Baixo	Falta para a supervisão resolver os problemas que já foram levantados por outros enfermeiros, mas que continuam pendentes.
		Falta de estimulação da chefia
		A supervisão deveria realizar cobranças de maneiras mais coerentes, sabendo diferenciar situações, abordando-as de maneira a estabelecer condutas e/ou punições (se for o caso) avaliando a situação encontrada.
		Falta respeito na comunicação entre supervisão e enfermeiro assistencial
		Deveria haver maior abertura entre subordinados e supervisão para que as possíveis mudanças não venham de maneira imposta
		As conversas ou advertências com a supervisão não deveria conter ameaças
		Supervisão deveria conhecer a realidade diária para depois cobrar

Fonte: Pesquisa de campo, 2007.

Ficou evidente que a relação entre enfermeiro e supervisão do ponto de vista dos enfermeiros se constitui como fator de conflito.

- **Resultados da pesquisa de estilo de liderança com os enfermeiros:**

Na segunda etapa da pesquisa foi identificado o perfil de liderança dos enfermeiros. A tabulação dos dados está descrita na Tabela 01.

Tabela 01: Resultado do estilo de liderança da equipe de enfermeiros nas alas

Questionários	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Orientação											
Pessoas	2	2	2	2	2	3	1	2	2	1	1
Tarefas	19	13	16	12	15	15	18	12	16	20	16
Questionários	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Orientação											
Pessoas	2	2	3	1	1	1	3	2	1	2	1
Tarefas	17	12	10	24	18	11	17	16	14	18	20

Fonte: Autora

Como pode ser observado na Tabela 01 o estilo de liderança dos enfermeiros é predominantemente voltado para a tarefa, sendo a maior pontuação na orientação para a tarefa a do enfermeiro **Q15**, que corresponde a um resultado de 24 pontos. A menor pontuação em relação à orientação para a tarefa foi 10, que apareceu no resultado de apenas um enfermeiro, **Q14**, e que de acordo com o instrumento ainda é considerada orientação para a tarefa.

É possível perceber que no resultado relacionado à tarefa a variação tem início com a pontuação 10 e vai até a 24. Independente da faixa de variação de 14 pontos dos resultados é importante ressaltar que o resultado foi, de forma unânime, voltado para a tarefa. As pontuações que mais se repetiram foram: 16, 12, 18 e 20, respectivamente com 4, 3, 3 e 2 repetições.

Já em relação à orientação para pessoas, a faixa de variação foi bem pequena, com apenas três resultados: 1, 2 e 3, evidenciando um baixo grau de orientação para pessoas. A repetição desses resultados foi de 8, 11 e 3 respectivamente. É possível visualizar que apenas um enfermeiro teve um resultado aproximado, o **Q14** com 3 pontos em relação a pessoas e 10 pontos em relação a

tarefa. O **Q15** foi o enfermeiro que mais teve distanciamento entre as pontuações: 1 voltado para pessoas e 24 para a tarefa.

Dos 22 enfermeiros, constatou-se que 17 são do sexo feminino e apenas 5 são do sexo masculino. O gênero dos profissionais não parece ter relevância no resultado. A idade variou de 23 a 38 anos, tendo uma média de idade de 29 anos. O tempo de serviço dentro da organização pode ser visto na Tabela 02 e variou de 2 meses a 7 anos e a média é de 2 anos e 10 meses.

Tabela 02 – Tempo de atuação dentro da organização

Faixa de variação de tempo de Empresa	Quantidade de enfermeiros
Até 12 meses	7
De 13 a 24 meses	8
De 25 a 36 meses	4
Mais de 36	3

Já em relação ao tempo que os enfermeiros atuam na área, a variação foi de 5 meses a 13 anos, como pode ser visto na Tabela 03.

Tabela 03 – Tempo de atuação na área de enfermagem

Faixa de variação de tempo de atuação como enfermeiro	Quantidade de enfermeiros
Até 12 meses	4
De 13 a 24 meses	6
De 25 a 36 meses	6
De 37 a 48 meses	2
De 47 a 60 meses	0
de 61 a 72 meses	2
Mais de 73 meses	2

Apesar de diferenças bastante significativas de tempo de casa, atuação como enfermeiro e idade, essas informações não puderam ser consideradas como variáveis que interferem no estilo de liderança do enfermeiro. Tal fato pode ser observado na Tabela 04 que faz o comparativo entre tempo de atuação, idade e resultado da orientação pessoas/tarefas.

Tabela 04: Comparativo entre tempo de atuação, idade e resultado da orientação pessoas/tarefas

Tempo de atuação como enfermeiro (meses)	Tempo de empresa (meses)	Idade do enfermeiro	Resultado: Orientação Pessoas	Resultado: Orientação Tarefa
5	5	38	1	18
7	2	23	2	16
11	11	24	2	19
11	11	29	2	16
14	80	32	1	18
17	17	31	1	16
18	17	26	2	13
18	8	27	3	10
24	55	24	3	15
24	20	31	2	17
26	26	24	2	12
30	5	27	1	24
31	18	27	1	14
32	29	29	3	17
36	28	26	2	12
36	21	27	1	11
40	33	35	2	16
48	17	29	2	12
67	17	36	2	18
67	44	29	1	20
120	2	37	1	20
156	24	34	2	15

- **Avaliação da supervisão sobre o desempenho dos enfermeiros**

A avaliação feita com a supervisão teve o objetivo de investigar a percepção em relação ao desempenho dos enfermeiros. Portanto, foram sugeridas notas e conceitos para fazer a avaliação, como está apresentado no início desse estudo, Quadro 03, e é reproduzido aqui:

Quadro 03: Definição dos critérios de análise pela supervisão

Capacidade	Descrição	Escala
Técnica:	Engloba cuidado com o paciente e realização de procedimentos de trabalho	6) Não atende ao mínimo;
Gestão:	Envolve sua capacidade de conduzir sua equipe de trabalho, orientar, avaliar e se posicionar frente a ela.	7) Ruim; 8) Regular; 9) Bom; 10) Excelente

Fonte: Autora

Os resultados desta avaliação estão na Tabela 05:

Tabela 05: Resultado da avaliação dos enfermeiros pela supervisão

Número questionário	SUPERVISORA 1		SUPERVISORA 2		Média Liderança Supervisoras 1 e 2	Média Desempenho Técnico Supervisoras 1 e 2
	Análise de Capacidade de Gestão	Capacidade Técnica	Análise de Capacidade de Gestão	Capacidade Técnica		
1	3	4	3	4	3	4
2	2	3	1	3	1,5	3
3	4	3	4	5	4	4
4	3	4	3	4	3	4
5	3	4	4	5	3,5	4,5
6	2	5	1	5	1,5	5
7	4	5	5	5	4,5	5
8	3	4	2	5	2,5	4,5
9	4	2	5	4	4,5	3
10	3	3	3	4	3	3,5
11	2	4	2	5	2	4,5
12	3	4	3	4	3	4
13	3	5	1	5	2	5
14	3	5	1	5	2	5
15	3	3	2	4	2,5	3,5
16	2	4	2	4	2	4
17	2	4	1	5	1,5	4,5
18	3	5	3	5	3	5
19	4	5	4	4	4	4,5
20	4	4	5	4	4,5	4
21	4	5	4	5	4	5
22	2	4	2	5	2	4,5
					2,93	4,26

É possível verificar que em relação à capacidade técnica não houve discrepâncias em relação às notas atribuídas pelas diferentes supervisoras, obtendo uma avaliação média maior que 4, portanto identifica-se que esse desempenho é bom.

Em relação à análise da capacidade de gestão, S1 avaliou os profissionais da seguinte forma: 27,2% têm desempenho bom (nota 4), 45,4% dos profissionais têm desempenho regular (nota 3), e 27,2% têm desempenho ruim (nota 2), o que totaliza um resultado de 72,6% com capacidade de liderança abaixo do esperado. O resultado da avaliação de S2 foi diferente, teve uma maior variação dentro da escala estabelecida: 68,1% dos enfermeiros tiveram notas abaixo do esperado em relação à liderança e nesse resultado as notas variaram entre não atende, ruim e regular. Considerando a capacidade de gerenciamento esperada pela supervisora, apenas 31,7% dos enfermeiros tiveram notas equivalentes a bom e excelente, ver Tabela 05.

Considerando a média das duas avaliações é possível observar que os enfermeiros receberam uma pontuação equivalente a 2,93 pontos em relação à capacidade de gestão, o que evidencia que seu resultado está entre ruim e regular. Já no que se refere à capacidade técnica, a pontuação média foi 4,26 o que equivale a estar com o desempenho entre bom e excelente.

- **Avaliação dos auxiliares de enfermagem sobre os enfermeiros:**

A pesquisa feita com os auxiliares teve como propósito investigar a satisfação em relação aos enfermeiros e foi realizada conforme indicação no Quadro 09.

Quadro 09: Pesquisa com os auxiliares de enfermagem

Quem	Estratificação por Ala	Quantidade	Como	O que foi pesquisado
Auxiliares de Enfermagem (Total 50)	A	18	Entrevista	Opinião dos auxiliares quanto à satisfação em relação aos enfermeiros
	B	20		
	C	06		
	D	05		
	TMO	01		

Fonte: Autora

Dos 100 profissionais existentes alocados nas alas de internamento escolhidos 50 como amostra aleatória e estratificada pelas alas. Participou da pesquisa a seguinte quantidade de auxiliares de enfermagem: Ala A – 18; Ala B – 20; Ala C – 6; Ala D – 5; TMO – 1. Cada auxiliar questionado respondia sobre os enfermeiros que trabalhava no momento na ala e também sobre os quais eles estabeleceram contato por um período mais longo, seja por ter feito parte de outra ala ou por trabalhar com o enfermeiro nos finais de semana.

Na Tabela 06 está o resultado geral sobre a opinião dos auxiliares:

Tabela 06: resultado da satisfação dos auxiliares de enfermagem

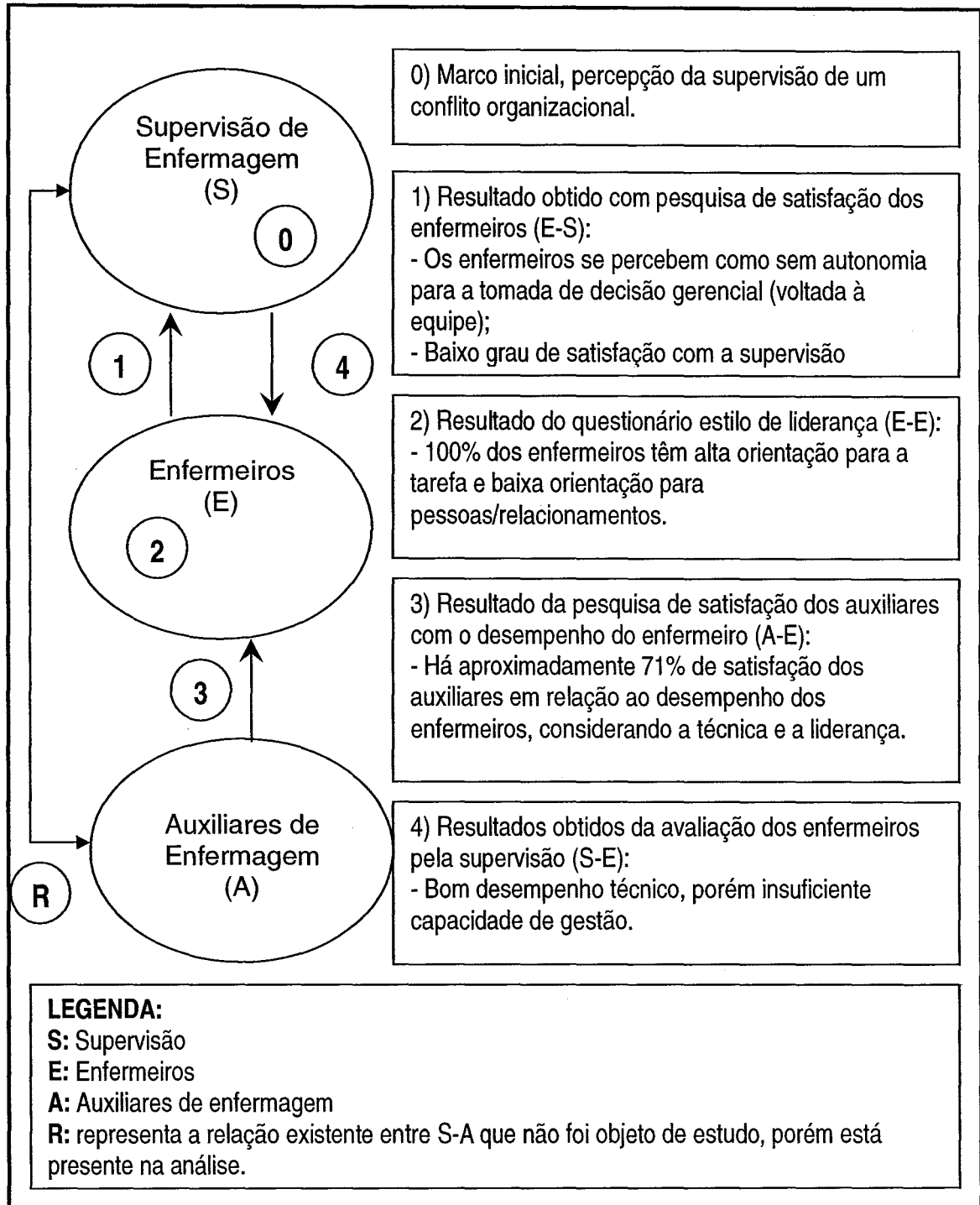
Enfermeiros (Q)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Total
Auxiliares Entrevistados	5	6	8	8	1	3	5	3	5	17	17	16	8	7	7	3	6	5	7	17	1	11	166
Satisfeitos	4	3	6	6	1	3	5	2	3	13	9	13	7	7	5	3	5	4	5	10	1	3	118
Insatisfeitos	1	3	2	2	0	0	0	1	2	4	8	3	1	0	2	0	1	1	2	7	0	8	48

