



FLORA MARTA GIGLIO BUENO

**O PROFISSIONAL ENFERMEIRO E A GESTÃO
HOSPITALAR: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

**CAMPINAS
2013**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FLORA MARTA GIGLIO BUENO

**O PROFISSIONAL ENFERMEIRO E A GESTÃO HOSPITALAR:
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner De Sousa Campos

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA FLORA MARTA GIGLIO BUENO
E ORIENTADA PELO PROF.DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

Assinatura do Orientador

CAMPINAS

2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B862p Bueno, Flora Marta Giglio, 1958-
O profissional enfermeiro e a gestão hospitalar : possibilidades e desafios /
Flora Marta Giglio Bueno. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Enfermagem.

1. Gerenciamento da prática profissional. 2. Papel do profissional de
enfermagem. 3. Gestão em saúde. 4. Administração hospitalar. I. Campos,
Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The nursing professional and the hospital management : challenges
and possibilities

Palavras-chave em inglês:

Management of professional's role

Nurse's role

Health management

Hospital management

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Enfermagem

Banca examinadora:

Gastão Wagner De Sousa Campos [Orientador]

Denise Elvira Pires de Pires

Marina Peduzzi

Dario Frederico Pasche

Claudinei José Gomes Campos

Data de defesa: 28-08-2013

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

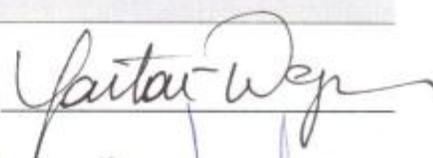
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

FLORA MARTA GIGLIO BUENO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

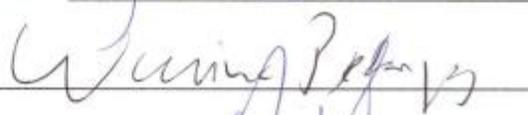
1. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



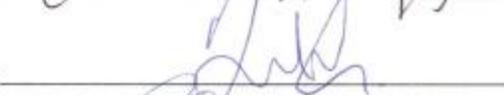
2. PROF(A). DR(A). DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES



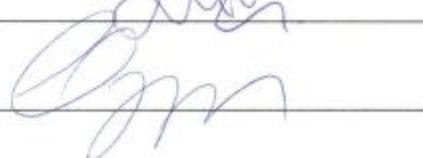
3. PROF(A). DR(A). MARINA PEDUZZI



4. PROF(A).DR(A). DARIO FREDERICO PASCHE



5. PROF(A).DR(A). CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 28 de agosto de 2013

RESUMO

Este estudo buscou compreender como se dá a inserção do enfermeiro na gestão hospitalar, a partir de um contexto de mudanças do modelo assistencial e de gestão que vinha ocorrendo no local do estudo. Utilizou os conhecimentos da filosofia para destacar o saber fazer da enfermagem (*téchne*), mais precisamente do enfermeiro no processo do cuidar e, buscando entender a atuação do enfermeiro na gestão. Realizou-se uma reflexão teórica, utilizando o conceito de Gramsci de “intelectual orgânico” e a busca pela hegemonia cultural no processo de gerenciar o cuidado na enfermagem. Desenvolveu-se uma construção dialética entre cuidado e gestão em saúde, utilizando-se referenciais de planejamento em situação de governo de Carlos Matus e a organização da assistência de enfermagem de Florence Nightingale, além de discutir possibilidades de reformulação do papel gerencial do enfermeiro e refletir sobre a aplicação e impacto dos novos desafios na gestão das pessoas que produzem o cuidado. Participaram dessa investigação, 37 profissionais enfermeiros não docentes que atuam como Diretores Técnicos de Serviço de Enfermagem (cargos de representação) das áreas assistenciais e supervisores de seção de um hospital público universitário do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e as técnicas empregadas para a coleta e organização dos dados envolveram a elaboração de um questionário auto-aplicado com questões estruturadas e semiestruturadas, utilizando a técnica de tabulação dos dados para identificação de algumas variáveis. Para a análise de conteúdo das respostas obtidas, as mesmas foram tratadas, organizadas e interpretadas no intuito de apreender os seus significados. Constatou-se que os gerentes de enfermagem tem adequada concepção sobre suas responsabilidades tanto na dimensão assistencial quanto gerencial, porém na execução de suas atribuições não se notam estratégias de ação bem definidas para atuarem como “intelectuais orgânicos”, bem

para que se reconheça que o espaço do cuidado é o eixo central de sua *téchne* e que o mesmo existe e está institucionalizado e que suas ações no âmbito gerencial tem como finalidade a qualidade do cuidado, vislumbrando o indivíduo com necessidades de recuperação da saúde e as pessoas que realizam a assistência de enfermagem, articulando-as de forma eficiente com os demais membros da equipe de saúde. Os resultados e análises permitiram sugestões, reflexões e considerações relevantes para os enfermeiros gerentes, bem como para os gestores da área hospitalar, assim como poderão influenciar nos objetivos de ensino formal e desenvolvimento profissional na área da saúde.

Palavras-chave: gerenciamento da prática profissional, papel do enfermeiro, gestão em saúde, administração hospitalar.

Keywords: management of professional's role, nurse's role, health management, hospital management.

Palabras Clave: gestión de práctica profesional, rol de la enfermera, gestión en salud, administración del hospital.

Linha de pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

Nursing professional and the hospital management: challenges and possibilities

ABSTRACT

This study aims to understand the nursing professionals entered in hospital management process, from context changes of assistance model and management that occurs at the study site. To highlight the nursing expertise (téchne), philosophy knowledge are used, more precisely about the nurse practitioner care process, attempting to understand the nursing professionals's management function. This paper develops a theoretical reflection about Gramsci's conception "organic intellectual" and the search of cultural hegemony in nursing care process. It also intends to develop a dialectical construction between care and health management using Carlos Matus's government situation benchmarks and Florence Nightingale's nursing assistance organization, besides of discuss reformulation possibilities of management nurse function and to reflect about the application and impact people management of care production's new challenges. This investigation counted with the participation of 37 non-teaching nurses who act as Technical Directors of Nursing Services (representative positions) of assistance areas and are section supervisors of São Paulo state public university hospital. It is qualitative study and the techniques adopted to collect and the organizing of data involved the creation of a self-administered questionnaire with structured and semi-structured questions, using the technique of data tabulation to identify some variables. For the analysis of the responses obtained, they were treated, organized and interpreted in order to grasp their meanings. It was found that nursing managers have adequate conception of their responsibilities both in care responsibilities dimension and management experience, however in the execution of their duties there are no action

strategies well defined to act as "organic intellectuals", trying to understand that the care space, *téchne* core element, exists and is institutionalized, as well as to understand that their management sphere actions aims to care quality, seeing the needs of health recovery and people who perform nursing care, and better articulating with other members of the healthcare team. The results and analyzes allowed suggestions, reflections and relevant considerations to nursing managers as well as care area managers, and may influence the goals of formal education and health professional development.

El profesional de enfermería y la dirección del hospital: retos y posibilidades

RESUMEM

Este estudio tiene como objetivo comprender cómo la inclusión de las enfermeras en la gestión del hospital, de un contexto de cambio de modelo de atención y gestión que se ha producido en el lugar de estudio. Se utiliza el conocimiento de la filosofía para destacar la experiencia de enfermería (*téchne*), más precisamente a la enfermera en el proceso de atención y tratar de entender el papel de la enfermera en la gestión. Se realizó una reflexión teórica, utilizando el concepto de "intelectual orgánico" de Gramsci y la búsqueda de la hegemonía cultural en el proceso de gestión de los cuidados de enfermería. También tiene la intención de desarrollar una construcción dialéctica entre la atención y la gestión de la salud, el uso de referencias de planificación situación en el gobierno de Carlos Matus y la organización de la enfermería Florencia Nightingale y discutir las posibilidades de la función de gestión de enfermería y reflexionar sobre la aplicación y el impacto de los nuevos retos en la gestión de las personas que cuidan. Participaron en esta investigación, 37 enfermeras no docentes que actúan como Directores Técnicos de los Servicios de Enfermería (puestos de representación) de las áreas de atención y la sección de los supervisores de un hospital de la universidad pública en el estado de São Paulo. Se trata de un estudio cualitativo y las técnicas empleadas para la recolección y organización de datos en cuestión de la elaboración de un cuestionario autoadministrado con preguntas estructuradas y semi-estructuradas, utilizando la técnica de la datos tabulados para identificar algunas variables. Para el análisis de contenido de las respuestas, que fueron tratados, organizados e interpretados con el fin de entender su significado. Se encontró que las enfermeras gestoras tienen una concepción adecuada de sus responsabilidades tanto en el tamaño y la asistencia

dirección, pero en el ejercicio de sus funciones no se notan las estrategias de acción bien definidos para actuar como "intelectuales orgánicos", tratando de entender el espacio de la atención, eje central de su *téchne* existe y está institucionalizada, y entender que sus acciones en el marco de gestión tiene como objetivo la calidad de la atención, viendo las necesidades individuales de recuperación de la salud y las personas que realizan los cuidados de enfermería, vinculándolo eficaz con los demás miembros del equipo de atención médica. Los resultados y analiza sugerencias permitidos, reflexiones y consideraciones aplicables a las enfermeras gestoras, así como directivos del hospital, y pueden influir en los objetivos de la educación formal y el desarrollo profesional de la salud.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha família: meus pais Glória e Danton, com suas sabedorias, me orientaram para trilhar adequadamente o caminho da vida; meus irmãos Vanderli e Vanderson, meus companheiros de vivências inesquecíveis nesse caminho; meu esposo Edison, querido companheiro, que despertou em mim sentidos e significados para continuar e criar, construir e avançar nesse caminho; meus amados e admiráveis filhos André e Rafael, aprendo muito com eles... e minha sobrinha “filha” Natalia, são exemplos de sementes já germinadas e que dão certeza da minha crença que esse caminho tem desafios, mas tem possibilidades maravilhosas e infinitas; minha homenagem a Scheila(in memoriam), carinhosamente representada pelos seus queridos filhos Cleyson e Janayne, pessoas queridas como a mãe. A enfermagem, parte dessa minha trajetória e que me ensinou a importância do Ser.

AGRADECIMENTOS

Que ação prazerosa, mas difícil...

Se bem que a verdadeira gratidão não está só nos registros, mas no pensamento e nas vibrações de carinho às pessoas...

Obrigada Deus e às energias transcendentais!

Agradeço imensamente o Professor Doutor Marcos de Souza Queiroz (*“in memorian”*) que entendeu como ninguém meus propósitos de estudo e que me incentivou e acreditou nas possibilidades de desenvolvê-lo e que me ajudou a contemplar um caminho novo para mim, o das ciências sociais; com um conhecimento científico inigualável no assunto e com uma habilidade e maestria impressionante no direcionamento do estudo. Meu eterno agradecimento!

Obrigada Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos, por ter acreditado na minha proposta, investido seu tempo nessa orientação, apesar dos percalços e, com competência que lhe é inerente, dispôs-se a me ajudar a encontrar a saída nesse emaranhado de emoções, construções, des-construções, mas proporcionou-me reflexões e conhecimento imensuráveis. Muito obrigada mesmo!

Obrigada Professora Doutora Maria Filomena Ceolim, Coordenadora do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP e à Vice Coordenadora Professora Doutora Edinêis de Brito Guirardello que acreditaram no meu potencial e me apoiaram, possibilitando essa oportunidade.

Ao Yuri, secretário do Programa de Pós-Graduação, muito obrigada por seu empenho nesta etapa final.

Aos Membros Titulares e Suplentes da Banca Examinadora, meus sinceros agradecimentos pelo interesse, disponibilidade e pela competência em avaliar o estudo nessa importante etapa final.

Agradeço ao Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – HC UNICAMP, seus integrantes internos e externos, minha inspiração para construir esse estudo e, na pessoa do Professor Doutor Manoel de Barros Bertolo, Superintendente dessa instituição, agradeço por esse intenso aprendizado.

Aos colegas da Pós Graduação que, apesar de poucos encontros, me deram a oportunidade de cultivar sonhos em conjunto...

Lígia Bugelli Hermano Santos, muito obrigada pelo seu interesse e colaboração...foi providencial.

Aos colegas de trabalho de ontem e de hoje no HC/UNICAMP, pelo compartilhamento saudável no processo de cuidar e fazer gestão, e aos meus colegas enfermeiros gerentes: diretores, supervisores e responsáveis pelas áreas assistenciais, pela paciência e pelo empenho em contribuir para a construção e desenvolvimento do estudo como também no meu desenvolvimento pessoal nessa convivência.

As minhas colegas e parceiras de trabalho no Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas – DENF/HC, Yvete de Carvalho Chaves Balabaniann, Lúcia Maria

Rocha de Oliveira, Solange Martins Viana, Roseli Higa, bem como a Ângela Gomes de Campos, Carolina Gasetta, Steffany de Oliveira e Larissa Silva Santos, pela compreensão e apoio durante esse processo da pesquisa.

Agradeço ao Professor Doutor Edison Bueno, não só por ser meu esposo, mas pelo profissional competente e consciente que é, pela disponibilidade e pelos preciosos momentos de reflexão sobre o trabalho em saúde, alteridade e tantos outros assuntos pertinentes...

Ao André Giglio Bueno e Rafael Giglio Bueno, meus filhos amados, pela disponibilidade e interesse em contribuir comigo na logística e arte, nos momentos da finalização dessa construção.

Obrigada Professor Dr. Cesar Nunes, que me proporcionou grandes momentos de reflexões sobre cultura, história, alteridade e uma das mais importantes... a amizade!

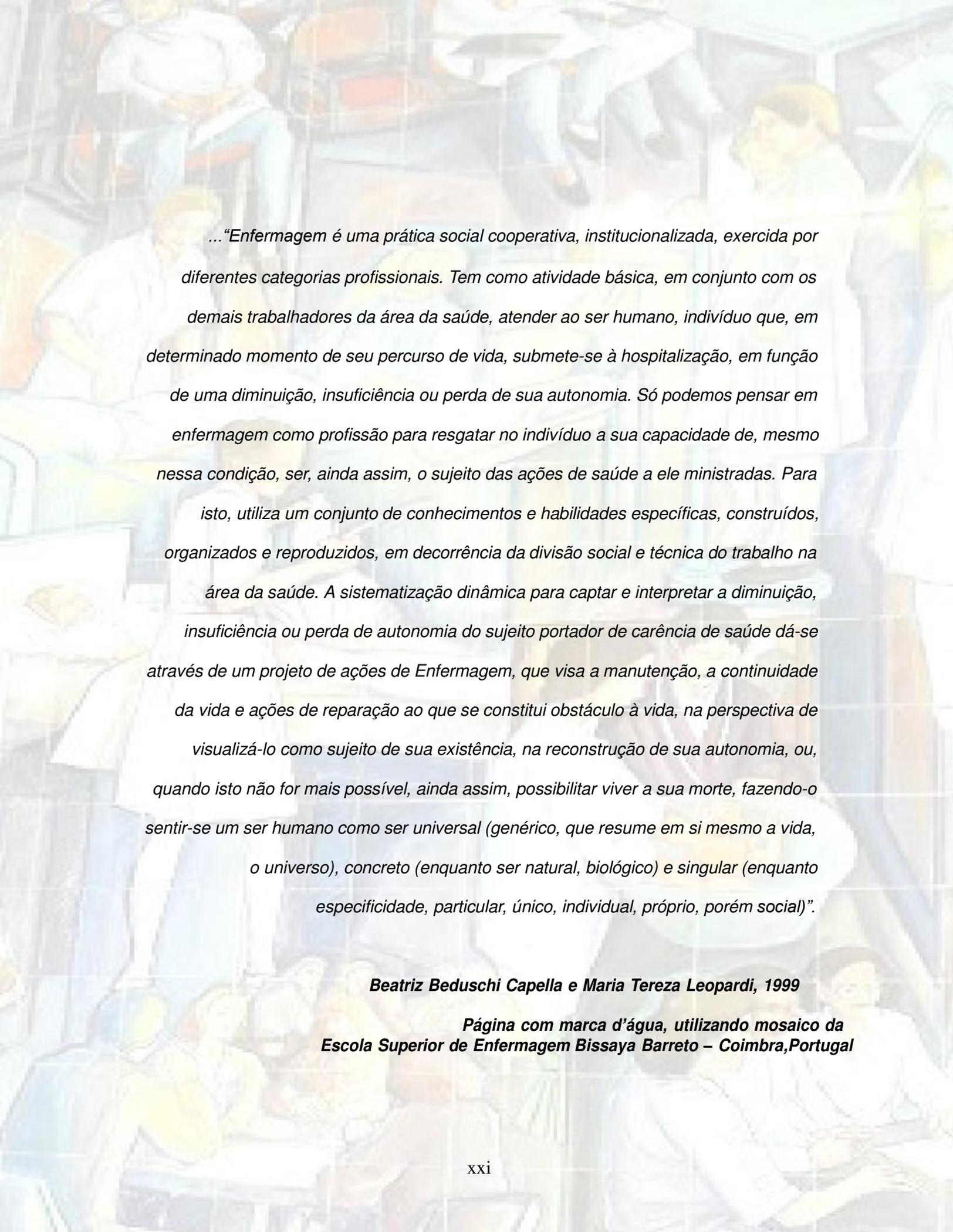
Agradeço imensamente ao “ser em cuidado” e a enfermagem como profissão e em suas categorias que a constitui, que no observar cotidiano das necessidades e anseios do ser humano (doente, familiares, e equipe profissional) provocaram-me sabiamente esse pensar, reflexões, ações...