Os cinquenta auxiliares entrevistados emitiram suas percepções sobre a atuação dos enfermeiros e cada auxiliar falou sobre mais de um enfermeiro, por essa razão o total de opiniões de auxiliares de enfermagem foi 166. Dessas 166 respostas, é possível verificar que há 118 satisfações em relação aos enfermeiros e 48 insatisfações.

4.3 Análise e interpretação dos achados

Apresenta-se no Quadro 10 uma síntese das avaliações realizadas no estudo por ordem de acontecimento.

Quadro 10: Síntese das avaliações



Fonte: Autora

Nesse grupo de trabalho das alas de internamento emergiram três tipos de relações: Supervisor-Enfermeiro (S-E), Enfermeiro-Auxiliar (E-A) e Supervisor-Auxiliar (S-A) e dois lados nesse conflito: dos enfermeiros e das supervisoras. Duas considerações serão analisadas a partir dos achados: os aspectos técnicos e os aspectos administrativo/burocrático. Esses dois aspectos e as situações no seu entorno contribuem para a existência do conflito, nas alas de internamento.

Inicialmente, houve uma demanda formal da supervisão, que identificou um conflito na equipe de enfermeiros. A supervisão apontou que existiam insatisfações dos enfermeiros que não era possível identificar as causas:

- Falta de envolvimento dos enfermeiros,
- Muitas reclamações dos enfermeiros em relação às suas atividades;
- Falta de posicionamento da equipe de enfermeiros nas reuniões.

Essas informações da supervisão apontaram a dificuldade dos enfermeiros em cumprir as atribuições gerenciais de suas responsabilidades. Além disso, foram ao encontro da teoria que aponta que o conflito tem início quando uma das partes envolvidas tem a percepção que pode ser afetada de alguma maneira pelo comportamento da outra parte. Portanto, foi realizado um trabalho com E, que englobou reuniões com o objetivo de caracterizar uma pesquisa da satisfação dos enfermeiros. A pesquisa apontou dois aspectos: os resultados relacionados à satisfação dos enfermeiros em relação à supervisão (S-E) e o perfil do enfermeiro baseado em sua auto-percepção (E-E). Os conflitos apresentados nesse estudo são de relacionamento, que segundo a teoria pode ser disfuncional, pois aumenta o atrito e diminui a compreensão entre os membros e da tarefa, pois a dúvida sobre o que deve ser feito e por quem deve ser feito gera incertezas sobre os papéis.

AUTO PERCEPÇÃO (E-E)

A partir da percepção da enfermagem, realizou-se um trabalho com os enfermeiros que evidenciou a auto-percepção dos enfermeiros sobre seu perfil. O enfermeiro desse hospital se percebe como alguém que:

- Trabalha sobrecarregado e em situações de estresse,
- Sente-se/é culpado por tudo que acontece de errado,
- Avalia que não tem autonomia na tomada de decisões com a equipe de trabalho.

Além disso, evidenciaram que tem um baixo grau de satisfação com o que lhe é atribuído pela supervisão, pois:

- Só obedecem a ordens,
- Cumprem obrigações,
- Não tem poder de negociação com sua equipe,

- É desautorizado pela supervisão,
- Percebem que a supervisão os define como “técnicos melhorados”; e,
- Identificam algumas de suas atribuições como administrativas e as preterem em relação à assistência ao paciente.

SATISFAÇÃO E-S

Três pontos principais foram abordados na percepção do enfermeiro de sua relação com a supervisão, que são:

- Comunicação: existem falhas na comunicação entre supervisão e enfermeiros, tanto no que diz respeito ao que é comunicado pelos enfermeiros e sua compreensão pela supervisão, quanto na forma que é comunicado pela supervisão.
- Autonomia com equipe de auxiliares: não há autonomia para a tomada de decisões com a equipe de auxiliares, a supervisão incentiva que os auxiliares resolvam problemas gerenciais com a própria supervisão.
- Forma de gestão da supervisão: foi apontado que falta respeito na relação entre supervisão e enfermeiro assistencial, pois não há abertura para que os enfermeiros participem das decisões sobre mudanças e que não há estimulação e valorização da supervisão em relação aos enfermeiros.

Esse resultado aponta, que o conflito pode estar latente, pois foi possível perceber os ruídos nos canais de comunicação, os erros de compreensão de cada lado. Tais fatos antecedem o conflito.

Em relação à supervisão os enfermeiros avaliam que estas são centralizadoras e mesmo tendo deixado o trabalho assistencial ainda intervêm em pequenos problemas e não fazem o esperado para a função que assumiram. Pensam que a supervisão mantém seu foco nas atividades operacionais, o que na opinião deles as deixa aquém da atividade gerencial.