Obrigada a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa construção, mesmo que não tenham percebido!

EPIGRAFE

*“Há uns que nos falam e não ouvimos
Há uns que nos tocam e não sentimos
Há aqueles que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas...
Há aqueles que simplesmente vivem e nos marcam por toda a vida”.*

Hannah Arendt



...“Enfermagem é uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes categorias profissionais. Tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender ao ser humano, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, submete-se à hospitalização, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia. Só podemos pensar em enfermagem como profissão para resgatar no indivíduo a sua capacidade de, mesmo nessa condição, ser, ainda assim, o sujeito das ações de saúde a ele ministradas. Para isto, utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas, construídos, organizados e reproduzidos, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho na área da saúde. A sistematização dinâmica para captar e interpretar a diminuição, insuficiência ou perda de autonomia do sujeito portador de carência de saúde dá-se através de um projeto de ações de Enfermagem, que visa a manutenção, a continuidade da vida e ações de reparação ao que se constitui obstáculo à vida, na perspectiva de visualizá-lo como sujeito de sua existência, na reconstrução de sua autonomia, ou, quando isto não for mais possível, ainda assim, possibilitar viver a sua morte, fazendo-o sentir-se um ser humano como ser universal (genérico, que resume em si mesmo a vida, o universo), concreto (enquanto ser natural, biológico) e singular (enquanto especificidade, particular, único, individual, próprio, porém social)”.

Beatriz Beduschi Capella e Maria Tereza Leopardi, 1999

**Página com marca d'água, utilizando mosaico da
Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto – Coimbra, Portugal**

Índice de tabelas

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a faixa etária - HC/UNICAMP – agosto/ 2012	132
Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com qualificação (ordem crescente) – HC/UNICAMP – agosto/2012	132
Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo, com suas funções gerenciais (por hierarquia) – HC/UNICAMP – agosto/2012.....	133
Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o número de sujeitos da pesquisa que são ou não designados para cargo – HC/UNICAMP – agosto/2012.....	133
Tabela 5: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o número de sujeitos distribuídos por áreas/serviços de atividades gerenciais de enfermagem – HC/UNICAMP - agosto/2012.....	134
Tabela 6: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o tempo dos sujeitos nas atividades gerenciais – HC/UNICAMP – agosto/2012.....	134
Tabela 07: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o tempo anterior dos sujeitos nas atividades assistenciais – HC/UNICAMP – agosto/2012.....	135

Tabela 08: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o número de sujeitos que possuem outro vínculo empregatício – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 135

Tabela 09: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a quantidade de horas semanais trabalhadas dedicadas no HC e fora do HC e número de gerentes atuantes no diurno e noturno – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 136

Tabela 10: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: você está satisfeito com sua função? – HC/UNICAMP - agosto/2012 136

Tabela 11: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Qual (is) sua(s) experiência(s) como gerente na Universidade Estadual de Campinas – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 137

Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Considera-se qualificado para exercer essa função? – HC/UNICAMP – agosto/2012 138

Tabela 13: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você teve uma formação específica para tal? - HC/UNICAMP – agosto/2012..... 138

Tabela 14: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você considera que a UNICAMP carece de uma sistemática para designar gerentes? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 139

Tabela 15: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: você considera necessário que a administração do HC se submeta a uma diretriz gerencial? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 139

Tabela 16: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você considera que as atividades que desenvolve no HC são: muito estressantes, estressantes ou pouco estressantes – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 140

Tabela 17: Distribuição dos enfermeiros gerentes em relação a questão: Na sua opinião, é possível fazer gestão das pessoas na instituição? - HC/UNICAMP – agosto/2012..... 140

Tabela 18: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você é favorável à introdução de práticas integrativas no HC, tais como: acupuntura, toque terapêutico, etc? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 141

Tabela 19: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que o hospital caminha nessa direção? Se sim, caminha num ritmo adequado? - HC/UNICAMP – agosto/2012..... 141

Tabela 20: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que o hospital moderno está em crise? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 142

Tabela 21: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade do mesmo contemplar a

possibilidade de implantar efetivamente a Política Nacional de Humanização (PNH)?
HC/UNICAMP – agosto/2012..... 142

Tabela 22: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade de contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a integração com a rede básica? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 143

Tabela 23: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que é viável o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 143

Tabela 24: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você está familiarizado com conceitos do tipo: tecnologia leve, leve-dura e dura? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 144

Tabela 25: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que só a tecnologia de equipamentos e procedimentos pode dar conta da visão de promoção de saúde? – HC/UNICAMP – agosto/2012..... 144

Índice de quadros

- Quadro 01:** Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre a justificativa das respostas referentes à tabela 10: Parecer do sujeito sobre se gosta ou não de atuar como gerente..... 145
- Quadro 02:** Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas referentes à tabela 12: Considera-se ou não qualificado para o cargo..... 145
- Quadro 03:** Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas referentes à tabela 14: Questionamento sobre se a UNICAMP carece ou não de sistemática para designar gerentes..... 146
- Quadro 04:** Dificuldades encontradas para atuar como gerente (06 respostas mais prevalentes) referentes à questão de número 09 do questionário auto-aplicado: Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) para atuar como gerente e por que?..... 147
- Quadro 05:** Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas referentes à tabela 15: Questionamento sobre se a administração do hospital deve submeter-se ou não a uma diretriz gerencial..... 148
- Quadro 06:** Síntese das respostas positivas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas: (05 respostas mais prevalentes) referentes à tabela 17: Questionamento se é possível ou não fazer gestão de pessoas na instituição..... 148

Quadro 07: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre o método de realizar a gestão de pessoas referente à questão 13 do questionário auto-aplicado. (06 respostas mais prevalentes).....	149
Quadro 08: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre as competências do gestor de pessoas referentes à questão 14 do questionário auto-aplicado. (06 respostas mais prevalentes).....	150
Quadro 09: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre os impactos positivos vivenciados na gestão de pessoas, referentes à questão 15 do questionário auto-aplicado. (03 respostas mais prevalentes).....	150
Quadro 10: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre os impactos negativos vivenciados na gestão de pessoas, referentes à questão 16 do questionário auto-aplicado. (03 respostas mais prevalentes).....	151
Quadro 11: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre efeitos percebidos na gestão do cuidado a partir da qualificação na gestão de pessoas, referentes à questão 17 do questionário auto-aplicado. (06 respostas mais prevalentes).....	151
Quadro 12: Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes mais prevalentes sobre as práticas integrativas, referentes à tabela 18: Questionamento sobre se é possível a introdução de práticas integrativas na instituição. (03 respostas mais prevalentes).....	152

Quadro 13: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes referentes à tabela 20 em relação a opinião dos enfermeiros gerentes se o hospital moderno está em crise (04 respostas mais prevalentes).....	153
Quadro 14: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre implantação da PNH, referentes à tabela 21. (03 respostas mais prevalentes).....	153
Quadro 15: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre integração com a rede básica, referentes à tabela 22. (03 respostas mais prevalentes).....	154
Quadro 16: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre o papel do hospital na visão de clínica ampliada, referente à questão 23 do questionário auto-aplicado (03 respostas mais prevalentes).....	154
Quadro 17: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre a viabilidade do trabalho em equipe, referentes à tabela 24 (03 respostas mais prevalentes).....	155
Quadro 18: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre a inserção do enfermeiro no desenvolvimento do trabalho na equipe multiprofissional, referentes à questão 25 do questionário auto-aplicado (03 respostas mais prevalentes).....	155
Quadro 19: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre como articular a tecnologia dura com mais humanização (03 respostas mais prevalentes).....	156

Quadro 20: Síntese das respostas negativas semelhantes mais prevalentes sobre o por que a tecnologia de equipamentos e procedimentos não pode dar conta da visão de promoção da saúde, referentes à tabela 25. (03 respostas mais prevalentes).....	156
Quadro 21: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre como a área da saúde da instituição poderia encontrar um ponto de equilíbrio entre inovações tecnológicas e promoção da saúde, referentes à questão 29 do questionário auto-aplicado.....	157
Quadro 22: Síntese das categorias presentes no Triângulo de Governo de Carlos Matus, Triângulo de Dimensões de Poder nas Instituições e Sistema de Assistência de Enfermagem de Florence Nightingale	188
Quadro 23. Síntese das proposições segundo o Triângulo de Governo da Carlos Matus..	191

Índice de figuras

Figura 1: Tipos e quantidade de serviços de saúde no Brasil, 1970 a 2010	60
---	----

Lista de Abreviaturas ou Siglas

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENF	Departamento de Enfermagem
DOU	Diário Oficial da União
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GP	Gestão de Pessoas
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
FR	Folha de Rosto
HC	Hospital de Clínicas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PDG	Programa de Desenvolvimento Gerencial
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Q	Questionário
RH	Recursos Humanos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES	Secretaria Estadual de Saúde
S	Sujeito
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

Resumo	vii
Abstract	ix
Resumen.....	xi
Dedicatória.....	xiii
Agradecimentos.....	xv
Epígrafe.....	xix
Índice de tabelas.....	xxiii
Índice de quadros.....	xxvii
Índice de figuras.....	xxxi
Lista de abreviaturas ou siglas.....	xxxiii
Capítulo 1. Introdução	39
1.1 A importância da interação gestão e atenção à saúde.....	51
1.2 Objetivos	58
1.2.1. Objetivos gerais	60
1.2.2. Objetivos específicos	60
Capítulo 2: O trabalho em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.....	59
2.1 - O sentido e significado da integralidade no cuidado à saúde – a gestão do trabalho em saúde.....	63

Capítulo 3: O trabalho da enfermagem na atualidade	67
3.1. A <i>techné</i> da enfermagem: sentido e significado.....	70
 Capítulo 4: O hospital público contemporâneo e a gestão do trabalho da enfermagem	
hospitalar na produção de saúde.....	79
4.1. Núcleo de competência dos gerentes de enfermagem: a atuação do profissional enfermeiro na gestão de pessoas como fator importante na gestão do cuidado.....	86
4.2. A importância do planejamento: uma construção dialética entre Carlos Matus e Florence Nigthingale.....	91
 Capítulo 5: Os desafios e as possibilidades de construção de um novo paradigma	
científico na enfermagem com perspectivas integradora, interdisciplinar e emancipatória.....	99
5.1. A atuação do profissional enfermeiro como “intelectual orgânico” no processo de gestão hospitalar.....	107
 Capítulo 6. Trajetória metodológica	119
6.1. Delineamento do estudo	119
6.2. Aspectos éticos da pesquisa	123
6.3. Procedimentos metodológicos	124
6.3.1. Local da pesquisa.....	124
6.3.2. Definição dos sujeitos	125
6.3.3. Instrumento e operacionalização da coleta de dados.....	126
6.3.4 Organização e tratamento dos dados.....	126
 Capítulo 7: Apresentação e análise dos dados da pesquisa.....	131

7.1 Tabelas oriundas da tabulação de dados das questões estruturadas	131
7.2 Quadros oriundos da síntese das respostas mais prevalentes das questões semiestruturadas do questionário auto-aplicado.....	145
7.3 Apresentação e análise dos dados segundo categorias analíticas.....	158
7.3.1. Nível de satisfação no exercício da gerência.....	158
7.3.2. Percepção do gerente sobre sua qualificação para o cargo	161
7.3.3. Percepção sobre a forma de como a instituição procede para designar gerentes.....	163
7.3.4. Dificuldades para o exercício da gerência.....	165
7.3.5. Coerência da administração do hospital com as diretrizes gerenciais.....	167
7.3.6. Viabilidade da gestão de pessoas na instituição.....	169
7.3.7. Percepções sobre as potencialidades da gestão de pessoas na qualidade da assistência.....	171
7.3.8. Viabilidade da integração com a atenção básica.....	173
7.3.9. Dispositivos para ampliação da clínica.....	174
7.3.10. Viabilidade e importância do trabalho em equipe e a inserção do enfermeiro.....	176
7.3.11. Familiaridade do enfermeiro gerente sobre o conceito e tipos de tecnologia na promoção da saúde.....	180
7.3.12. Dispositivos para que as inovações tecnológicas sejam efetivas na promoção da saúde.....	182
Considerações finais.....	185
Referências bibliográficas.....	199

Apêndices

Apêncice I: Questionário auto-aplicado	215
Apêncice II: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	221
Apêncice III: Instrumento para coleta de dados – “rapport”.....	223
Apêncice IV: Reprodução das respostas do questionário auto-aplicado	225

Anexos

Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM Unicamp.....	277
Anexo II: Estatísticas de atendimento – HC da Únicamp.....	279

1.

Introdução

Capítulo 1. Introdução

As organizações do mundo contemporâneo, sejam elas de cunho privado ou público, são constituídas essencialmente por pessoas que desenvolvem processos e que, atuando de forma interativa, se beneficiam da interdependência, característica da vida em sociedade. Para que as organizações sobrevivam com sucesso e as pessoas que nela atuam se desenvolvam com qualidade de vida e se comprometam de maneira responsável e ética, são necessários dispositivos que norteiem seu desenvolvimento e envolvam seus integrantes.

O intenso avanço científico e tecnológico identificado nas instituições de saúde e o modelo organizacional das mesmas, seja no âmbito da assistência, do ensino ou da pesquisa, juntamente com as competências e responsabilidades de seus gestores e componentes devem se aliar a uma postura ética, reflexiva e questionadora no cotidiano do trabalho, trazendo impactos positivos no alcance da missão institucional. Definir valores que humanizam os processos de trabalho e a relação com as pessoas pode trazer reflexos na sociedade como um todo, pois existe uma expectativa universal em relação à produção do cuidado à saúde que pode ser resumida assim ^{(1), (2)}.

- Plena assistência aos doentes;
- Alívio do sofrimento e da dor;
- Acesso a todas as tecnologias que melhoram e prolongam a vida;
- Extensão do bem estar a todos de modo igualitário

Há mais de 20 anos, o processo de institucionalização do SUS - Sistema Único de Saúde tem exigido dos gestores dos serviços de saúde reflexões e intervenções sobre os novos desafios associados à realidade econômica, financeira, política, social e administrativa e às dificuldades para que as instituições se insiram na rede hierarquizada de ações e

serviços, qualificando, conseqüentemente, a gestão seja ela na atenção básica ou nos demais níveis de atenção.

É importante ressaltar que o SUS é uma política de Estado, não é um projeto de governo e nem de uma gestão, portanto penso que o grande desafio para os gestores é como elaborar e implementar projetos de governo ou gestão, alinhados com o desafio de implementar o SUS efetivamente.

Segundo Morin⁽³⁾, refletir, repensar e rever valores e princípios contrários à mudança do paradigma produtivo determinado a partir do final do milênio anterior, faz com que a formação profissional para a gestão, principalmente no setor saúde, se torne importante estratégia para mudança no modo de organizar as ações de saúde.

Este estudo foca as ações de saúde no aspecto da gestão, embora não esteja dissociado da atenção, envolvendo o processo de trabalho da enfermagem particularizado no mesmo aspecto, porém centrado no modelo histórico social do trabalho em saúde.

Felli e Peduzzi⁽⁴⁾ explicam que

o gerenciamento é apreendido a partir da perspectiva das práticas de saúde teoricamente estruturadas e socialmente articuladas, buscando responder às contradições e tensões presentes no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, a gerência não está voltada apenas para a organização e o controle dos processos, mas também para a apreensão e satisfação das necessidades da população, o que requer tomar em consideração a democratização das instituições de saúde e a ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos nos processos de cuidado – usuários e trabalhadores.

Portanto, a gestão em saúde também é uma prática social que não dissocia, mas articula e integra pessoas e processos, possibilitando a transformação no desenvolvimento

do trabalho das organizações. Nesse sentido, Marx⁽⁵⁾ refere que o trabalho social ou coletivo, principalmente aquele que atinge grande dimensão, exige um norteamento, para que as atividades de cada indivíduo atuante estejam sincronizadas e articuladas para que este atinja as metas gerais da instituição.

Muitas vezes o enfrentamento de problemas de cunho gerencial se apresenta complexo por ser desencadeado pela questão técnica e o inverso também ocorre, criando um círculo vicioso, na maioria das vezes sem iniciativas, disposição e conhecimentos adequados para ser equacionado. Situações dessa esfera revelam, na maioria das vezes, falta de planejamento e estratégia, impossibilitando uma visão adequada para o desenvolvimento do trabalho na área técnica e na dinâmica gerencial.

Na saúde, mais especificamente, na área hospitalar e pública, tais questões tomam dimensão gigantesca, pois a organização composta por seus gestores, trabalhadores e usuários, necessita enfrentar os desafios cotidianos complexos e dinâmicos. Sofrem com as constantes mudanças ambientais, sociais, tecnológicas, econômicas, políticas e relacionais. Por isso, é imprescindível valorizar o ser humano e planejar ações para que a gestão seja eficaz nessa era de intensa transformação tecnológica.

No que diz respeito à gerência de enfermagem, a influência *nigthingaleana* desde o século XIX, foi decisiva na estruturação da profissão, definida por métodos de racionalização do trabalho, principalmente em serviços hospitalares. De acordo com Gomes⁽⁶⁾, o método de Florence Nightingale em administração da enfermagem se constituiu como importante ferramenta para a organização do ambiente terapêutico onde o cuidado era realizado.

Ao longo dos anos, determinantes históricos, sociais, econômicos e culturais, promoveram a continuidade da lógica de métodos tradicionais da teoria clássica da administração na enfermagem, os quais, não permitem que os enfermeiros e equipe de enfermagem atuem como sujeitos sociais, participantes ativos dos processos de trabalho em

saúde, pois alienam-se, atuando mecanicamente, não criando vínculos com a gestão, com os usuários e com os problemas da própria categoria. Apesar disso, enfatiza Spagnol⁽⁷⁾, a enfermagem, em especial o enfermeiro, ocupa função importante nos diversos níveis de atenção e na gestão, pois articula o processo de trabalho na equipe multiprofissional, organiza e dirige seu próprio processo de trabalho em relação à assistência de enfermagem prestada bem como a sua equipe.

Para compreendermos a amplitude deste estudo, pontuamos os termos administração, gestão e gerência, os quais são sinônimos conforme os dicionários de língua portuguesa, porém no campo da saúde existe uma vasta produção teórica que mostra uma série de especificidades em relação a esses conceitos.

Os dicionários da língua portuguesa⁽⁸⁾ e inglesa⁽⁹⁾ descrevem que administração e gestão são sinônimos entre si; a palavra gestão traz o senso de gerir, gerência, administração ou direção. Neste estudo convencionamos utilizar o termo administração e gerência como a ciência e campo de conhecimento voltado para processos já estruturados, com enfoque maior em processos operacionais, enquanto que o termo gestão envolve o nível político e estratégico, o que dá sentido e significado ao projeto de ação e, por conseqüência, a gerência se dá no nível tático operacional, envolvendo processos definidos a serem trabalhados com as instâncias de gestão. Lembro ainda que o termo gestão tem conotação de exercício do poder que, como veremos a seguir, sempre se relaciona com a concepção ampla de projetos definidos num intervalo de tempo e em determinada instância de governo.

Na década de 60, associou-se o conceito de estratégia ao planejamento no meio empresarial pela necessidade de aperfeiçoamento de seus processos de forma eficiente e eficaz frente a futuras mudanças. A visão estratégica no âmbito da administração, gerência e

gestão qualificou o desenvolvimento das ações pertinentes, pois está associada à formulação de diretrizes e de planejamento.

Motta⁽¹⁰⁾ reforça que:

a necessidade de estudar e aplicar a noção de estratégia em Administração passou a ser sentida no momento em que se acentua a velocidade de mudanças sociais, econômicas e políticas que define o ambiente empresarial. Na medida em que se modificam as condições ambientais, altera-se não só a possibilidade de alcance dos objetivos e resultados indesejáveis como também o que é desejável. Daí a necessidade de se desenvolver alternativas ou ações potenciais que direcionam e possibilitem o redirecionamento constante dos objetivos e dos caminhos da organização.

O profissional enfermeiro, no que se refere às suas atribuições pela Lei do Exercício Profissional 7498/86⁽¹¹⁾, tem basicamente quatro atividades essenciais que norteiam a sua profissão: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa, podendo atuar em nível de planejamento político, estratégico, tático e operacional, ou seja, coordenação, planejamento de serviços de saúde, de forma geral e específica, de ensino e pesquisa de enfermagem, gerenciamento e educação em serviços de enfermagem, supervisão e assistência direta.

Spagnol⁽⁷⁾ reforça que

na enfermagem, o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial é o enfermeiro, a quem compete a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, condução e viabilização do

processo cuidativo, tendo como princípio norteador de suas ações o direito da população à saúde integral, realizadas de forma digna, segura e ética.

O presente estudo é oriundo de questões que estiveram presentes na minha dissertação de mestrado e das minhas inquietações advindas da experiência no serviço público de saúde como enfermeira assistencial, gerente técnico-assistencial, diretor/gestor de pessoas da divisão de recursos humanos, ouvidora hospitalar, diretora e responsável técnica do serviço enfermagem de um hospital público universitário e, também, como docente de enfermagem em serviços privados, o que me tem propiciado oportunidades de repensar “o ser”, “o saber” e “o fazer” da enfermagem.

A busca de conhecimento e embasamento teórico metodológico das Ciências Sociais, em especial da Sociologia, proporcionou ampliar minha visão e esboçar compreensões e interpretações do contexto social em que vivemos principalmente no mundo do trabalho, bem como de esboçar uma análise do processo de gestão em saúde, especificamente em gestão hospitalar numa dimensão interdisciplinar e de como a enfermagem e demais ciências da saúde se inserem, interferem e se estruturam.

Tal embasamento justifica-se, pois busca entender a visão dos profissionais de saúde, especificamente o profissional enfermeiro, em posição de gestores/gerentes e líderes da área de saúde e dessa forma, ampliar perspectivas de transformações no cotidiano do trabalho intra-hospitalar. Uma questão oriunda desse processo e que me motivou buscar respostas por meio desse estudo é saber qual o modo efetivo do enfermeiro atuar na gestão hospitalar no contexto atual, em que novos modos de gestão e de assistência se configuram? Como e por que a gestão de pessoas pode impactar positivamente na gestão do cuidado? Desse modo, minha busca de respostas a esses questionamentos me instiga a produzir conhecimento e, assim, contribuir com a qualificação do trabalho em serviços

públicos de saúde, mais especificamente no contexto hospitalar com caráter assistencial, de ensino e pesquisa inserido no Sistema Único de Saúde.

A oportunidade que tive e tenho nesses espaços para refletir intensamente sobre o campo e núcleo dos profissionais de enfermagem e dos futuros profissionais da saúde, me motiva a buscar, cada vez mais, dispositivos de melhoria na qualificação da gestão e da assistência à saúde.

Essa qualificação vem sendo cada vez mais estudada nos últimos anos, além de também discutida e compartilhada, não só entre profissionais de saúde, mas também buscando melhor compreensão sobre sua responsabilização. Nesse campo tem sido importante a contribuição das ciências sociais, da busca por práticas humanizadas na atenção, gestão e nas relações de trabalho, uma vez que, nessas experiências, os usuários dos serviços públicos se tornaram mais informados e conscientes de seus direitos, exigindo maior e mais qualificado comprometimento dos profissionais que atuam nessas instituições.

Para embasar teoricamente o estudo, busquei autores no campo da gestão, das ciências sociais e em teorias e sistemas gerenciais de enfermagem. Valorizou-se a dimensão do cotidiano do trabalho em saúde no ambiente hospitalar e na realidade brasileira e adotou-se a abordagem qualitativa, numa perspectiva eclética que inclui não só a ênfase no aspecto estruturado das relações de produção, mas principalmente na visão subjetiva que os participantes dessa realidade mantêm em relação a ela, tais como crenças, valores para esses sujeitos.

Trata-se, portanto de um estudo qualitativo, que utiliza como instrumento de coleta de dados o questionário auto-aplicado, contendo questões estruturadas e semiestruturadas; assim, a pesquisa foca no sujeito, como uma representação social tendo a oportunidade de participação, reflexão, valorização, interpretação, dando sentido e significado a pesquisa.

Queiroz⁽¹²⁾ entende o conceito de representação social como:

um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social [...] são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado plenos, apenas se forem levados em consideração o contexto e a situação em que se manifestam.

Nesse estudo a pesquisadora teve dois papéis importantes: de pesquisador propriamente dito e faz parte do grupo estudado, ou seja, faz parte da gestão, porém, a interpretação e análise seguiram o rigor da pesquisa científica. Como sugere Queiroz,⁽¹³⁾ a abordagem compreensiva percebe o ator social, o pesquisador participante, como agente que interpreta o mundo à sua volta com uma atitude que contém intenções e, por conseguinte, projetos de ação. Tal perspectiva entende que a interpretação do sentido e significado, não é totalmente dependente do método, ou melhor, o método deve adaptar-se a cada situação e realidade no processo de estudo e que o viés dessa participação ocorrerá automaticamente, por estar inserida nesse espaço do estudo como profissional enfermeiro que sou e estando atualmente em atividade de gestão.

O modo como o profissional enfermeiro, ou a filosofia da organização do serviço de enfermagem e, conseqüentemente, sua produção, sua autonomia e a forma de estabelecer seu papel institucional, se apresentou em muitos espaços, ainda desprovido de sentido e significados. Em estudo anterior⁽¹⁴⁾ salientei que o enfermeiro, ao priorizar atividades rotineiras e burocráticas, contribui para que sua visibilidade social e as relações de trabalho internas à enfermagem ou externas a ela, se apresentem desumanizadas e descompromissadas, num ambiente de conflito constante e, muitas vezes, sem o devido reconhecimento.

Sendo o trabalho uma atividade essencialmente humana e considerada de caráter social, no âmbito da saúde há uma particularidade, já que não se produz bens e serviços que se comercializam ou são expostos como mercadorias para serem consumidos, ou seja, as ações de saúde são consumidas em ato, tem um valor de uso e não de troca (lógica de mercado) em sua realização; lidam com o ser humano. Na visão marxista⁽¹⁵⁾ o trabalho como um processo é composto por três elementos: objeto, meios e instrumentos e atividade do trabalho, organizados de forma muito específica na saúde. O ser humano, objeto do trabalho em saúde, é transformado tanto no enfoque da prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde, por meio do trabalho especializado de muitos atores com seus saberes técnicos, considerados meios para essa realização que culmina com a atividade adequada a um fim que é a assistência à saúde realizada.

Conforme já enfatizado, muito dessa dimensão foi aprofundada em estudo anterior, onde busquei uma reflexão sobre a prática do profissional enfermeiro e, conseqüentemente, da equipe de enfermagem, identificando meios para a construção da autonomia profissional através do processo de cuidar. Sob esse aspecto, o referencial teórico permitiu um olhar crítico para a prática atual do profissional enfermeiro, instigando-o a compreender que o espaço do cuidado lhe é dado por um direito histórico e que para legitimar esse espaço é necessário mudar, transformar, reorganizar e reconstruir a prática de enfermagem⁽¹⁴⁾, promovendo a visibilidade social de seu papel.

Vislumbra-se um caminho de possibilidades para o profissional enfermeiro resgatar o sentido original de sua profissão no mundo contemporâneo. Tem sua relevância por ser particularmente útil, pois o mundo já se desvencilhou de vários flagelos por meio da tecnologia, porém essa não substitui o cuidar humano e o cuidar técnico e, automaticamente exige a participação do profissional enfermeiro⁽¹⁴⁾.

A dimensão cultural também deve ser destacada, pois é encontrada na prestação de serviços de saúde e faz parte dos integrantes da instituição e em seus processos de trabalho, influenciando as transformações ou mesmo a manutenção dos mesmos. Em relação à autonomia da prática da enfermagem no contexto hospitalar, a reflexão sobre aspectos culturais permite maior controle do processo de trabalho quando o profissional enfermeiro se propõe a romper com uma identidade estabilizada, expressando assim seu (re) significar na equipe de saúde, afastando-se de ações submissas e pouco expressivas⁽¹⁴⁾.

No campo do trabalho em saúde, da enfermagem como prática social, da crise da saúde no paradigma mecanicista atual, da importância do cuidado integral, da necessidade de repensar a formação profissional, tem sido relevante as reflexões que, no momento dessa construção científica atual, vem subsidiar o aprofundamento dos estudos e o desejo de que se constitua em fonte para melhorias ou transformação do cotidiano do processo de trabalho gerencial de enfermagem, fazendo diferença na gestão hospitalar.

No contexto atual, vislumbram-se novas tendências nas práticas gerenciais nas organizações, colocando a comunicação e o conhecimento como processos de grande importância, pois desenvolvem canais de interação entre as pessoas que atuam na instituição.

O gestor se torna um elo entre os diferentes níveis hierárquicos da organização como também um facilitador nesse processo. No entanto, as contradições da sociedade capitalista moderna atuam no sentido de desvalorizar a força de trabalho, não considerando a ética nas inter-relações, colocando num patamar importante a valorização do lucro, o individualismo e o consumismo.

Nessa lógica, e trazendo o hospital como pano de fundo, principalmente na esfera pública, se posicionando no sistema de saúde nacional e não no mercado, seus dirigentes deverão estar comprometidos, como enfatiza Merhy⁽¹⁶⁾ com “[...] ter que lidar com temas

como a universalidade, a equidade e a qualidade do atendimento, para cidadãos no exercício de seus direitos, mais do que para ‘clientes’ com liberdade de escolha dos produtos que deseja consumir”.

No âmbito organizacional da saúde, pela própria característica do cotidiano do trabalho, que se realiza em equipe, a interação comunicativa está presente tanto entre seus membros, quanto com os usuários dos serviços. Sob a perspectiva da Teoria de Ação Comunicativa do filósofo Jürgen Habermas⁽¹⁷⁾, o processo de comunicação entre sujeitos representa a essência da atividade social e que comunicação é um importante processo de humanização. Essa teoria busca evidenciar a incongruência da racionalidade econômica no âmbito da interação comunicativa, propondo a resignificação da ação social enfatizando a competência lingüística na construção social de uma determinada realidade.

A teoria da ação comunicativa de Habermas apresenta um conteúdo teórico denso e detalhado, mas foi considerado importante expor o que o autor define como distorção comunicativa para refletir sobre a dificuldade e entraves de se implementar a política pública de saúde em toda a sua extensão. Para que determinado plano obtenha êxito é necessário convencer as pessoas a agirem ou pensarem de determinada maneira, fato que determinados setores da sociedade descomprometidos com os valores mais elevados da cidadania exploram de forma magistral, sem que se questionem seus reais interesses.

O trabalho em saúde tem suas características próprias, na maneira de proporcionar saúde nos diferentes serviços, tais como: o que lhe é próprio, quem trabalha, como faz, para que, por que, a quem e como serve, conforme explica Merhy⁽¹⁸⁾. O trabalho coletivo é a organização de um conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção. O referido autor ainda esclarece que o trabalho em saúde toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma

intervenção sobre certo problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-a como um objeto de ação de saúde.⁽¹⁶⁾

Nessa lógica, e sendo a enfermagem uma prática social historicamente estruturada, atua de forma articulada na equipe multiprofissional de saúde e assim é reconhecida tanto no seu aspecto técnico, como também produtora de um conhecimento científico específico sobre o cuidar e o cuidado ⁽¹⁴⁾.

No entanto, cabe enfatizar a divisão social do trabalho de enfermagem na realidade brasileira que ainda é comum, ou seja, cabe ao enfermeiro o trabalho intelectual(organizar, coordenar, supervisionar, executar o Processo de Enfermagem) e o trabalho manual(executar, operacionalizar as atividades) cabe ao técnico de enfermagem e para as atividades elementares(atividades indiretas de apoio ao cuidado), ao auxiliar de enfermagem. Tal divisão, além de acarretar conflitos internos, reflete-se na assistência, interfere na autonomia profissional, minimizando seu potencial de ação. Nesse processo, reproduz o conhecimento da medicina tornando suas ações realizadas de forma mecanicista e cartesiana ⁽¹⁴⁾.

É importante ressaltar que o diferencial entre as categorias de enfermagem deve estar pautado na fundamentação científica da atuação do enfermeiro e nas atividades privativas do mesmo, legalmente legitimadas, porém o processo de trabalho se dá de forma coesa e compartilhada.