Relataram também que não estão satisfeitos com a forma de tratamento da chefia do departamento, pois disseram que no momento que são chamados a atenção isso acontece de uma forma ríspida, na frente de auxiliares e pacientes e por essa razão sentem-se menosprezados. Apontam ainda que há uma falta de

maleabilidade das supervisoras, que não há o respeito pela hierarquia da parte delas, pois são elas quem resolvem os conflitos relacionados aos auxiliares e tiram a autonomia dos enfermeiros, os deixando incapazes de gerenciar os funcionários. Portanto, informam que a liderança é cobrada, mas é restrita ao mesmo tempo e que só têm liberdade relacionada à tomada de decisão de partes técnicas.

Por último, os enfermeiros consideram que são desviados da assistência e destinam seu tempo a outras atividades que consideram administrativas, por exemplo, dar aulas aos auxiliares, atender aos requisitos do sistema de gestão da qualidade e da acreditação hospitalar, preencher formulários, acompanhar os auxiliares e avaliá-los. Definem essas atividades como burocráticas e dizem preferir a assistência, ou seja, a técnica voltada ao cuidado com o paciente.

Constatou-se que há uma demanda para que se coloquem em prática as habilidades gerenciais, porém na prática os enfermeiros continuam desenvolvendo suas habilidades técnicas e se especializando nelas. Além disso, as informações complementam os ruídos na comunicação e a troca insuficiente de informações, que potencializa o surgimento do conflito. Percebeu-se também a influência das variáveis pessoais, em relação à forma de tratamento das supervisoras, pois cada pessoa tem seu sistema de valores e características de personalidade que são as principais diferenças entre os indivíduos. E, nesse estudo, percebeu-se que o autoritarismo das supervisoras podem ser um dos fatores que influenciam no surgimento do conflito.

ESTILO DE LIDERANÇA DE E

Em seguida, após o levantamento das percepções do enfermeiro tanto de sua satisfação com a supervisão, quanto do seu perfil, partiu-se para a identificação do estilo de liderança do enfermeiro. Com a aplicação do questionário de estilo de liderança, evidenciou-se que o perfil do enfermeiro é 100% técnico, orientado para tarefas.

Fica evidente a partir do relato dos enfermeiros e das atribuições que eles têm dentro da organização, que o enfermeiro tem que administrar o cuidado e por essa razão sente que deixa de lado o contato direto com o paciente. Entretanto, foge do alcance do enfermeiro atuar como líder da equipe, em relação a tomar decisões

sobre os auxiliares, pois são responsáveis por tomar apenas decisões técnico/administrativas.

RELAÇÃO A-E

Considerando a identificação que o enfermeiro teve seu perfil voltado para a tarefa, investigou-se os auxiliares de enfermagem, a equipe diretamente abaixo dos enfermeiros. A avaliação foi relacionada à satisfação dos auxiliares com a forma de atuação dos enfermeiros. O resultado geral foi positivo no que se refere à capacidade técnica e gerencial. Ou seja, para os auxiliares, esse perfil do enfermeiro não é o fator gerador do conflito percebido pela supervisão. Pelo contrário, há coerência na forma como o grupo de auxiliares avalia os enfermeiros, pois de uma forma geral, essa avaliação se dá de uma forma positiva, evidenciando a boa técnica que os enfermeiros desempenham no dia-a-dia, contribuindo com a opinião das supervisoras sobre o desempenho técnico.

RELAÇÃO S-E

Uma vez identificado que o conflito não existia na relação E-A, investigou-se a sua existência na relação S-E. A supervisão foi questionada sobre sua avaliação em relação à capacidade técnica e gerencial dos enfermeiros. Em relação à técnica, a supervisão considerou a atuação do enfermeiro como adequada, ou seja, o enfermeiro tem uma atuação técnica condizente ao que é esperado dele dentro da organização.

Já em relação à capacidade gerencial, a nota atribuída foi abaixo da média. A conclusão a qual se chegou é que o estilo técnico é adequado na perspectiva tanto da supervisão quanto dos subordinados. Portanto, apesar da supervisão apontar o estilo técnico como adequado, identifica que não é suficiente.

A supervisão de enfermagem mostrou-se insatisfeita com a capacidade gerencial dos enfermeiros, apontando neles a falta de participação, envolvimento, posicionamento frente à equipe. Em seu discurso inicial evidenciou-se a falta de liderança no que se refere à condução, orientação e avaliação da equipe de auxiliares e técnicos. Enquanto a supervisão identifica que os enfermeiros não se posicionam frente à equipe, de acordo com a percepção dos enfermeiros eles não

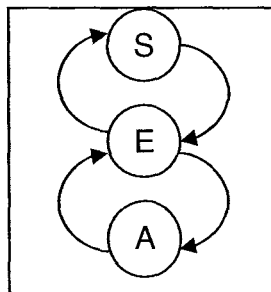
têm essa autonomia no trabalho, são desautorizados pela supervisão, são meros executores de tarefa.

Constatou-se que o estilo técnico desenvolvido pelos enfermeiros é uma conseqüência do conflito e não uma causa. De um lado, o estilo técnico reduz os conflitos existentes em relação ao paciente, à técnica, aos procedimentos, pois o enfermeiro consegue administrar de maneira eficaz essas situações, que envolve também o auxiliar de enfermagem. Por outro lado, uma vez que a supervisão atua de forma a centralizar as atribuições gerenciais, o papel técnico do enfermeiro é oportuno, pois dessa forma permite que a supervisão desenvolva todas as atividades gerenciais. Foi possível perceber por todas as análises realizadas que os enfermeiros são profissionais capacitados tecnicamente que atuam com outros profissionais hierarquicamente abaixo deles, mas não obrigatoriamente subordinados a eles.

No que se refere aos aspectos técnicos envolvidos nas relações entre os diferentes níveis de profissionais é possível perceber que há coerência no que é exigido e no que se tem como resultado. Na Figura 05, mostra-se a relação existente entre os profissionais dos três níveis hierárquicos, em relação aos aspectos técnicos. Ou seja, quando na relação o que importa é a interdependência técnica, a relação é positiva.