Sob a ótica de Foucault,⁽¹⁹⁾ o hospital, espaço medicalizado, atrelado ao contexto histórico-econômico, faz com que a enfermagem se discipline e se dê novamente a divisão do processo assistencial. Queiroz⁽¹⁸⁾ associa essa situação ao próprio desenvolvimento do capitalismo moderno no setor saúde, em que ocorre uma ruptura entre saúde e medicina, corpo e mente, eu e o outro, pessoa e contexto, relações econômicas e

comunitárias, num processo de intensa burocratização e desencanto, reflexo da hegemonia do paradigma cartesiano/positivista.

Atualmente, esse sistema, que se tornou hegemônico no mundo ocidental, é considerado o responsável pela crise no setor saúde e da própria medicina científica, pois, de acordo com Queiroz ⁽²⁰⁾ valoriza a técnica mais do que a identidade do ser humano e, por esse ângulo, a formação tecnicista que é pouco voltada para as questões sociais e coletivas deixa de considerar questões fundamentais no processo de trabalho em saúde.

A visão holística que hoje está sendo resgatada valoriza o ser em cuidado como um ser inteiro, o indivíduo como um todo, com suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Esta visão reforça a necessidade de rever os processos de trabalho e de formação na área da saúde e que Morin⁽³⁾ menciona como o “desafio dos desafios, a reforma do pensamento”, ou seja, nossas mentes, a sociedade, nosso tempo em decorrência do nosso ensino estão carentes de um re (pensar); estes, com o tipo de pensamento não crítico, não percebem a necessidade de reforma do pensamento. Essa reforma levará à reforma do ensino e, conseqüentemente das ações, atitudes e comportamentos, inclusive pode propiciar impactos positivos na cultura institucional, principalmente no âmbito hospitalar.

A cultura institucional flexibilizada por meio da reforma do pensamento pode definir possibilidades de intervenções transformadoras com dispositivos que propiciem melhor comunicação entre os sujeitos, capaz de enfrentar as resistências, reposicionando a visão de gestão mais compartilhada e responsabilizante para todos.

1.1. A importância da interação gestão e atenção à saúde

No modelo histórico-social no qual este estudo também se pauta, tendo como referência a dimensão gerencial, cultura e poder das instituições de saúde, como já apontamos, se deve voltar não só para a organização e controle de resultados dos

processos de trabalho e no desenvolvimento e incorporação tecnológica, mas para trabalhar as necessidades de saúde das pessoas, democratizando as relações de trabalho e ampliando a autonomia dos profissionais e usuários.

Nessa lógica, a dimensão humana se torna valorizada nas relações de trabalho e exige do gestor criar dispositivos para que haja maior participação e compartilhamento do trabalho. Ao contrário, se as pessoas forem tratadas como coisas, automaticamente tende-se a negar sua identidade e serão consideradas pelas funções ou papéis que exercem em determinado processo e passam a serem chamadas de "paciente, funcionário", entre outros.

Campos⁽²¹⁾ propõe um método para análise e co-gestão de coletivos denominado Método da Roda que "[...] aposta na possibilidade de se instituírem sistemas do co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto para a capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção".

O Método da Roda tem como objetivos o fortalecimento dos sujeitos e a construção de democracia institucional, além da proposta de um sistema de co-gestão que pressupõe a construção ampliada da capacidade de direção, para todo o coletivo e não somente para o gestor principal. Tal método entende o sujeito como imerso na história e na sociedade, mas, detém uma subjetividade singular e com capacidade para reagir a este contexto.

Campos⁽²¹⁾ pensa a gestão dos coletivos como um lugar não só de produção de bens e serviços, mas também um espaço com função pedagógica e terapêutica, no qual se produza o aprender e o reconstruir a própria subjetividade: o fator Paidéia do Método da Roda. Para ele, a melhor forma de comprometer os trabalhadores com a produção estaria, não em um controle rigoroso sobre o processo de trabalho, mas estendendo-lhes poder, [...] "de maneira que a tarefa de produzir valores de uso se transformasse também em obra deles próprios".

As instituições focadas no paradigma técnico-científico, priorizando mais a doença do que os doentes, poderão estar fadadas ao risco das ações e práticas de saúde desumanizadas e não singularizadas, não respeitando os princípios fundamentados na ética e além disso ficarem na 'contra-mão' das tendências que atualmente vem ocorrendo nas organizações, ou seja, as competências individuais são muito valorizadas no processo de trabalho e as mesmas esperam que as pessoas tenham iniciativas, comprometimento para que possam atingir bons resultados.

É evidente que transformar não é tarefa simples, mas por meio de planejamento sistematizado, mais participativo e coerente, definindo responsabilidades, pode-se chegar aos objetivos traçados. Tais reflexões, referências, justificativas e tentativas de resposta à minha indagação, fundamentam e delimitam a construção deste estudo que tem como finalidade elaborar uma construção dialética entre cuidado e gestão em saúde utilizando-se como referenciais o Triângulo de governo de Carlos Matus⁽²²⁾ e o processo de assistência de enfermagem de Florence Nigthingale^{(21),(22)} e dessa forma, propor uma reformulação do papel gerencial do enfermeiro a partir das novas propostas no processo de cuidar e possibilidades de contribuir de forma efetiva na gestão hospitalar.

Para os estudiosos da administração, o planejamento figura-se como a primeira das funções administrativas, sendo considerada uma das mais importantes, uma vez que serve de base para o desenvolvimento das demais. Na área de enfermagem, no que diz respeito ao gerenciamento de processos, gestão de projetos, de pessoas e gestão da assistência de enfermagem, planejar é de suma importância.

Matus⁽²²⁾ define planejamento como sendo o cálculo situacional que articula diferentes horizontes de tempo e envolve múltiplas dimensões da realidade. O cálculo situacional pode ser entendido como a análise de um ator social sobre a realidade, estando por ela envolvido.

O ator insere-se em uma realidade concreta, na qual existem outros atores, inclusive oponentes, que também planejam.

Carlos Matus, no início da década de 70 elaborou o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que, segundo Gerdes e Erdmann ⁽²⁵⁾, preenche a necessidade de se utilizar métodos racionais, analíticos e intuitivos e futuros alternativos, e deve ser utilizado para evitar que decisões administrativas se transformem em "políticas de apaga fogo". Tem como objetivo a resolução de problemas que Matus ⁽²²⁾ entende como, [...] "aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que ele considera não adequado ou não tolerável e o estimula a enfrentá-lo, visando a promoção de mudanças"

De forma semelhante, Florence Nightingale, no século 19 na Inglaterra, por meio de sua vocação e comprometimento com o cuidado das pessoas doentes e para reorganizar as atividades e institucionalizar o ensino da profissão, trouxe a administração, planejamento, dados epidemiológicos e cuidados ambientais para o espaço hospitalar, ou seja, introduziu um novo modelo de visão do trabalho da enfermagem em relação à missão dos hospitais. Concomitante a isso, ocorreram transformações econômicas e sociais com a ascensão do capitalismo moderno, reforçando a ideologia da disciplinarização, do poder e do controle. ⁽⁵⁾

(22) e (24)

Essa nova enfermagem, por conseguinte, considerada moderna e com essa lógica de disciplinarização, traz para o ambiente hospitalar, que tinha função asilar e de morredouro, a necessidade de higienizar tanto o ambiente como os doentes. De acordo com Gomes ⁽²⁴⁾ o conhecimento de administração na enfermagem também se constituiu como instrumento de trabalho que contribuiu para organizar o ambiente terapêutico onde o cuidado era realizado.

Neste estudo, o PES não será objeto de atenção na sua integralidade, mas serão extraídos dele elementos que serão articulados com a sistematização do trabalho de enfermagem preconizado por Florence Nightingale, na tentativa de pensar a gestão

hospitalar de forma mais criativa, mais participativa, com responsabilização e comprometimento de todos os seus atores no processo de trabalho em saúde.

A relevância deste estudo, portanto, encontra-se na busca por aprofundar o conhecimento sobre a gestão vinculada ao cuidado em saúde, por reconhecer a escassez de literatura disponível nos meios científicos e acadêmicos que aborde este tema na área de enfermagem e de gestão hospitalar, considerando-se que para fazer gestão é preciso saber, planejar, saber-fazer e agir com, para e pelas pessoas.

Além disso, é importante ressaltar que a visão ampliada do paradigma mecanicista na saúde não significa sua exclusão, mas sua transcendência, numa dimensão mais abrangente, conforme explica Queiroz⁽²⁷⁾:

a possibilidade de evolução pressupõe a integração da racionalidade do passado numa esfera mais abrangente, que engendra um patamar superior de racionalidade e, portanto, de civilização[...]. O sentido pós moderno de ciência, em geral, e da medicina e saúde, em particular, só pode conceber uma perspectiva “holística” e integradora [...] no qual o estado psicológico do indivíduo seria considerado fundamental tanto na eclosão de uma doença como no desenvolvimento da cura.

Buscou-se ampliar o entendimento da concepção de gestão para além de um processo, entendendo que a gestão se dá, fundamentalmente, por meio de projetos e de ações planejadas. Buscou-se também, entender quais projetos que são instituídos nas organizações de saúde, como a enfermagem se articula com os mesmos e como pode atuar no processo de desenvolvimento das ações de saúde. Acredito que a enfermagem necessita desenvolver competências principalmente aquelas que envolvam a gestão do

cuidado e a gestão de pessoas para que possa ter um papel estratégico e estruturante no âmbito da gestão em saúde e, em específico, na área hospitalar.

O presente estudo desenvolve ainda uma reflexão teórica sobre a tecnologia no cuidar que deriva de um substantivo grego *téchne* e referencia o pensamento de Gramsci em relação a atuação do enfermeiro no momento atual e em nível hospitalar e a busca pela hegemonia cultural no processo de cuidar em enfermagem.

O comportamento do profissional enfermeiro e da equipe de enfermagem, dependendo do contexto em que se insere, provoca-me inquietação e questionamentos sobre a missão social e visão de mundo dos mesmos, ou seja, como percebem a realidade para poder intervir de forma adequada.

No que diz respeito à essência do trabalho da enfermagem, mais precisamente do enfermeiro em seu processo de cuidar, deve estar pautada no sentido e significado que Heidegger⁽²⁸⁾ dá à palavra *téchne*, no sentido grego, um desvelar-se, o conhecer-se no momento em que produz uma ação, um comprometer-se, de modo que haja um “saber fazer” com fundamento humano, porém sem desafiar a natureza, considerando-se um ser cuidando de outro ser e não somente cuidando para realizar uma técnica que pressupõe um saber prévio, científico, porém que desafia a natureza, pois gera causalidade, que em capítulo específico haverá detalhamento do tema.

Utilizou-se alguns conceitos de Antonio Gramsci para analisar a enfermagem como profissão e o enfermeiro como referência para equipe de enfermagem (orgânicos funcionais) e para a equipe multiprofissional. Quando o enfermeiro tem consciência de sua função, e se organiza, não só na dimensão técnica e econômica, mas, na social, cultural, política e ética, e age com competência (conhecimento, habilidade e atitude, agrega valor pelas ações realizadas e obtém resultados satisfatórios ao sujeito/objeto de seu processo de trabalho), pode tornar-se um corpo hegemônico no processo do cuidar em enfermagem.

Explicando melhor, o enfermeiro, conhecendo a cultura de uma sociedade, por exemplo, além de especialista na sua profissão, pode inserir-se nos embates hegemônicos, apropriando-se como ser intelectual para se fazer conhecer e, assim produzir dispositivos que o mantém com adequada visibilidade social em seu processo de trabalho. Esse assunto também será tratado posteriormente.

Os temas elencados foram subdivididos em capítulos, construindo assim um método de compreensão adequado do estudo, além desta introdução e objetivos (Capítulo I). O segundo capítulo discorre sobre “*o trabalho em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro*”. Como subtítulo descreve-se o “*sentido e significado da integralidade no cuidado à saúde – a gestão do trabalho em saúde*”.

O terceiro capítulo aborda “*o trabalho da enfermagem na atualidade*” e no subtítulo aborda-se sobre “*a técnica da enfermagem, seu sentido e significado*”

O quarto capítulo discorre sobre “*o hospital público contemporâneo e a gestão do trabalho da enfermagem hospitalar na produção de saúde*” e nos subtítulos aborda-se sobre “*núcleo de competência dos gerentes de enfermagem: a atuação do profissional enfermeiro na gestão de pessoas como fator importante na gestão do cuidado*” e “*a importância do planejamento: uma construção dialética entre Carlos Matus e Florence Nightingale*”, fazendo uma analogia entre cuidado e gestão utilizando-se referenciais de planejamento estratégico, especificamente o triângulo de governo de Carlos Matus e da assistência de enfermagem em nível hospitalar, destacando a essência de organização preconizada por Florence Nightingale.

O quinto capítulo aborda “*os desafios e as possibilidades de construção de um novo paradigma científico na enfermagem com perspectivas integradora, interdisciplinar e emancipatória*”, destacando “*a atuação do profissional enfermeiro como “intelectual orgânico” no processo de gestão hospitalar*”.

A trajetória metodológica é contemplada no capítulo 6.

No sétimo e último capítulo discorro sobre a “*apresentação e análise dos dados da pesquisa*”.

Nas considerações finais foram destacados e discutidos os conteúdos e proposições correspondentes aos objetivos traçados. Ali são propostas também ações em diversos níveis a partir das respostas dos sujeitos do estudo, bem como da análise do pesquisador., de modo coerente com os referenciais teóricos.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo geral

- ☐ Compreender como se dá a inserção do enfermeiro na gestão hospitalar.

1.2.2. Objetivos específicos

- ☐ Discutir o papel gerencial da assistência de enfermagem na gestão hospitalar.
- ☐ Analisar a representação de enfermeiros em relação ao seu papel gerencial em um hospital universitário.
- ☐ Propor dispositivos para ação a partir das novas propostas de modelos de gestão hospitalar e de gestão de pessoas que produzem o cuidado.

2.

O trabalho em saúde no contexto do
Sistema Único de Saúde

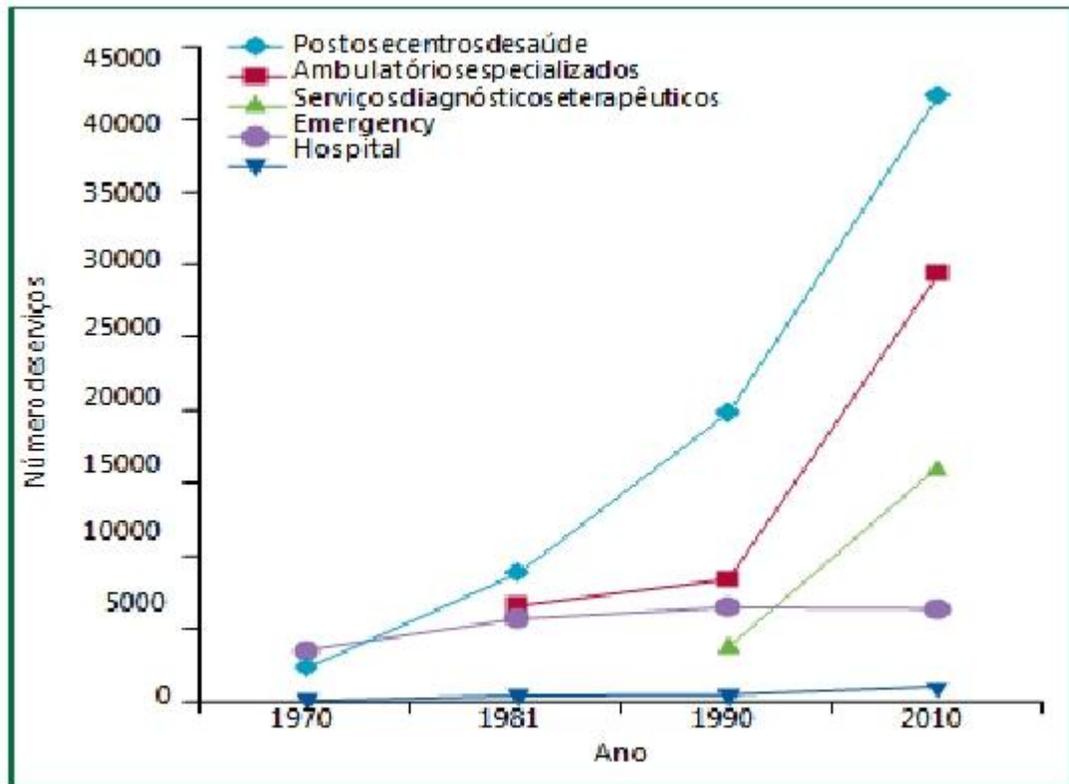
Capítulo II - O Trabalho em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde

As transformações no setor saúde no Brasil, principalmente as ocorridas a partir da década de 80 foram significativas e foi a Reforma Sanitária a mais marcante. A crise econômica acentuou-se e, no início de 1985, o governo brasileiro passava de um regime ditatorial para um governo civil democrático, e uma nova Constituição Federal oficializou-se em 1988. Sabemos que em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde precedeu a nova Constituição não só no tempo, mas enfatizando seu aspecto social, além de significativa influência na implantação no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS em 1987⁽²⁹⁾.