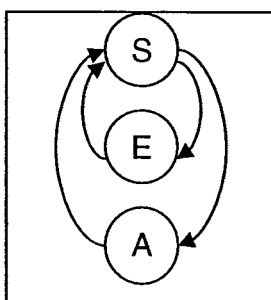
Considerando que S depende do desempenho técnico de E, pois é E que realiza os procedimentos, mas é S que responde tecnicamente por eles, há uma alta interdependência técnica. O supervisor não consegue atender às alas e precisa de uma equipe técnica capacitada e conseqüentemente se os enfermeiros falham, a falha é da supervisão. Na relação E-A também há uma interdependência técnica, pois E é quem prescreve as atividades da enfermagem, é A quem realiza, mas E é responsável pela orientação técnica de A.

Figura 05: Relação técnica entre os níveis profissionais.



Já em relação ao aspecto gerencial, há uma falha na relação, que pode ser visualizada na Figura 06. É S quem toma as decisões gerenciais tanto para E quanto para A e conseqüentemente não há ações gerenciais na relação E-A. Quando elas devem acontecer, por exemplo, em caso de acompanhamento de auxiliares por enfermeiros, avaliações do trabalho ou treinamento, E não consegue realizar essas atividades e as define como administrativas. Se A tem uma conduta errada em relação à técnica ou procedimentos, E tem que esperar a intervenção de S, no que se refere a dar punições.

Figura 06: Relações gerenciais entre os profissionais



Fonte: Autora

Considerando a forma como essas relações estão estabelecidas, foi identificado que a origem do conflito é estrutural, pois falta delimitar os papéis de forma mais clara. Com a descrição dos resultados, foram estabelecidas relações que explicam o que foi apresentado.

Na relação Enfermeiro-Auxiliar ficou evidente que há a satisfação do auxiliar com o enfermeiro assistencial. Tais fatos estão vinculados às seguintes razões. Há pelo menos três possibilidades encontradas a partir do que foi constatado com a pesquisa:

1º) Os auxiliares de enfermagem são, na maioria, pessoas recém formadas, que ainda não têm vivência na área, portanto não têm maturidade técnica para avaliar a capacidade do enfermeiro. Suas avaliações se tornam irrelevantes sobre a capacidade do enfermeiro, pois não dominam a técnica.

2º) Alto turnover dos auxiliares de enfermagem. Constatou-se que, no período de seis meses, dos 159 profissionais que saíram do hospital, 51 eram do departamento de enfermagem. Destes 51, 29 profissionais faziam parte das alas de

internamento. Considerando esse universo, pode-se conferir a saída dos profissionais a partir do Gráfico 01:

Gráfico 01: *Turnover* no departamento de enfermagem



Fonte: Dados secundários obtidos no setor de RH, janeiro a julho de 2007.

Ou seja, dos 29 profissionais das alas de internamento que saíram da empresa, 13,73% eram enfermeiros, 24,13% eram técnicos e 62,06% eram auxiliares. Esse último é um número bastante elevado, considerando que nas alas há 100 auxiliares de enfermagem, significa que 18 pessoas foram desligadas num período de seis meses dentro da instituição. Esse resultado revela uma média de desligamento de três auxiliares por mês nas alas de internamento. Devido ao fato do *turnover* dos auxiliares de enfermagem ser alto, não há tempo suficiente para que o auxiliar se adapte a um enfermeiro, para que ele desenvolva a total percepção do trabalho e tenha a capacidade de identificar as falhas dos enfermeiros, pois no dia-a-dia há questões mais emergenciais para serem solucionadas referentes ao cuidado ao paciente. Quando os problemas são referentes aos aspectos técnicos ou à administração da assistência de enfermagem, o enfermeiro está habilitado e é capaz de resolver.

3º) A relação entre enfermeiros e auxiliares não é estável, ou seja, há sempre o rodízio entre os enfermeiros nas várias alas de internamento. Tal fato dificulta a análise mais acurada do enfermeiro pelo auxiliar e não há tempo para que o vínculo de trabalho se estabeleça.

4º) As questões gerenciais, que envolvem a administração dos auxiliares de enfermagem e possivelmente geram conflitos e insatisfações não estão a cargo dos enfermeiros e sim do supervisor.

Portanto, não há uma relação direta de subordinado e superior entre os auxiliares e enfermeiros, pois não é esse o papel que os enfermeiros devem assumir frente aos auxiliares.

Considerando a relação S-E, percebeu-se com o resultado da avaliação das supervisoras, que quanto à técnica os enfermeiros estão dentro do que é esperado de suas atribuições. Entretanto, no que diz respeito à capacidade gerencial, na visão das supervisoras os enfermeiros deixam a desejar. Além de uma baixa pontuação, há os comentários das supervisoras, atribuídos no momento em que respondiam ao questionário, em relação às falhas dos enfermeiros que pode ser apontado como:

- Incapacidade de delegar,
- Falta de definição de prioridades no trabalho,
- Falta de treinamento da equipe de trabalho,
- Não resolução de problemas e conflitos no que se refere à equipe,

Tais apontamentos as levam a uma definição do enfermeiro também pela supervisão como um “técnico melhorado” e que precisa ser desenvolvida a capacidade gerencial nesses profissionais. Essa percepção que as supervisoras têm do desempenho do enfermeiro, corrobora com a teoria auto realizadora. Percebeu-se que elas os desqualificam na capacidade gerencial e eles assumem esse papel atribuído. por elas.

Porém, quando se compara esse resultado da avaliação da supervisão ao resultado de satisfação da equipe de auxiliares percebe-se uma discrepância nas informações. Segundo as supervisoras os enfermeiros não são bons gestores, mas segundo os auxiliares existe a satisfação da equipe de trabalho com os enfermeiros, mesmo em relação à gestão.

Algumas hipóteses podem ser levantadas com base nessa comparação de percepções:

a) Os enfermeiros atuam em diversas alas dentro do hospital. Esse rodízio acontece não apenas pela necessidade dos finais de semana, onde são responsáveis por mais de uma ala, mas a situação é que pela necessidade de acertar no resultado do profissional há o rodízio nas alas. Ou seja, sem existir um intervalo determinado, se um enfermeiro não tem bom resultado em alguma ala, ele

é encaminhado para outra. Tal fato não permite que o enfermeiro estabeleça um vínculo com o auxiliar e também não estabelece uma relação de hierarquia.

b) Há em cada ala mais de um enfermeiro, conseqüentemente há para cada auxiliar mais de um enfermeiro assistencial. Essa situação impossibilita que o auxiliar eleja algum enfermeiro que sirva de orientador/líder, pois sempre é subordinado a mais de um enfermeiro. Para ilustrar essa situação é possível citar a ala A. Nela, os auxiliares têm uma escala de trabalho de 12 horas, como já foi explicado anteriormente. Portanto, há dois enfermeiros no período da manhã e outros dois enfermeiros no período da tarde. Ou seja, os oito (aproximadamente) auxiliares que estão em determinado dia de plantão, recebem ordens técnicas de quatro enfermeiros diferentes ao longo do dia, além de ordens gerenciais de duas supervisoras, quando necessário. Dessa forma, considera-se razoável que o auxiliar avalie apenas o que percebe do enfermeiro como técnico e considere a liderança também relacionada ao aspecto técnico: se o enfermeiro sabe dar uma ordem, explicar a realização de um curativo ou orientar em relação ao procedimento.

c) Há diferença na relação supervisor/auxiliar e na relação enfermeiro/auxiliar: há relação gerencial entre supervisor/auxiliar, pois o supervisor é responsável por resolver conflitos relacionados à gestão, como escala de trabalho, folgas, advertências, contratações, desligamentos, enfim, todas as questões administrativas estão relacionadas ao supervisor, que passa por cima da hierarquia do enfermeiro. Esse último é responsável e tem autonomia para resolver apenas problemas técnicos, que afetam diretamente o cuidado do paciente, como por exemplo, a falta de material, a necessidade de fazer um procedimento, enfim, resolver apenas o que diz respeito ao paciente. O enfermeiro não estabelece um papel gerencial com o auxiliar, pois isso fica a cargo das supervisoras.

Com base na pesquisa de satisfação realizada como os enfermeiros a percepção do enfermeiro de seu perfil dentro do hospital é que, no cotidiano, atua como um técnico melhorado. E na opinião supervisão o enfermeiro é mais um técnico dentro da equipe. Fazendo a comparação dessas informações, pode-se levantar como hipótese que há a possibilidade de que eles sejam vistos da mesma forma pelos auxiliares: como alguém com mais técnica que os ajuda a realizar as atividades/procedimentos. Quando há insatisfação de algum auxiliar com um enfermeiro a razão apontada está sempre relacionada à competência interpessoal:

relatam grosseria no relacionamento de trabalho. Entretanto, o percentual de pessoas insatisfeitas é baixo frente aos satisfeitos.

É perceptível a falta de coerência entre o que as supervisoras esperam do enfermeiro e as funções que eles atribuem a si. Os enfermeiros não têm claro seu papel dentro da instituição. Ou seja, existe a confusão entre o que faz parte da assistência e o que faz parte da administração. Portanto, torna-se evidente a existência de um conflito relacionado aos papéis, que se refere às expectativas existentes entre os emissores.

Não há a compreensão por parte dos enfermeiros que algumas atividades administrativas têm foco no paciente e fazem parte da assistência, como por exemplo, a solicitação de material, a prescrição no sistema, a elaboração da escala de atividades para os auxiliares. Para eles, a assistência está relacionada ao contato direto com o paciente. No trabalho de grupo com os enfermeiros ficou evidente que a maior parte dos problemas apontados está em relação à falta de autonomia com a equipe e o posicionamento da supervisão.

Falta para as supervisoras a delimitação de até onde elas podem ir. Está claro que se criou o cargo de supervisão para tirar do enfermeiro assistencial atividades administrativas que limitam o cuidado com o paciente. Tais atividades englobam a participação em reuniões da coordenação, avaliação de funcionários, elaboração de escalas de trabalho, punições, estabelecimento de procedimentos e normas a serem seguidos por todos. Percebeu-se a intenção positiva por detrás dessa iniciativa, mas ainda há a intervenção das supervisoras nas rotinas dos enfermeiros.

Na percepção dos enfermeiros, as supervisoras interferem na condução das atividades diárias quando o resultado obtido está aquém do resultado esperado. Quando isso ocorre, segundo os enfermeiros elas não avaliam nem o momento, nem a situação para chamar a atenção do enfermeiro. De acordo com o relato deles, sentem-se desautorizados na frente de suas equipes de trabalho e seus erros são expostos, deixando-os a mercê do julgamento de seus subordinados. Segundo os enfermeiros, esses tipos de situações fortalecem os auxiliares para passarem por cima de determinações dos enfermeiros.

5. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 Considerações finais

Esse estudo iniciou-se a partir da demanda da supervisão da enfermagem, que identificou a existência de um conflito com os enfermeiros, a partir de sintomas percebidos, em sua maioria apresentados como insatisfação.

O problema então seria: quais os fatores fundamentais que atuavam na geração deste conflito dentro das alas de internamento? A enfermagem tornou-se o epicentro dessa pesquisa. Primeiramente, a partir da percepção da supervisão realizaram-se entrevistas qualitativas com os enfermeiros que apontaram uma insatisfação com a supervisão. Em seguida, foi investigado o estilo de liderança dos enfermeiros, que revelou um estilo fortemente técnico, voltado para a tarefa. Na terceira fase, buscou-se evidenciar se o estilo técnico estava ou não adequado à realidade. Para responder a essa pergunta foram entrevistados tanto supervisão quanto subordinados. A conclusão a qual se chegou é que o estilo técnico é adequado na perspectiva tanto da supervisão quanto dos subordinados. Entretanto, apesar da supervisão apontar o estilo técnico como adequado, identifica que não é suficiente. Portanto, a natureza estrutural desse conflito deve aos seguintes fatores que são estimulantes do conflito:

- Falta de delimitação da tarefa;
- Processo de comunicação;
- Especialização do trabalho;
- Tamanho da equipe;
- Alto grau de interdependência;
- Centralização da supervisão;
- Estilos de liderança.

Chegou-se à conclusão que existe na organização um conflito do tipo estrutural, pois o perfil de liderança dos enfermeiros, voltado para a tarefa, está adequado com o papel que lhe é atribuído com as expectativas técnicas de supervisão e auxiliares, mas não está adequando com as expectativas gerenciais da supervisão. Além disso, não há clareza na definição das atribuições tanto dos enfermeiros quanto das supervisoras, o que proporciona maior intensidade para que esse conflito se torne visível.