A partir da década de 90 há uma intensificação do processo de municipalização dos serviços de saúde e amplia-se enormemente o número de unidades básicas de saúde em todo o país, facilitando em larga medida o acesso aos serviços de saúde, em especial aqueles da atenção básica, e impactando positivamente alguns indicadores de saúde, como cobertura vacinal e coeficiente de mortalidade infantil⁽²⁹⁾ (Figura 1). Porém, nos níveis secundário e terciário não ocorreu essa expansão, pelo contrário, sequer acompanhou o crescimento populacional. Se formos analisar sob o prisma dos princípios doutrinários do SUS, fica claro que houve avanço significativo com relação à universalidade, mas é clara a defasagem quanto à implementação da integralidade e da equidade⁽³⁰⁾.

Tudo isso é explicado ao olharmos o (sub)financiamento da saúde no Brasil. Ressalte-se que uma parte muito significativa da população brasileira é assistida exclusivamente pelo setor público (aproximadamente 75% da população brasileira, cerca de 150 milhões de pessoas) e isto representa um gasto de cerca de U\$466,00 *per capita*/ano. O SUS se configura como um dos maiores sistemas universais do mundo e os usuários dos serviços privados (cerca de 45 milhões de pessoas) estão incluídos no SUS e tem um gasto

com saúde equivalente a cerca U\$ 2.500,00. Somados, correspondem a um gasto de 8,5% do Produto Interno Bruto brasileiro, percentual próximo dos países mais ricos, porém com baixa participação dos recursos públicos - por volta de 45% - enquanto que nos melhores sistemas universais do mundo o gasto público é de, no mínimo, 70% do total ⁽³⁰⁾.



Extraído de Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L. e Macinko, J ⁽²⁹⁾

Figura 1 – Tipos e quantidade de serviços de saúde no Brasil, 1970 a 2010

No entanto, mesmo com todas essas limitações, o SUS é maior empregador de profissionais de saúde e o que proporciona maior acesso aos serviços, tendo em vista os seus princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social em defesa da vida dos cidadãos ^(29 e 30). Inserem-se neste contexto os princípios e dispositivos da Política Nacional de Humanização – PNH relacionados à humanização da atenção e da gestão dos

serviços de saúde, compreendendo o trabalho em saúde como um conjunto de atividades, como produção de serviços de assistência e gestão em saúde e a subjetividade implícita nesses processos.

Com a precarização do trabalho, fato não exclusivo dos serviços de saúde desde o início da década de 1990 e devido às reformas estatais (terceirização e flexibilização de empregos e serviços), observa-se novas e desfavoráveis condições de gestão, pouco inovadoras e ainda presas ao “gerencialismo”. Dessa forma, preserva-se a pouca participação dos trabalhadores e profissionais de saúde nesse processo, o desencantamento dos mesmos e insatisfações constantes pelo fraco vínculo estabelecido nessas inter-relações, contribuindo para o descompromisso e desresponsabilização na assistência a saúde ⁽³⁰⁾.

Outros fatores corroboram com esse cenário tais como a incorporação tecnológica pouco criteriosa, a ambiência desfavorável (condições de trabalho) e falta de estabelecimento de um quadro de carreira para o setor que seja adequado para as especificidades do campo da saúde, principalmente para os profissionais envolvidos diretamente com a assistência, além da questão da falta de comunicação assertiva entre os profissionais, usuários e gestão, desfavorecendo o trabalho em equipe, fragmentando o trabalho assistencial com a divisão técnica entre os profissionais, prejudicando a comunicação e conseqüentemente a integralidade do cuidado.

Pires ⁽³¹⁾ reforça sobre essa fragmentação quando refere que,

a expressão ‘divisão técnica do trabalho em saúde’ diz respeito a características da ‘divisão técnica ou divisão parcelar do trabalho’ [...] presente na forma de organização e produção do cuidado prestado por diversos grupos profissionais a seres humanos com carências de saúde. Refere-se à forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se

identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho.

Sabemos que isso pode comprometer a produção de saúde, pois trata-se de um trabalho em que as ações devem ser compartilhadas entre os vários atores ou sujeitos e estes estejam articulados para alcançar um objetivo comum, único e focado no usuário. Caso contrário, poderá produzir não atos de saúde, mas sim atender a outros interesses vinculados ao lucro e à exploração da força de trabalho. Será um trabalho pouco resolutivo, distanciado das necessidades de saúde dos cidadãos, podendo gerar profunda insatisfação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, além de se desenvolver de modo isolado, num ambiente competitivo e com pouco inter-relacionamento entre os sujeitos.

De acordo com Peduzzi ⁽³²⁾, na década de 70 houve a expansão do mercado do trabalho na área da saúde devido a ampliação da cobertura dos serviços assistenciais baseada nos movimentos de reforma na atenção preventiva e comunitária, introduzindo a forma de trabalho em equipe mais com o intuito de racionalizar os serviços; inicia-se assim os tensionamentos e enfrentamentos pois cada categoria que compôs a equipe, buscou alcançar a hegemonia nesse processo, em destaque a categoria médica.

Junto com essa situação houve também a inserção na equipe, de pessoal sem qualificação formal como também, em um processo crescente, a busca pela especialização entre os diversos membros da equipe, intensificando novamente a fragmentação na assistência, porém de forma mais articulada, com o entendimento que nenhum profissional executa o processo assistencial de forma individualizada.

Atualmente é crescente e necessário o movimento para que “os profissionais reconheçam as conexões que existem entre as diversas atividades executadas e tomem estes nexos verdadeiramente em consideração, articulando suas ações” ⁽³¹⁾.

Por outro lado, não é possível admitir que um profissional de saúde atue adequadamente, cuidando de maneira humanizada, se o mesmo não dispuser em seu ambiente de trabalho de bom relacionamento com os demais membros da equipe, como esclarecem Collet e Rozendo ⁽³³⁾:

Humanizar em saúde é uma via de mão dupla, pois é um processo que se produz e reproduz na relação usuário-profissional. Contudo, não é possível esperarmos da equipe de saúde uma assistência humanizada aos usuários quando as condições de trabalho são precárias, quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho que deixam as pessoas nos seus limites físicos e psíquicos [...]

Assim, a Política Nacional de Humanização – PNH ⁽³⁴⁾ trouxe à tona a necessidade de reestruturação do trabalho em saúde, tanto no modelo de atenção como de gestão, para produzir modificações importantes nas relações interprofissionais e destes com os usuários. Alguns componentes ou dispositivos importantes da PNH, tais como o da clínica ampliada, de cogestão e o de redes de produção de saúde favorecerão a efetiva participação dos sujeitos com seus saberes e práticas, ampliando a visão multiprofissional e interdisciplinar.

2.1. O sentido e significado da integralidade no cuidado à saúde na gestão do trabalho em saúde

No presente estudo consideramos como conceito de integralidade o que foi definido pela Lei Federal 8.080/90, em seu capítulo II: “conjunto articulado e contínuo das ações e

serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” ⁽³⁵⁾

No estudo de Silva e Ramos ^(36co4) que se constituiu em uma revisão integrativa sobre sentido e significado de integralidade em saúde trouxe importante contribuição para agregar a presente pesquisa. As referidas autoras explicam que, embora existissem publicações desde 1982, foi significativo o aumento de produções sobre a temática “integralidade”, a partir de sua definição como princípio doutrinário do SUS, ou seja, quando o tema fez parte das políticas públicas de saúde, principalmente nos últimos oito anos, tanto na base de dados LILACS e BDENF.

Na busca pelos descritores, as mesmas autoras observaram que quando substituíram o termo “integralidade” por “assistência integral à saúde”, e introduzindo o agrupamento *and* enfermagem e *and* integralidade, ampliou –se o número de artigos encontrados perfazendo mil cento e quinze no total.

De acordo com as referidas autoras,

Entre os diversos sentidos da integralidade está o direito universal do usuário de ser atendido em suas necessidades de saúde. Outro sentido seria vislumbrado nas práticas do cuidado, do acolhimento e da humanização como instrumentos para que tanto os profissionais como os serviços de saúde prestem uma assistência integral [...] ⁽³⁶⁾

De um modo geral, integralidade diz respeito ao ser humano, o ser em cuidado e não à doença, à atenção à saúde nos seus diversos níveis de ações, dentro da hierarquização do SUS, ao maior envolvimento dos profissionais da saúde com as necessidades dos usuários, mesmo as não previstas no projeto terapêutico, ao desenvolvimento de ações horizontalizadas e encaminhamentos ou formulações de projetos para ampliar o processo de

assistência a saúde em nível governamental proporcionando uma ruptura à prática padrão de cuidado à saúde que é reducionista.

Podemos também referenciar o conceito de cuidado integral em saúde envolvendo o indivíduo e suas necessidades em saúde, conforme definem Cecílio e Merhry: “uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras (equipamentos e procedimentos), leves (uso de saberes bem estruturados, como clínica e epidemiologia) e leves (relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional e do paciente⁽³⁷⁾”.

3.

O trabalho da enfermagem na atualidade

Capítulo III - O trabalho da enfermagem na atualidade

A globalização caracterizada no final do século XX e início do século XXI intensificou, dentro do modo produtivo capitalista, a necessidade de flexibilização das relações de trabalho, impondo ao trabalhador adequação às inovações e adaptação imediata às mudanças. Na área da saúde, apesar das suas especificidades, os trabalhadores são submetidos às mesmas adaptações e necessidade de capacitações, continuam a atuar em equipe, mas com maior responsabilização e menor autonomia. As exigências são crescentes quanto a cumprimento de metas e obtenção de resultados, quase sempre com reduzido espaço para exercer sua criatividade.

Por outro lado uma outra flexibilização, aquela que vem ocorrendo na gestão das políticas públicas no Brasil, seguiu em direção diversa daquela prevista nos marcos constitucionais, resultando em profunda precarização nas condições e nas relações objetivas de trabalho na saúde. Podemos tomar como exemplos a implementação de contratos de gestão com Organizações Sociais e a terceirização por meio de empresas privadas e contratos temporários ou precários tanto no âmbito público quanto privado. São estratégias cada vez mais presentes no SUS e que se associam aos limites orçamentários impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com pessoal por parte dos municípios ^(29, 30 e 35).

Numa etapa anterior, lembrando a constituição histórica das profissões de saúde, de acordo com os estudos de Pires⁽³⁸⁾, a assistência à saúde na Idade Média era realizada por leigos e religiosos que detinham conhecimentos especializados em diversas áreas. O trabalho era exercido por filósofos, arquitetos, físicos (médicos clínicos), enfermeiros e era mais valorizado do que o trabalho de base manual, na época exercida por práticos. O atendimento aos pobres cabia aos religiosos, com seus conhecimentos específicos, mas o

trabalho manual cabia aos práticos, enquanto que o cuidado às pessoas pertencentes a camada mais privilegiada da sociedade estava a cargo dos físicos. Destacava-se, desse modo, a divisão social do trabalho, pois esses tinham o controle da produção das atividades manuais dos profissionais, quanto seus resultados.

Explica a autora⁽³⁸⁾,

numa sociedade dominada pelo cristianismo e organizada sob bases profundamente desiguais, não existia uma estrutura de Estado, nem instituições representativas dos interesses dos diversos grupos, de modo que o ideológico tem grande peso na manutenção da ordem vigente. E, neste tipo de organização social, os ofícios que tratam com coisas manuais, estão subordinados aos que tratam de atividades intelectuais.

Ao longo do tempo, as atividades de medicina que tinham caráter intelectual, se sobrepuseram às de outros ofícios, principalmente nas atividades relacionadas à assistência a saúde, assumindo a formação, estabelecendo regras para o exercício da prática, porém o número desses profissionais se torna insuficientes e não conseguiam abranger todas as atividades e iniciou-se um sistema de delegação de atividades, porém detendo o controle do processo de trabalho dos que executavam⁽³⁸⁾.

Ressalta a autora que o local no qual se dava as referidas atividades era preferencialmente o domicílio e que o hospital, até o século XVIII tinha caráter asilar, porém com o surgimento do modo de produção capitalista, o hospital passa a ser o local para realizar a terapêutica e a formação dos médicos, como também desenvolve-se um trabalho coletivo (médicos, religiosos e práticos).

A enfermagem, cujas atividades relacionavam-se a cuidados e à administração do ambiente de assistência, tem início como atividade profissional, na Inglaterra, a partir de

1860, quando Florence Nigthingale desenvolve uma base para estabelecer um processo de formação e um sistema de prática de cuidado que foi difundido mundialmente, conforme explica Pires⁽³⁸⁾:

a enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como executa seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais.

No decorrer da história o trabalho da enfermagem condicionou-se a ser realizado, na maior parte das vezes, de maneira empírica e seus agentes, através de seu saber prático, realizavam as atividades de maneira artesanal, desprovido de poder e valorização, desenvolvendo-as de forma parcelar e se fundamentando numa divisão técnica interna das atividades de cuidado. Então, passa a se constituir como uma prática autônoma especificamente no que se refere à sistematização da assistência de enfermagem, quando o enfermeiro desenvolve ações gerenciais para qualificar a assistência de forma independente da medicina, porém, principalmente no espaço hospitalar, atua sempre sob o gerenciamento médico.

As instituições assistenciais, já inseridas na lógica capitalista, desenvolvem seu trabalho de caráter coletivo, mas de forma parcelar, com significativa interferência dos médicos nesse processo, porém há um esforço muito grande por parte da enfermagem e de outros profissionais da área de saúde, em tornar a relação multiprofissional interdependente

e não subsidiária⁽³²⁾. Ressalto que, no cotidiano do trabalho em saúde, antes mesmo da ação terapêutica, ocorre a ação cuidadora não só da enfermagem, mas também das demais profissões que atuam na área da saúde.

O trabalho da enfermagem se fundamenta no conhecimento científico do processo de cuidar e do cuidado, de todo o processo de saúde e doença dos indivíduos, do seu papel no processo educacional de formação dos novos profissionais, com reflexos no âmbito da pesquisa e no processo de liderança e gestão das pessoas. Isso tudo permeado pelo julgamento clínico, pensamento crítico, habilidades gerenciais, buscando humanizar todas as etapas do processo de trabalho na enfermagem e ampliar suas competências nas ações e nas organizações em que a profissão ou o profissional estiverem inseridos.

Portanto, o *ser*, o *saber* e o *fazer* da enfermagem enquanto profissão/profissional é seu grande diferencial na equipe de saúde e para a sociedade, pois através do seu saber, o profissional enfermeiro reconhece o seu modelo de atuação, para que seu fazer lhe dê visibilidade, ou seja, mostre o seu ser e proporcione mudanças importantes no modo de produzir enfermagem, exercendo efetivamente sua autonomia, inserindo-se apropriadamente nos espaços de gestão, trazendo o que lhe dá a essencialidade no trabalho que desenvolve que é o cuidado, ou o processo de cuidar qualificado que o identifica como *ser* essencial, agregando os demais profissionais de sua equipe, com base na integralidade do cuidado, demonstrando seu *saber fazer* no processo de trabalho em saúde⁽¹²⁾.

3.1. A *téchne* da enfermagem: sentido e significado

Destaco aqui a contribuição histórica de diversos filósofos para entender o processo de “administrar coisas” pelo homem e a necessidade de haver liderança nas organizações. Espera-se que as pessoas que as compõem se comprometam com os propósitos da organização e um dos meios para se chegar a isso seria desenvolver a gestão de modo

compartilhado, utilizando-se de diversos saberes, conformados ou não como técnicas ou tecnologias de gestão⁽³⁹⁾.

De acordo com Kneller⁽⁴⁰⁾ a palavra tecnologia deriva do substantivo grego *techne*, que significa arte ou habilidade. Esta derivação diz-nos que a tecnologia é essencialmente uma atividade prática, a qual consiste mais em alterar do que em compreender o mundo. Onde a ciência persegue a verdade, a tecnologia prega a eficiência.