As supervisoras esperam do enfermeiro um novo posicionamento deles frente à equipe. Verifica-se então que a equipe de enfermagem das alas está passando por um momento de transição, no qual deixa de ser valorizado apenas o enfermeiro assistencial, que é executor, que tem foco exclusivamente na necessidade do paciente e emerge a necessidade de ter um enfermeiro líder de equipe, que resolva problemas, oriente pessoas e defina prioridades de ação. Alguém que mantenha o foco no paciente, mas orientado para fazer sua equipe atingir resultados. Os enfermeiros apresentam um perfil técnico adequado de acordo com a avaliação do estilo de liderança. As atribuições exigidas e executadas pelo enfermeiro no domínio técnico, associada ao perfil técnico e a avaliação dos auxiliares sobre a competência técnica do enfermeiro estão adequadas. Descobriu-se também que as relações técnicas entre E e A são predominantemente orientado por questões técnicas, por essa razão não há conflitos entre essas partes.

Há a seguinte lacuna na comunicação entre as pessoas envolvidas:

- Por um lado o enfermeiro se percebe como executor de atividades, sua auto-avaliação evidencia e comprova que realmente seu foco é tarefas, ou seja, seu foco é o paciente.
- O supervisor solicita que o desempenho do enfermeiro esteja voltado a liderança, como condutor da equipe de trabalho. Por isso, o enfermeiro não compreende suas atribuições. Talvez a problemática esteja no que as supervisoras estão exigindo dos enfermeiros, se isso está de acordo com o que é realizado.

Os sintomas demonstrados pelos enfermeiros foram percebidos pela supervisão. Como consequência da insatisfação com o trabalho, por parte dos enfermeiros, surgiram comportamentos destrutivos. O grau de insatisfação da supervisão com os enfermeiros gerou negligência no comportamento deles, que está relacionada à passividade e comportamento não colaborativo. Esse fato também acarretou incentivo à falta de comunicação aberta. Ao invés dos enfermeiros atuarem em busca de mudanças, eles se omitem, acatam o que lhes é passado pela supervisão, mesmo sem concordarem com a situação. Conseqüentemente isso reduz o empenho no trabalho e a enfermagem fica passível a um aumento de erros.

No que se refere aos enfermeiros e supervisão há uma relação de medo, de falta de abertura, pois eles apontaram sua insatisfação em três pontos: comunicação, autonomia e estilo gerencial de S. Apesar de não ter sido aplicado um instrumento

para fazer uma identificação do estilo de liderança das supervisoras, é possível relatar a partir da experiência do cotidiano que a supervisão tem uma liderança autocrática, centralizadora, exerce um controle excessivo e desconfiança, que gera um comportamento paranóico.

Os conflitos encontrados nas relações entre os cargos foram:

- Conflito 1: as atribuições gerenciais exigidas pela supervisão são diferentes das atribuições técnicas executadas pela enfermagem.
- Conflito 2: A relação entre S – E: se dá uma relação permeada de expectativas conflitantes. O estilo de supervisão adotado por S é conflitante com o estilo de supervisão esperado pela enfermagem. S espera mais de E do que E faz; E espera mais de S do que S faz.

Nessa pesquisa evidencia-se que o conflito está latente, pois há um conflito potencial gerado por expectativas diferentes e falta de comunicação. Dado o perfil técnico de E, se há uma falta de clareza nas atribuições de E e há falta de indicadores que exigem o desempenho gerencial de E ou forma de cobrança adequada o conflito entre E e S é crescente. Já que E não assume questões gerenciais relacionadas aos auxiliares, porque não há clareza, porque não tem vontade de assumir ou porque não tem perfil, tem-se um conflito nessa relação e gera um efeito colateral que atua em toda a estrutura das alas de internamento.

Considerando que foi identificada uma incapacidade gerencial de E, deve-se agir causa fundamental. Atualmente percebe-se que as pessoas envolvidas apenas reagem ao problema existente, que leva a uma solução sintomática. O grau de insatisfação da supervisão em relação à incapacidade gerencial dos enfermeiros gera a centralização das atividades gerenciais. Isso acarreta no aumento do envolvimento da supervisão com os auxiliares, afasta o enfermeiro dessa atribuição e reforça seu perfil técnico. Apesar da cobrança contínua da supervisão sobre desempenho gerencial dos enfermeiros, mas ao mesmo tempo centralizando as atividades, faz com que os enfermeiros tenham um grau de convicção bastante elevado sobre suas atribuições técnicas, deixando de lado suas atribuições gerenciais. Essa convicção sobre suas atribuições técnicas se dá em função de três pontos: há uma cultura na formação do enfermeiro que o direciona para uma atuação técnica; não há vantagens financeiras atreladas ao desenvolvimento de habilidades gerenciais; há nessa organização um perfil inadequado dos enfermeiros, devido à forma da seleção. Para que o problema seja resolvido deve-se agir na

causa fundamental. Podem ser levantadas alternativas como: a qualificação gerencial dos enfermeiros; a revisão das atribuições dos profissionais, tanto enfermeiros quanto supervisão; mudança no perfil de seleção dos enfermeiros.

Para tentar solucionar o problema do conflito existente na relação S-E, as orientações poderiam ser:

- O modelo mental da supervisão deve ser modificado, pois atualmente há a convicção da incapacidade gerencial de E. Para isso, é preciso inicialmente a aceitação de que esse conflito está presente.
- A partir da aceitação do conflito, cabe à supervisão a tomada de decisões. Se há ou não o interesse de que desenvolva capacidade gerencial. Caso haja essa intenção, é necessário agir nas causas fundamentais.

A partir da aceitação do conflito, podem-se levantar dois pressupostos:

Pressuposto 1: o problema pode ser resolvido pela capacitação dos enfermeiros atuais e deve ser feita a contratação de enfermeiros com perfil gerencial.

Soluções para pressuposto 1: A partir desse pressuposto, sugere-se a realização de treinamento de habilidades gerenciais para os enfermeiros, capacitando-os para atuarem como líderes de suas equipes. Concomitante aos treinamentos, nos quais participariam tanto enfermeiros como supervisão, sugere-se que o RH faça acompanhamento contínuo para verificar a eficácia dessa capacitação. Além disso é imprescindível que sejam estabelecidos novos parâmetros para a seleção de enfermeiros, a partir da identificação que foi realizada do perfil do enfermeiro desse hospital.

Pressuposto 2: o problema não pode ser resolvido pela capacitação.