Nas buscas e reflexões sobre a essência do significado da técnica, Heidegger⁽⁴¹⁾ explica que a mesma deriva do grego *technikon*, o qual designa o que pertence à *téchne*. Segundo o mesmo autor este termo:

[...] tem desde o começo da língua grega, a mesma significação de *episteme*:velar sobre uma coisa, compreende-la. *Téchne* quer dizer: conhecer-se em qualquer coisa, mais precisamente no facto de produzir qualquer coisa. Mas para apreender verdadeiramente a *téchne* pensada à maneira grega bem como para compreender convenientemente a técnica posterior ou moderna, isso depende de que pensemos o termo grego no seu sentido grego, e de que evitemos projetar sobre este termo representações posteriores ou atuais. *Téchne*: conhecer-se no ato de produzir. Conhecer-se é um gênero de conhecimento, de reconhecimento e de saber. O fundamento de conhecer repousa, na experiência grega, sobre o fato de abrir, de tornar manifesto o que é dado como presente. No entanto, o produzir pensado à maneira grega não tinha significado de fabricar, manipular, operar, mas mais o que o termo alemão *herstellen* quer dizer literalmente: *stellen*, pôr, fazer, levantar, *her*, fazendo vir para aqui, para o manifesto, aquilo qua anteriormente não era dado como presente. Para falar de maneira elíptica e sucinta: *techne* não é um conceito do fazer, mas um

conceito do saber. *Techne* e também técnica querem dizer que qualquer coisa está posta (*gestelt*) no manifesto, acessível e disponível [...] ⁽⁴¹⁾ .

No processo de formação do profissional enfermeiro, não só as ciências biológicas compõem sua grade curricular. As ciências humanas e as sociais fundamentam a construção da integralidade do cuidado à saúde, proporcionando um agir em enfermagem comprometido com a produção de saúde, ao mesmo tempo em que se procura garantir maior nível de satisfação no exercício da profissão.

Entendo que a enfermagem, como outras profissões da saúde ⁽¹²⁾, mais do que uma técnica ou uma *praxis*, é uma *techné*, conforme esclarece Heidegger, ou seja, um saber e não só o saber-fazer. Por isso, para poder pensar a essência do trabalho da enfermagem, mais precisamente do enfermeiro no processo do cuidar, deve-se pautar no sentido e significado do desvelamento, da *techné*, no sentido tradicional do “conhecer-se no ato de produzir” (*poiesis*), do “levar à frente”. ⁽⁴¹⁾ É um saber-fazer não desafiando a natureza, é um ser cuidando de outro ser com seu saber específico enquanto que a técnica, no sentido moderno, é um saber-fazer com sentido e significado que pressupõe um saber prévio, porém desafiando a natureza, gerando a causalidade. Segundo o mesmo autor, seria um ocasionamento, algo que permite alguma coisa aconteça.

De acordo com Calvo de Feijoo ⁽⁴²⁾:

Nos quatro modos de ocasionar: formal, material, final e eficiente, oculta-se o “deixar vir à presença”, fundamento de todo produzir (*poiesis*), tanto referindo-se às coisas da natureza (*physis*) como às que vêm à presença pelo fazer do homem. A essência da técnica reside no desvelar, onde se fundamenta todo o produzir. É na *poiesis* como modo de manifestação do que se oculta que se dá o desvelamento, a *alétheia*, comumente traduzida

como verdade, que na modernidade fala da correspondência entre o real e o representado. O desvelar da técnica moderna se dá como um desafio à natureza, de modo que seus recursos possam ser explorados e armazenados. Ao modo da *téchne*, o desvelar se dá no sentido de “levar à frente.

Utilizando ainda as reflexões de Heidegger ⁽⁴¹⁾ sobre a essência da técnica, o mesmo define duas modalidades do pensamento humano: calculante e meditante. De forma breve salientarei a importância de inserir essa análise para entendermos a importância de realizar a práxis da enfermagem com conhecimento científico estruturado e sistematizado, o saber-fazer sem inserir a representação do ser-no processo de saber-fazer, pois o mesmo chama a atenção para que as pessoas, de um modo geral não estejam focadas apenas no pensamento que calcula, mas também ampliar seu foco para o pensamento que medita.

É característica da modernidade o homem dar ênfase ao pensamento calculante, tornando hegemônica uma racionalidade em que se tem a pretensão de prever e controlar tudo e que tem fundamentado o caráter prático do fazer (concepção instrumental e antropológica da técnica – visão enclausurada do cientista), aprisionado pela causa final (o fim a que se destina a ação) e pela causa eficiente (o efeito que se produz), muito sedutores dentro da concepção utilitária das “coisas”. No entanto, o pensamento meditante leva o homem a parar e refletir sobre uma representação ou um determinado ponto de vista pode ser desqualificado como uma simples abstração, pois a visão positivista privilegia o pensamento calculante a partir das coisas da natureza (*physis*), não deixando margem para outras possibilidades de compreender o objeto, o sujeito e outras formas de conhecimento (*gnosis*)⁽⁴¹⁾.

Diante dessa construção, podemos considerar as tecnologias de cuidado como complexas, pois envolvem pessoas instituições, produtos/equipamentos, conhecimentos, técnicas, organizando e sistematizando atividades, produzindo coisas, saberes e organizando as ações humanas. Dentro da concepção hegemônica, busca aumentar a eficiência das ações humanas, reduzindo custo e tempo (intencional e racional) alicerçada sobre a necessidades (problema a ser resolvido), conhecimento (saber que orienta alternativas para resolução do problema a ser resolvido e criatividade (encontro de alternativas para resolução do problema existente)⁽⁴³⁾.

Em seu estudo sobre modelo assistencial centrado no usuário e na defesa radical da vida, Merhy⁽⁴⁴⁾ discorre sobre o território das tecnologias leves ou seja, o saber que as pessoas adquirem e que está implícito em sua maneira de atuar (e relacionar) sobre estes e que não é campo específico de nenhum profissional, mas base para atuação de todos. O autor explica que “mediando saberes estruturados, os profissionais da área de saúde (médicos, enfermagem, psicólogos, etc) incorporam estratégias de intervenções e as ações de cada profissional se tornam efetivas e singulares”.

Sobre a essência da técnica, Heidegger afirma ainda que “muito se escreve , mas pouco se pensa” e Giacoia Jr.⁽⁴⁵⁾, baseando seus estudos nesse filósofo, esclarece que:

[...] “a técnica não é meio, nem instrumento que o homem coloca a seu serviço. Pelo contrário, o próprio homem moderno é determinado e requisitado pela técnica, pelo modo de desabrigar que constitui a essência desta. Ele é convocado para o desafiar que é característico da técnica – desafiar no sentido de explorar a natureza, utilizando-a e transformando-a como reserva de energia estocável e permutável”.

Contudo, buscando compreender e analisar a relação entre conhecimento e prática, Campos⁽⁴⁶⁾ sugere outro método analítico conceitual para o estudo de práticas sociais e do trabalho em saúde, utilizando as racionalidades tecnológicas, da práxis e da arte. Reconhece e critica a hegemonia da racionalidade tecnológica e identifica que o emprego do conceito de tecnologia leve não resolve a redução epistemológica típica da razão técnica quando estuda as práticas sociais, a gestão e o trabalho em saúde. Enfatiza então que a razão tecnológica é a dominante do ponto de vista discursivo na sociedade moderna, tendo seu fundamento na filosofia de Descartes e na variedade de autores que resumem a razão à lógica formal, como é o caso do materialismo, do mecanicismo ou das várias formas de positivismo. Afirma também que a razão tecnológica imagina que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber previamente acumulado, de preferência consolidado como ciência, mas ao custo da redução máxima da autonomia do agente.

O autor⁽⁴⁶⁾ defende a idéia que a razão da práxis é a lógica dialética. Esta reconhece contradições, paradoxos e aporias, buscando orientar a ação humana a partir de sínteses construídas pelos autores envolvidos em cada processo. Em geral, é a mais adequada sempre que o objeto com que se lida são relações humanas e o objetivo é agregar algum valor ao ser humano ou à sociedade, como na educação, na saúde ou na justiça. A variabilidade dos casos e a complexidade do processo – práticas sociais e da subjetividade – dificultam aí a aplicação automática do saber prévio e, por isso, exige reflexão e criatividade do agente da prática.

No que se refere à racionalidade artística, Campos⁽⁴⁶⁾ explica que esta objetiva a explicitação de valores estéticos, mas aí a relação do artista com o conhecimento e os padrões instituídos necessita ser a mais livre possível, já que se espera originalidade na produção artística.

Observe-se que estas três racionalidades não possuem conteúdos equivalentes, tampouco são excludentes entre si, mas distinguem-se exatamente pela maneira diversa como interferem no modo como os agentes lidam com a relação entre o saber e o fazer. Trata-se de diferenças de escala, sendo difícil precisar onde termina a técnica e onde começa a práxis ou a arte. Esta escala diz respeito à maior ou menor possibilidade de aplicação automática ou mecânica do conhecimento no momento da prática. Esclarece também sobre a maior ou menor autonomia do agente da prática para lidar com o conhecimento instituído, de sua maior ou menor capacidade de interferência durante o processo de trabalho ou em qualquer forma de ação orientada por algum conhecimento. Na técnica o automatismo é máximo; na práxis, intermediário e na arte, muito pequeno ou ausente⁽⁴⁶⁾.

O mesmo autor ressalta que os seres humanos, quando submetidos a alguma prática, têm capacidade de reagir em dois planos: segundo a inércia ou a resiliência típica dos objetos naturais, mas também reagem e interagem para além da inércia das coisas. Estes atributos humanos aumentam o grau de incerteza sobre o resultado das práticas sociais, exigindo capacidade reflexiva e de tomada de decisão durante o processo de trabalho ou de intervenção. A utilização mecânica de tecnologias não se adéqua a esse tipo complexo de prática ou de trabalho. Por outro lado, não há práxis sem conhecimento prévio e uso em ato de técnicas⁽⁴⁶⁾.

Desse modo, questiona o emprego do conceito de tecnologias leves ao afirmar que acrescentar o adjetivo “soft” ao substantivo “technology” não altera as limitações da racionalidade tecnológica quando se trata de práticas sociais (quer sejam intra, inter ou trans-subjetivas). Cita Ayres, quando este, em debate com Merhy, ressaltou a importância de realizar-se uma discussão cuidadosa sobre a ubiquidade com que vem sendo utilizado o

conceito de tecnologia, preocupando-se com o fato de que o cuidado em saúde dependeria de improvisação e criação singular, postura não autorizada ou estimulada pela razão tecnológica⁽⁴⁶⁾.

Assim, quando relacionamos tecnologia com o trabalho dos profissionais de enfermagem devemos pensar que os mesmos devem lançar mão da tecnologia e do conhecimento científico que fundamenta a profissão para o cuidado, ou seja, atuamos através do raciocínio clínico lógico, que exige mais do que técnicas específicas do conhecimento de enfermagem, não deixando de visualizar as diversas dimensões do ser humano, pois esta é a essência desse trabalho, centrada no cuidado à saúde do indivíduo. Destaco que, ao cuidar do indivíduo, a enfermagem, mais precisamente o enfermeiro, atua sistematizando o processo de cuidar, adaptando de modo criativo seu agir, sem generalizá-lo, ao contrário, singularizando-o.

4.

O hospital público contemporâneo e a gestão
do trabalho da enfermagem hospitalar na
produção da saúde

Capítulo IV - O hospital público contemporâneo e a gestão do trabalho da enfermagem na produção da saúde

A área da saúde tem características complexas em relação à finalidade de cada nível de atenção (primária, secundária, terciária), principalmente quando se refere ao sistema público de saúde vigente no país; requer ambientes complexos em relação ao compromisso da gestão e das redes de atenção com a saúde da população, no qual a forma de interação, financiamento e a prestação de serviços tornam alguns fatores mais relevantes para a melhoria da qualidade de atendimento. Nesse sentido, é importante que haja acesso adequado através de uma classificação de risco, otimização dos recursos, bem como a interação entre usuário, prestadores de serviço e as instituições fornecedoras de serviço, adotando um modelo de gestão condizente com um processo democrático e compartilhado, de co-responsabilização e um modelo de atenção com foco no usuário dos serviços, com equipes multidisciplinares com adequada interação para atingir qualidade assistencial de excelência.⁽⁴⁷⁾

Apesar do Ministério da Saúde atuar para o desenvolvimento cada vez maior de políticas com foco na prevenção e promoção de saúde, ainda é muito tímido o processo integrado com a assistência curativa e de reabilitação e, por consequência, os hospitais da rede SUS possuem papel de fundamental importância para operacionalizar o sistema.

O hospital, hoje, é uma organização complexa, dominada hegemonicamente pela corporação médica, embora esse cenário vem apresentando, mesmo que lentamente, transformações decorrentes de uma visão mais ampliada de modelos de gestão mais compartilhados e participativos⁽⁴⁷⁾.

Cabe ressaltar que, até o século XVII, o domínio do espaço hospitalar era das irmãs de caridade e Florence Nightingale institucionalizou a enfermagem enquanto profissão em

ambiente hospitalar ⁽⁴⁸⁾. Para Foucault ⁽¹⁹⁾ as mudanças no ambiente hospitalar foram no sentido de se tornar mais um local obrigatório de aprendizagem do saber médico, uma exigência de caráter científico que trouxe a disciplinarização do conhecimento médico. Utilizando-se dos conhecimentos de Foucault, Carapineiro ⁽⁴⁹⁾ conceitua disciplina como sendo “uma técnica, um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, comportando um conjunto de instrumentos, de técnicas de procedimentos, de níveis de aplicação de alvos”.

Nesse sentido, o hospital é uma instituição disciplinar onde se aplica de modo radical o modelo biomédico e este, por sua excessiva especialização, fragmentação e incorporação descontrolada de novas tecnologias, acaba por condicionar a recuperação da saúde à realização de infindáveis procedimentos, contribuindo, e muito, com a fragmentação no processo assistencial e a desintegração com os outros níveis de atenção à saúde.

A gestão hospitalar passa por reformulações, sendo necessário reconhecer que é um espaço multidisciplinar e seus usuários progressivamente mais exigentes, mas também é um lugar de segregação social tanto em relação ao tipo de sujeitos doentes como também aos diversos grupos de profissionais. O poder e a autonomia do profissional médico é ainda dominante e, mesmo existindo a autoridade de uma estrutura administrativa, o hospital “monopolizado” pela profissão médica através da tecnicidade de suas ações e métodos limitou a identidade de outros profissionais e do próprio indivíduo que dele necessita ⁽¹²⁾.

Essa realidade poderá ser modificada, segundo Campos ⁽⁵⁰⁾, se os vários grupos de profissionais que compõem o hospital, atuando no seu “núcleo de competência” com seu conhecimento específico, assumirem as diversas responsabilidades inerentes a esse espaço de trabalho de modo compartilhado com os demais profissionais, constituindo então o “campo de competência” dos profissionais da área de saúde.

O HC da UNICAMP, local de desenvolvimento deste estudo, é um hospital universitário, que no seu conjunto de atribuições tem sua missão declarada com a finalidade

de assistência, ensino e pesquisa, e, por isso, tem diferentes papéis e estabelece uma complexidade de relações políticas com a faculdade de ciências médicas, faculdade de enfermagem, com a própria universidade, com a Secretaria Estadual de Saúde - SES, com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação - ME e Ministério de Ciência e Tecnologia - MCT.

Alves⁽⁵¹⁾ salientou a complexidade de relações políticas no HC, que sofre a influência de vários interesses e produz, de certa forma, conflitos e disputas de poder que interferem na sua dinâmica, caracterizada pela hegemonia dos docentes médicos e suas respectivas disciplinas. Estas ocupam vários espaços de poder e, na maioria das vezes, pautam a forma de atenção à saúde, definindo o direcionamento do ensino, pesquisa e assistência.

Nesse contexto há descontinuidade de alguns propósitos de trabalho interdisciplinar, pois, apesar de certo estímulo, inclusive do próprio planejamento da instituição, não avança o espaço de diálogo, porém percebe-se, nitidamente, uma influência e reconhecimento significativos da enfermagem no espaço da gestão e da atenção.

O HC-UNICAMP possui um organograma verticalizado e hierarquizado, com vários níveis de mando, com departamentos fragmentados entre profissões e especialidades médicas. A gestão principal (administração superior), no caso o Superintendente, participa como Vice-Presidente do Conselho Superior da área da saúde, no qual participam todos os seguimentos do processo de trabalho em saúde da universidade, inclusive o usuário; o Conselho Executivo de Administração é presidido pelo Superintendente e, além dos serviços médicos, o Departamento de Enfermagem tem sua representatividade através da Diretora do Departamento de Enfermagem, único serviço efetivamente participante além da corporação médica.

Cabe ressaltar que o HC, desde 2003, abre suas portas definitivamente para o SUS, na sua concepção ampla, pois iniciara nessa época, vários dispositivos institucionais

voltados para uma visão mais ampla de gestão descentralizadora e participativa, tais como: discussão sobre a instituição do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar - GTH, baseado nos conceitos e princípios da Política Nacional de Humanização - PNH do Ministério da Saúde - MS, implementou-se a Ouvidoria como arranjo estratégico da gestão para democracia institucional e controle social.