Soluções para pressuposto 2: Considerando a impossibilidade de resolver o conflito por meio da capacitação resta a alternativa de demitir enfermeiros com perfis altamente técnicos e com pouca capacidade gerencial, para contratar novos profissionais que se encaixem nesse perfil. Entretanto, para resolver a situação dos enfermeiros que permanecem no hospital, torna-se necessário o estabelecimento gradativo de metas para serem atingidas, como parte das atribuições dos enfermeiros. Uma reestruturação das descrições de cargo se torna imprescindível para as alas de internamento, considerando o problema gerado por essa falta de estruturação da tarefa.

Em ambos os pressupostos, a supervisão deve mudar seu modelo mental, revisar a forma como visualiza a situação dos enfermeiros. Há a necessidade de descentralização das tarefas da supervisão e delegação para os enfermeiros.

5.2 Recomendações

Para futuros estudos, sugere-se que seja ampliado o foco. Para fins desse estudo, o conflito investigado foi apenas o existente nas alas de internamento, em função de uma demanda da supervisão. Entretanto, o ideal seria investigar a satisfação de todos os profissionais da enfermagem, dos diversos setores do departamento: supervisores, enfermeiros, auxiliares e, ainda, incluir a avaliação da chefia do departamento e técnicos de enfermagem, para constatar se essa situação encontrada é intrínseca a essa organização.

Após essa investigação abrangendo toda a população dos profissionais do HPN, sugere-se que esse estudo seja ampliado a outras instituições. Há uma intenção de generalizar o resultado do estudo à toda a área de enfermagem, porém para isso são necessários mais dados que corroborem com esses achados.

6 REFERÊNCIAS

BRYMAN, Alan. Liderança nas organizações. In CLEGG, S.; HARDY, C.; NORDY, W. (Org). Handbook de estudos organizacionais. Vol. 3. São Paulo: Atlas, 2004.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. – 5.ed. – São Paulo: Atlas, 1999.

MAYO, Andrew. O valor humano da empresa – valorização das pessoas como ativos. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol Jorgensen. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. – 4.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada. – 2. ed. – São Paulo: Atlas, 2000.

ROBBINS, Stephen P. Comportamento organizacional – 11. ed. – São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

ROBBINS, Stephen P. Administração: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2002.

SANTOS, E. M; TEIXEIRA, RM. Gestão de Recursos Humanos em Hospitais de Aracaju. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo: editora v. 09. n. 4, p. 27-42, out.-dez. 2002.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: SARVIER, 1993.

WAGNER III, John A.; HOLLENBECK, John R. Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva. São Paulo: Saraiva, 2002.

ANEXO

ANEXO 01 - Questionário de estilo de liderança

ANEXO I - Questionário de estilo de liderança

NOME:

IDADE:

TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRO:

TEMPO DE EMPRESA:

SETOR:

Os seguintes itens descrevem aspectos do comportamento de liderança. Responda cada item de acordo com a maneira que você atua como enfermeiro de um grupo de trabalho. Use essa escala para suas respostas:

S = Sempre

F = Frequentemente

O = Ocasionalmente

T = Talvez

N = Nunca

SEMPRE

FREQÜENTEMENTE

OCASIONALMENTE

TALVEZ

NUNCA

1. Eu provavelmente agiria como representante do meu grupo.	S	F	O	T	N
2. Eu encorajaria o trabalho extra.	S	F	O	T	N
3. Eu permitiria aos membros do grupo completa liberdade nos seus trabalhos.	S	F	O	T	N
4. Eu encorajaria os membros do grupo a seguirem as normas.	S	F	O	T	N
5. Eu permitira aos membros do grupo usarem suas experiências individuais na resolução dos problemas.	S	F	O	T	N
6. Eu me estressaria caso estivesse à frente de um grupo competitivo.	S	F	O	T	N
7. Eu falaria em nome do grupo.	S	F	O	T	N
8. Eu cobraria insistentemente o grupo por um maior esforço.	S	F	O	T	N
9. Eu testaria minhas idéias no grupo.	S	F	O	T	N
10. Eu deixaria os membros do grupo fazerem seu trabalho da maneira que eles achassem melhor.	S	F	O	T	N
11. Eu trabalharia duro para ser promovido.	S	F	O	T	N
12. Eu seria capaz de tolerar adiamentos e incertezas do trabalho.	S	F	O	T	N
13. Eu falaria pelo grupo quando visitantes estivessem presentes.	S	F	O	T	N
14. Eu manteria o trabalho em ritmo acelerado.	S	F	O	T	N
15. Eu liberaria os membros do grupo para fazerem o que eles quisessem fazer.	S	F	O	T	N
16. Eu resolveria os conflitos quando esses ocorressem.	S	F	O	T	N

	SEMPRE	FREQUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	TALVEZ	NUNCA
17. Eu me ateria aos detalhes.	S	F	O	T	N
18. Eu representaria o grupo em reuniões externas.	S	F	O	T	N
19. Eu relutaria em permitir aos membros qualquer liberdade de ação.	S	F	O	T	N
20. Eu decidiria o que deveria ser feito e como isso deveria ser feito.	S	F	O	T	N
21. Eu pressionaria para um aumento de serviço.	S	F	O	T	N
22. Eu deixaria alguns membros assumirem a minha autoridade.	S	F	O	T	N
23. As coisas geralmente aconteceriam conforme o meu planejado.	S	F	O	T	N
24. Eu permitiria ao grupo um alto grau de iniciativa.	S	F	O	T	N
25. Eu designaria tarefas específicas para cada membro do grupo.	S	F	O	T	N
26. Eu estaria disposto a fazer mudanças.	S	F	O	T	N
27. Eu pediria aos membros para trabalharem com mais dedicação.	S	F	O	T	N
28. Eu confiaria nos membros do grupo para que exercitassem seu bom senso.	S	F	O	T	N
29. Eu programaria o trabalho a ser desenvolvido.	S	F	O	T	N
30. Eu me recusaria a explicar minhas ações.	S	F	O	T	N
31. Eu persuadiria o grupo que minhas idéias seriam para o benefício de todos.	S	F	O	T	N
32. Eu permitiria que o grupo definisse seu próprio ritmo.	S	F	O	T	N
33. Eu provocaria o grupo a se superar por melhores resultados.	S	F	O	T	N
34. Eu agiria sem consultar o grupo.	S	F	O	T	N
35. Eu exigiria dos membros do grupo o cumprimento de regras e regulamentos padrões.	S	F	O	T	N