Inserido no processo de gestão e atenção, o Departamento de Enfermagem - DENF do HC-UNICAMP, baseado no planejamento da instituição, inseriu-se nas discussões para pensar em novas maneiras de se fazer gestão, além de atender os princípios da profissão e as suas por meio da Sistematização da Atenção da Enfermagem - SAE, Gestão de Pessoal - GP e trabalhos compartilhados com o município de Campinas em relação à programação de altas hospitalares e continuidade da assistência na rede secundária e/ou básica.

Na instituição em questão, ou seja, no HC da UNICAMP, a partir de 2007, a proposta de um modelo de gestão e assistência, baseou-se em Campos ⁽⁵²⁾ analisado por apoiadores institucionais. Neste estudo não se pretende aprofundar sobre a essa metodologia e análise, mas explica-se, em linhas gerais, a essência do processo.

A gestão anterior (2007 a julho de 2010) proporcionou um curso de gestão hospitalar direcionado aos gerentes assistenciais e gerentes das especialidades médicas, alguns gerentes administrativos e alguns profissionais assistenciais potenciais articuladores e implementadores da metodologia. Constituiu-se a chefia de atenção clínica com a responsabilidade de coordenar áreas temáticas definidas de acordo com a afinidade das especialidades existentes no hospital, além de realizar a articulação entre essas áreas do hospital como também a integração com a rede do SUS e a interface com o ensino.

Outro dispositivo criado foram as unidades produtivas, de caráter multiprofissional, visando organizar o processo assistencial e de gestão de acordo com a lógica focada no usuário e em suas necessidades de saúde mais específicas, estabelecendo as linhas de

cuidado. Estabeleceu-se também os Colegiados Gestores como forma de desenvolver a gestão participativa na instituição, além de desenvolver protocolos assistenciais, organizando a atenção aos agravos nas redes de atenção macro regional com base em padrões negociados entre várias instâncias do sistema. Juntamente com essas inovações, desenvolveu-se o Contrato de Gestão, um instrumento estruturado, cujo objetivo foi a construção de um processo de gestão pactuada entre a gestão principal do hospital e suas diversas unidades produtivas.

A transformação de instituições complexas como os hospitais é um processo muito exigente, mas é digno de nota que o HC da UNICAMP em suas últimas gestões, tem apresentado avanços inegáveis. Participo da atual gestão (julho de 2010 a 2014) e algumas alterações ocorreram e noto a busca cotidiana por um trabalho mais compartilhado e com mais maturidade em algumas equipes, mas descaracterizados da proposta inicial de modelo em outros. Entendo que essa heterogeneidade é própria de instituições de saúde como os hospitais universitários e um dos grandes desafios para a gestão.

É importante salientar que a atual gestão continua a estimular tal concepção de trabalho em saúde bem como sua execução, buscando sentido e significado através da intervenção dos profissionais, ampliando a clínica com responsabilização, comprometendo-se com a missão da instituição articulada ao SUS.

A gestão em saúde tem características próprias, mas na maioria dos serviços ainda é fortemente pautada na Teoria Científica de Taylor, na Teoria Clássica de Fayol e na Teoria das Relações Humanas de Mayo ⁽⁵³⁾. Por outro lado, no trabalho em saúde o foco deve ser sempre as necessidades do indivíduo sob cuidado e isso deveria determinar a oferta dos serviços de saúde. Por isso, é fundamental definir a missão de cada instituição, seja ela hospitalar ou ambulatorial para melhor organização da gestão e melhor utilização dos

dispositivos atualmente existentes para satisfazer o indivíduo e qualificar a assistência prestada.

Quem está fazendo parte de uma gestão em saúde deve buscar a efetiva comunicação, tanto interna como externa, pois o mesmo sinaliza sobre as relações de poder e autoridade, as inter-relações e interfaces entre áreas, fluxos, cargos, funções, observando a existência de níveis e ou instâncias das relações políticas, estratégicas (objetivos a longo prazo), táticas (médio prazo) e operacionais (curto prazo).

Pensando ainda em organização, não se pode 'abrir mão' de conhecer o planejamento da instituição, base fundamental para atuar com propósitos e metas, pensando em qualidade do trabalho a ser desenvolvido e no desenvolvimento das pessoas, ou mesmo para, como gerente/gestor, ter a base para desenvolver o planejamento de sua área de responsabilização para transformações e/ou mudanças necessárias e atingir objetivos, que, segundo Tancredi ⁽⁵⁴⁾ "deve convergir para gerar resultados e não apenas produtos".

De forma geral, o planejamento com foco estratégico, pressupõe atuar articulando o conhecimento teórico com a ação (evidências, raciocínio crítico, criatividade, reflexão, intuição), inserindo o tempo presente e vislumbrando o futuro. Se bem estruturado o presente, teremos maiores possibilidades de assertividade no futuro, utilizando para isto, parâmetros quantitativos de avaliação (indicadores) ⁽⁵³⁾.

Avedis Donabedian, na década de 60, organizou seu pensamento em relação a qualidade de serviços de saúde, fundamentado em três enfoques: estrutura, processos e resultados. Nessa linha, o American College of Surgeons propôs um padrão mínimo para prestação de cuidados hospitalares e o mais recentemente instituído, primeiramente nos Estados Unidos, é sobre a segurança na assistência prestada, passando a ser considerado o principal componente da qualidade. ⁽⁵⁵⁾

Outro dispositivo importante a ser citado para adequada gestão em saúde e da enfermagem são as ferramentas que avaliam a qualidade dos serviços de saúde e sua certificação, que não constitui foco de análise no presente estudo. Tal modelo de gestão ou itens citados, além de intervirem positivamente na qualidade do serviço e conseqüentemente na assistência prestada, tem como um dos princípios, valorizar as pessoas envolvidas no processo de trabalho (gerentes, trabalhadores, profissionais técnicos e usuários) e que são diferentes entre si, implicando no esforço da mudança da cultura organizacional da instituição, para haver harmonia e simetria voltados para um foco comum.

Nesse aspecto, Cunha ⁽⁵⁶⁾ considera que

[...] mudar a cultura de uma organização é relativamente fácil quando diz respeito a aspectos físicos, como suas instalações, seus móveis e seus equipamentos. Todavia, é difícil e requer tempo fazer mudanças ou transformações no sistema de crenças e de pressupostos básicos. Pode-se afirmar que nas organizações conservadoras, onde se cultiva a manutenção de costumes e de tradição, a mudança de cultura será muito difícil e demorada.

Portanto, para haver qualidade e certificação dos serviços de saúde, é necessário sistematizar as ações para atingir eficácia, eficiência, visibilidade, entre outros requisitos, relacionados também a custos-efetividade do processo de gestão em saúde. Dessa forma, a gestão necessita ser estratégica, pois no próprio SUS, a rápida incorporação das inovações tecnológicas, gera aumento de demanda que, segundo Pena e Malik⁽⁵⁷⁾, “existe a necessidade de utilizar técnicas e ferramentas para melhoria constante dos processos para redução de custos, aumento da produtividade, contribuindo para a efetividade do

cumprimento da missão, visão e valores da instituição, alcançando o desempenho desejado”.

Os mesmos autores utilizam o conceito de Ginter ⁽⁵⁸⁾ para definir gestão estratégica como sendo “o processo organizacional para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisão para alcançar esse futuro. O resultado do processo de planejamento estratégico é um plano ou estratégia.”

4.1- Núcleo de competência dos gerentes de enfermagem: a atuação do profissional enfermeiro na gestão de pessoas como fator importante na gestão do cuidado

Com o advento da Revolução Industrial, no final do século XVIII, o mundo do trabalho proporcionou ao homem, muitos enfrentamentos, principalmente o controle de suas atividades produtivas e a figura do gerente surge para organizar o modo de trabalhar dos homens, separando-os por atividade, ou seja, esse elemento se apropria da concepção do trabalho (planejamento, coordenação, supervisão e controle) que é exercida por poucos, enquanto que a execução do trabalho é exercida pelos demais.

De acordo com Rozendo ⁽⁵⁹⁾,

[...] as funções executadas pela gerencia, dentro desta nova forma de organização do trabalho, se concentraram naquelas predominantemente intelectuais, de concepção e coordenação, ao passo que as atividades predominantemente manuais eram executadas pelos demais trabalhadores. Esta divisão do trabalho determinou a existência, de um lado, de pessoas que pensam e mandam fazer e, de outro, de pessoas que fazem e

obedecem. Mãos e mentes do trabalho já não parecem fazer parte do mesmo corpo [...]

O papel desenvolvido por esse gerente, segundo a autora, se torna fundamental na lógica capitalista. No cenário da saúde, especificamente o hospitalar, essa lógica se inseriu para o efetivo controle, disciplina e vigilância tanto do ambiente, das pessoas e do trabalho realizado e, a enfermagem foi o serviço mais influenciado pelos princípios da administração científica. A figura do gerente nas fábricas se reproduz nos hospitais com a figura do enfermeiro, com a mesma lógica da divisão social do trabalho: intelectual e manual – concepção e execução.⁽⁵⁹⁾

Apesar do enfoque desse estudo ser o processo mais amplo que é a gestão, concordo com a autora que estudou o quanto é distante o conceito de líder e de gerente, pois o líder tem a capacidade individual de exercer influência sobre os outros, o que não deve ser de forma alienadora. Entende que

[...] a idéia de líder e de liderança não se coaduna com os princípios concebidos no movimento da administração científica e que, ao considerar a organização como elemento mais importante, submete a vontade e a criatividade individuais aos objetivos organizacionais e à atividade administrativa [...].⁽⁵⁹⁾

Cabe salientar que as Diretrizes Curriculares Nacionais preconizam competências e habilidades essenciais, num total de seis para serem desenvolvidas com os futuros profissionais de saúde: comunicação, liderança, tomada de decisões, administração e gerenciamento, educação permanente e atenção à saúde⁽⁶⁰⁾. O trabalho em saúde no hospital tem uma organização tecnológica e social, ou seja, o processo de produção e serviços depende de um conjunto de saberes e instrumentos, de relações sociais, nas quais

os agentes executam as suas práticas de maneira interdependente e complementar. Esses agentes têm sua autonomia, porém, tensionada pela própria característica do processo de trabalho em saúde. Os cuidados são produzidos com o intuito de atender o paciente/usuário no aspecto curativo, em que agentes atuam de modo parcelar, contribuindo para a recuperação do doente, porém de forma fragmentada. É importante salientar que neste modelo, o trabalho coletivo desses agentes é direcionado pela racionalidade médica à qual os profissionais da equipe de saúde ainda se submetem.

Destaco os conceitos de Campos⁽⁵⁰⁾ sobre núcleo de competência e responsabilidade e campo de competência e responsabilidade na área da saúde, para compreender saberes e as especificidades de ações de uma categoria profissional (núcleo de competência), como também ações, saberes comuns e responsabilidades compartilhadas e que não são específicas de uma só categoria (campo de competência). Trata-se das ações multiprofissionais que exige dos profissionais, maturidade, bom senso, compreensão e foco no indivíduo que necessita da assistência qualificada, não implicando em perda de identidade profissional, pois o que é específico de cada profissão, está resguardado por seus órgãos de classe e responsabilidade ético-profissional.

Com os avanços tecnológicos, os equipamentos hospitalares estão cada vez mais sofisticados e boa parte dos profissionais de saúde mecanizou o seu trabalho. Explorações terapêuticas surgem a cada dia pelos serviços assistenciais e, como de costume, a administração/gestão dos hospitais envolve a gerência e a enfermagem que, na maioria das vezes, se encarrega de assessorar na organização de técnicas e rotinas, mas preocupando-se também com a real necessidade dessas tecnologias, seus benefícios e a segurança do doente no processo assistencial.

Em estudo anterior⁽¹⁴⁾ abordei esta temática, destacando que:

[...] O profissional enfermeiro, envolvendo-se no processo terapêutico, conhecendo e dominando sua atuação específica, assume a tomada de decisão no plano de cuidados; quando sugere ações que afetam o diagnóstico e o tratamento médico, contribui para a transformação de qualidade na assistência prestada, favorecendo a relação entre equipes e principalmente o ser em cuidado.

A gestão do trabalho da enfermagem, em qualquer instituição, além da dimensão do ensino e pesquisa, possui a dimensão gerencial e assistencial que se complementam e se retroalimentam, pois tratam do processo de cuidar (assistência ao indivíduo e família) e gestão do serviço (processos e pessoas)⁽³²⁾.

Conforme salientam Pimentel de Siqueira et al⁽⁶¹⁾, a enfermagem representa o grande contingente de pessoal do hospital (cerca de 35% a 40% do quadro geral) e, juntamente com as demais profissões e trabalhadores que desenvolvem atividades direta e indiretamente ligadas a assistência, compõem a força de trabalho da prática assistencial. Nesse contexto, a enfermagem faz a interface com vários serviços de apoio, articula os integrantes da equipe multiprofissional para que a assistência se realize adequadamente aos usuários, de forma responsável e comprometida.

As contradições ainda existem até o momento atual, pois as atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro devem se dar de forma complementar, desde que as mesmas estejam focadas no usuário e no cuidado ao mesmo e, surge outra ação importante nesse processo que é o de realizar a gestão das pessoas, no sentido de estar com as mesmas, inseridas de forma co-responsável com o processo de cuidar.

Para uma adequada sistematização da gestão em enfermagem são necessários vários dispositivos dos quais destacaremos: planejamento, regimento, manuais, protocolos técnicos e gerenciais, além de otimizar custos tanto com pessoal como para a estrutura de

materiais e equipamentos, distribuição de pessoal (escalas mensais, diárias e de férias, treinamentos e educação permanente), zelo, controle e normas de utilização de equipamentos que são instrumentos de trabalho (tecnologia dura e leve-dura), além do processo de cuidar que abrange a dimensão relacional e ética (vínculo) com o ser em cuidado, e, principalmente o Processo de enfermagem em todas as suas etapas: histórico, diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem, evolução e anotações de enfermagem.⁽⁶²⁾

A importância da enfermagem enquanto gestão em conhecer e se apropriar das diretrizes macro e micro que existem para contribuir no processo de gestão do trabalho em saúde. Na instituição em que atuar, deverá conhecer os princípios do SUS, do planejamento estratégico da instituição e participar do mesmo para construir a missão, visão e valores, agregando sentido e significado nessa construção, para ser valorizado e reconhecido como essencial nesse processo, pois além de atuar, tem autonomia por seu conhecimento no processo de cuidar, em transformar a realidade, pois, como intelectual orgânico, líder das categorias existentes na enfermagem, promove o direcionamento da assistência integral ao indivíduo dentro de trabalho em equipe multi e interdisciplinar.

Não cabe neste estudo trazer as contradições e conflitos ainda existentes no processo de trabalho em saúde em relação a hegemonia da categoria médica, principalmente no espaço hospitalar, porém, não devemos ser ingênuos: sabe-se que a distribuição de poder existente nas organizações, segundo Cecílio e Moreira⁽⁶³⁾, exacerba conflitos de interesses e disputas cotidianas internas, muitas vezes agudizadas pelos mecanismos de controle aplicados de modo assimétrico.

4.2. A importância do planejamento: uma construção dialética entre Carlos Matus e Florence Nightingale

Carlos Matus foi um economista chileno, nascido em 1931, que se destacou com suas proposições e conceito de planejamento estratégico de governo, capacidade de governo, governabilidade, estilos estratégicos de governo, entre outros temas.

Florence Nightingale, nascida em 1820 na cidade de Florença, na Itália, foi considerada a precursora da enfermagem moderna e se destacou por seus conhecimentos em latim e outras línguas, matemática, estatística, artes, filosofia e religião, além de protagonizar um novo papel para mulher na conservadora sociedade vitoriana. Para Carraro⁽⁶⁴⁾ “era dotada de muita perspicácia e, através da educação recebida e dos conhecimentos adquiridos, desenvolveu acentuado pensamento crítico.” A mesma autora elucida algumas características dessa mulher que para alguns autores é criticada por preconizar a divisão social do trabalho na enfermagem, no entanto,

(...) para compreender quem foi Florence Nightingale, o que ela fez e os escritos que ela deixou, é necessário compreender também o mundo em que ela viveu: a Inglaterra de Dickens, a Inglaterra Vitoriana, rainha dos mares, moralista, industrial, imperiosa e progressista. Para os ricos, tanto quanto para os pobres, era uma época de ignorância médica, quando fraturar um braço ou uma perna significava perde-la. No que se refere à saúde, estavam acontecendo, em vários locais do mundo, descobertas que levaram a grandes avanços terapêuticos. Todavia, a leitura dos registros Hipocráticos, com a Teoria Miasmática das Doenças, exercia a maior influência nesta área, o que podemos perceber nitidamente nos escritos de Florence⁽⁶⁴⁾.

Para Florence, planejamento e observação eram fundamentais para sua atuação e, com inteligência, colocava em prática seus conhecimentos estatísticos, sanitários, nutrição, saúde pública, administração e logística para realizar o cuidado de enfermagem aos soldados feridos na guerra da Criméia.⁽⁶⁴⁾

Carlos Matus foi preso político no Chile e, durante seu cárcere desenvolveu seus escritos com intensa crítica ao planejamento tradicional e iniciou uma construção sobre planejamento Estratégico Situacional – PES. Azevedo⁽⁶⁵⁾ explica que, para Matus, o planejamento é considerado “como método de governo, como ferramenta útil, flexível e eficaz para lidar com as necessidades da direção em cada lugar da administração pública”.

Busquei desenvolver uma analogia entre a essência do planejamento de Matus como método de governo, com foco na administração pública, com a visão de planejamento do cuidado e ambiente terapêutico de Florence Nightingale. A princípio, pode parecer que não existe correlação clara, mas, na trajetória deste estudo, aprofundando meu interesse na gestão do trabalho em saúde e em especial na área de enfermagem, direcionou-se a atenção na fundamentação do trabalho da enfermagem voltada para o processo de cuidar, que requer conhecimento, planejamento, coordenação, visão, cálculo, atitudes e ações de forma sistematizada, pensada criticamente, para que os resultados alcançados sejam satisfatórios para todos os indivíduos envolvidos nessas ações. Tudo isso aparece com destaque nas contribuições de Carlos Matus e Florence Nightingale.

Por isso o interesse em destacar uma parcela de todo o contexto do PES de Matus que é o ‘triângulo de governo’. De acordo com Azevedo⁽⁶⁵⁾, governo, em Matus se refere ao comando de um processo, não apenas do Estado, mas também de um ministério, sindicato ou unidade de saúde, por exemplo. Dessa forma, podemos deduzir que várias outras categorias ou segmentos, governam, se organizam para a ação. Matus esclarece que:

[...] o planejamento é o cálculo que precede e preside a ação. É o cálculo para a decisão a ser tomada hoje. Introduce a noção de que o planejamento está voltado para o presente, já que a única forma de construir o futuro é atuar, e só é possível agir no presente. Toda ação concreta se faz no presente, para impactar o futuro desejado. Assim, a decisão sobre o que fazer hoje será eficaz ou não para a construção do futuro desejado⁽⁶⁵⁾.

Nightingale, em seu livro “*Notas sobre enfermagem*”⁽²³⁾ escreveu sobre o planejamento das ações de enfermagem em texto que é respeitado até os dias atuais. Seu relato mostra que atuou, organizou experimentou, mediu, concretizou e, assim construiu as bases para o futuro, onde estamos hoje, que tem suas raízes nessa trajetória, como salienta Castro: no prefácio do referido livro

Assim, ela evidenciou “o que é e o que não é” enfermagem, mostrando a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquele buscado pelos médicos, e cujos fundamentos permitiriam manter o organismo em condições de não adoecer ou de se recuperar de doenças. Sua percepção da doença como um esforço da natureza para restaurar a saúde mostrou-se uma idéia fecunda, dando à enfermagem uma dimensão original, qual seja, a de favorecer esse processo reparativo, mediante o uso do ar puro, da luz e do calor, da limpeza do repouso e da dieta, com o mínimo dispêndio das energias vitais do paciente⁽²³⁾.

Matus, em seus estudos sobre plano e cálculo, fala sobre a governabilidade do homem sobre as situações que precisa enfrentar como também a necessidade de fazer apostas para procurar dominar as improvisações necessárias que poderão surgir (incertezas,

surpresas, apoios ou não de outros atores), tentando equilibrar as variáveis que controla e as que não controla para poder governar. É como se o governante precisasse aprender a jogar, a ser um estrategista⁽⁶⁶⁾.

Com a elaboração do triângulo de governo, Matus⁽⁶⁶⁾ busca sintetizar como se comporta um governante diante de uma realidade, ou seja, precisa elaborar um plano de governo, estabelecer estratégias para ter governabilidade para lidar com as variáveis controladas e as não controladas e a eficácia de sua gestão dependerá da sua capacidade de governo. Esclarece que esta tem um aspecto pessoal e outro institucional, entendendo que

[...] a baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, a qualidade da proposta da gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo⁽⁶⁶⁾.

Partindo de sua base nighthigeliana e utilizando a lógica matusiana para analisar o processo de trabalho do enfermeiro na atualidade e sua atuação nas instituições de saúde, o “projeto de governo” da enfermagem seria instituído a partir da qualificação da assistência e do papel imperativo do enfermeiro; a governabilidade corresponderia à competência do profissional (conhecimento, habilidade, atitudes/ações), e a capacidade de governo diz respeito à efetividade das ações colocadas ‘em jogo’ (métodos de cuidado) aliado à eficiência da equipe para atingir as metas ou propósitos. Outro dispositivo que podemos agregar a esse raciocínio sobre planejamento e ação, é uma dimensão historicamente instalada nas organizações hospitalares, que é a do poder.

Organizar, planejar, articular, agir, avaliar, liderar são competências fundamentais para as pessoas/sujeitos realizarem um trabalho que possa exercer um poder, na medida em que esse trabalho ocorra, de forma compartilhada e que a liderança desse trabalho seja agregadora, pró-ativa, não considerando que essa lida refere-se mais a um gerenciamento de coisas, mas sim de um liderar pessoas para se conseguir sucesso. O conceito de poder aqui referido relaciona-se com o desenvolvido por Foucault, em 1993 e por Hannah Arendt em 1994, utilizados nos estudos de Rozendo. ⁽⁶⁷⁾

Considera-se neste estudo a visão de Foucault ⁽¹⁹⁾ sobre o poder como algo que funciona e se exerce em rede, está atrelado a uma prática social construída e que atua no corpo dos sujeitos (regulamentação, hierarquização, disciplinamento), o que, para Arendt traduz-se para o conceito de violência, utilizando-se das relações de poder existentes nos microespaços, para exercer dominação excludente⁽⁶⁸⁾.

Para Arendt *apud* Rozendo⁽⁶⁷⁾ o poder existe quando a palavra e o ato não se divorciam, requerendo consenso e convicções comuns. É algo que se processa coletivamente, ou seja:

Para que ocorra o exercício do poder, as pessoas precisam estar conscientes de sua participação efetiva nos processos em que estão envolvidos, necessitam não apenas apoiar e estar de acordo com as decisões que devam ser tomadas, mas necessitam empenhar-se para agirem juntamente com as outras pessoas, expondo seus pontos de vista, comunicando-se, fazendo-se valer de sua condição humana de ser plural, político, comunicativo, de ser que não apenas faz, mas age em comunhão com outros seres em igual condição e cuja ação não está orientada para o próprio sucesso. ⁽⁶⁷⁾

Outro aspecto importante no campo da saúde é o processo de trabalho na lógica das profissões, uma das formas de coordenar as ações na gestão hospitalar. Cunha⁽⁵⁶⁾ baseado em Cecílio e Merhy explica que se refere a um tipo de coordenação pautada nas diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais), mais enfaticamente entre médicos e enfermeiros, cuja proximidade de ações provocam tensões, porém, deve-se buscar mecanismos que facilitem esse processo.

Cecílio explica que “quando se propõe a fazer mudanças ou transformações nas organizações, pode ocorrer instabilidades, pois tais mudanças poderão ser interpretadas como ameaças ao esquema de poder já instituído.”⁽⁶⁹⁾ e esclarece que:

[...] no tradicional modo de se fazer a gestão em hospitais, os médicos gozam de alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle [...]. No corpo de enfermagem, essas linhas de poder são mais marcadas quando se olha na linha vertical de comando que vai da enfermeira à auxiliar de enfermagem, mas são menos nítidas quando se olha a relação entre as enfermeiras e estas com os médicos e direção do hospital [...].

O que se quer evidenciar é que, com modelos de gestão mais democráticos, descentralizados, mais participativos, valorizando a autonomia dos profissionais por meio de seus conhecimentos, é possível transformar as relações e a distribuição de poder; tendo um espaço de gestão mais claro, mais coerente com o modo de trabalho em equipe em que todos estão voltados para a mesma finalidade: prestar assistência com qualidade.

Cecílio e Mendes⁽⁷⁰⁾ baseados em Moreira destacam as três dimensões de poder nas organizações hospitalares e estas apresentam certa correlação com o Planejamento Estratégico de Carlos Matos e o pensamento de Florence Nigthingale, conforme já exposto.

A primeira dimensão está relacionada à estrutura, contratos, normas, arranjos hierarquizados de autoridade e atua para que haja uma organização formal e de controle dos processos de trabalho. A segunda dimensão diz respeito à regulação do trabalho das corporações, do 'como fazer', o limite das ações, fluxo e disciplinamento do paciente, disciplinarização dos atos hospitalares, registros, normas internas, certificação entre outras. A terceira dimensão é mais voltada ao poder de decisão, de forma coletiva, participativa e coerente com o propósito da organização.

As três dimensões contribuem para o entendimento dos processos de gestão do trabalho em saúde, constituindo-se como “modos de se fazer a gestão que se orientam para a construção de um novo pacto ético-político no hospital, que tenha como referência e ponto de partida sempre, o mundo do trabalho e as relações reais que se estabelecem seus atores entre si e com os usuários” ⁽⁷⁰⁾

Ressalto a importância do agir de modo estratégico nas várias dimensões do trabalho do enfermeiro na gestão hospitalar e na organização do trabalho da enfermagem. Exemplificando, se atuar predominantemente na dimensão normativa/disciplinar desenvolverá uma gestão predominantemente autocrática. O foco na dimensão regulatória torna seu trabalho concentrado na definição e cumprimento de metas, enquanto que concentrar sua atuação na dimensão do consenso, poderá contribuir para a instituição de uma gestão integradora, interdisciplinar e emancipatória, mas com sérios riscos de se portar, em muitos momentos, simplesmente como um representante dos interesses da corporação.

5.

Os desafios e as possibilidades de construção de um novo paradigma científico na saúde com perspectivas integradora, interdisciplinar e emancipatória

Capítulo V: Os desafios e as possibilidades de construção de um novo paradigma científico na saúde com perspectivas integradora, interdisciplinar e emancipatória

Uma política institucional adequada traz desafios e grandes possibilidades para o exercício ético do trabalho em saúde. De acordo com Cunha ⁽⁷²⁾

as políticas institucionais dizem respeito ao conjunto de planos que vão direcionar a organização a atingir seus objetivos e suas metas a partir do planejamento estabelecido, auxiliando o gestor na condução de sua área e de seu grupo de colaboradores, bem como balizando possíveis problemas legais.

Algumas ações balizam o processo de gestão do trabalho na enfermagem e conseqüentemente na gestão hospitalar como a competência profissional do enfermeiro. Esse profissional, ampliando seu conhecimento, habilidades, atitudes e agregando valores e resultados da visão biologicista, valoriza, com certeza, seu “modus operandi”. Quando essas ações são inseridas de modo efetivo no trabalho interdisciplinar, com ações autônomas e assertivas, não se esquecendo, como profissional que é um ser humano e que, portanto, deve valorizar-se como ser humano, numa visão holística; em qualquer posição em que se encontrar, atua em equipe conforme elucidam os pressupostos da Teoria sócio-humanista de Capella e Leopardi ⁽⁷¹⁾.

o processo de trabalho em saúde é coletivo, em que cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos,

tanto com o sujeito portador de carência de saúde, como com toda a equipe de enfermagem e equipe de saúde

Para a necessária compreensão e atitude nessa lógica, é essencial uma força de trabalho qualificada para o exercício pleno do trabalho em saúde por meio da educação permanente. Um exemplo disto é a utilização de um método de gestão ou método de apoio à cogestão, denominada Método Paidéia ou da Roda, Cunha e Campos⁽⁷²⁾ explicam que:

a cogestão é o exercício compartilhado do governo de um programa serviço, sistema ou política social. Esse compartilhamento é necessário porque a gestão sempre ocorre entre sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais. O exercício compartilhado de governo implica coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informação, tomada de decisão e avaliação de resultados.

O Método da Roda ou Paidéia de Campos propõe a construção de espaços coletivos institucionalizados constituídos por diversos sujeitos “com distintos interesses e papéis institucionais, construindo-se oportunidade para análise e a tomada de decisão coletiva sobre temas relevantes”⁽⁷²⁾.

Tal método instiga à compreensão do trabalho em saúde pelos membros da equipe de saúde e das necessidades do indivíduo relacionadas à sua saúde, não desconsiderando as necessidades de cada categoria profissional, além de também proporcionar prazer e satisfação profissional segundo Capella e Leopardi⁽⁷¹⁾. Nessa linha, este estudo também destaca a necessidade da gestão, ou, mais especificamente dos sujeitos que a constituem, refletirem criticamente sobre as ações baseadas não só em dispositivos que tratam de ‘coisas’ e colocam as pessoas como ‘recursos’, integrantes de um processo de produção,

mas as reconheçam e se reconheçam, em sua verdadeira natureza, e não de forma massificada apenas por sua utilidade, numa visão da lógica capitalista. Dessa questão pode nos remeter justificativas sobre o motivo pelo qual, muitos esforços não são suficientes para transformar ou envolver pessoas para atingir metas organizacionais. Em muitas situações, ainda não se obtém grandes resultados ou as ações não surtem grandes impactos, devido a forma como ocorrem as relações de trabalho. A realização de um trabalho em equipe, de forma participativa, congruente, sinérgica e em harmonia uns com os outros e com objetivos em comum, o resultado pode ser considerado como a realização de uma “obra”, conforme explicam Pitta⁽⁷¹⁾ e Cortella⁽⁷²⁾.

Cabe ressaltar o conceito de excelência na visão de Cortella correlacionando-o com o trabalho em saúde, principalmente no contexto hospitalar, em relação à essência e importância do trabalho em equipe:

excelência não é um lugar aonde você chega. Excelência é um horizonte[...]
Só será possível construir futuro e buscar excelência se formos capazes de conviver, dentro da igualdade, com a diferença das atividades que cada um faz. Num mundo que muda velozmente, uma empresa só se fortalece se estabelecer condição de sinergia[...]. Sinergia significa “força junto”. E, nesse sentido, fazer “força junto”, obriga a olhar o outro como outro e não como estranho.⁽⁷²⁾

O “raciocínio linear” nas organizações, segundo Pitta⁽⁷³⁾, já não responde mais às necessidades de sobrevivência das organizações, principalmente pela emergência do sujeito (cliente, usuário), como indivíduo, que, pela disponibilização da tecnologia da informação, favoreceu a proximidade dos mesmos com legislações, direitos e deveres, obrigando as instituições reverem seus conceitos, ou seja, não divulgarem os produtos e serviços, mas,

sim seus valores, sentido moral e ético das relações que se estabelecem no mundo do trabalho e em especial no trabalho em saúde. Apesar da citação corresponder ao mundo empresarial, destaco neste estudo, pois o sentido das palavras pode se adaptar aos serviços públicos de saúde, em relação à excelência que os serviços devem buscar:

as empresas necessitam reformular suas próprias crenças a respeito de sua missão, formação de riqueza e lucro, criando um ambiente para o desenvolvimento das pessoas e favorecimento da criatividade, adotando um novo sentido de liderança organizacional. A verdadeira transformação organizacional só ocorrerá se o modelo mental e os planos estruturais da empresa forem reestruturados. Isso implicaria investir no conhecimento, nas pessoas, em uma nova lógica organizacional que aposte na interação do relacionamento com seus clientes ⁽⁷³⁾.

Trazendo essa reflexão para o trabalho em saúde, a enfermagem e os demais profissionais, assim como a gestão da organização, tem definido seus papéis técnico, gerencial, de liderança e gestão, deve, mesmo assim, haver por parte de todos, o interesse em buscar novos conhecimentos e desenvolver novos arranjos no campo da ética, da bioética, da humanização e, principalmente no campo político-estratégico, para criar diretrizes para atuar de forma holística, como salientam Capella e Leopardi ⁽⁷¹⁾:

Há que se ter um outro “olhar”, em que se visualize primeiro o ser humano que está demandando atendimento. Há que se pensar em construir uma instituição dialogante, onde o paciente deixe de ser objeto para a cura e passe a ser sujeito de diálogo. Há que se pensar que a condição humana do sujeito impõe vontades e que são esses desejos e vontades que,

reinterpretados pelos trabalhadores da área da saúde, e intermediados pela instituição, possibilitarão uma nova ordem de saúde.

Finalizando toda a construção e fundamentação teórica, quero mencionar minha experiência vivenciada (gestão junho 2010 – junho 2014), estando Diretora do Departamento de Enfermagem do HC/UNICAMP e responsável técnica na instituição perante o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo⁽⁷⁵⁾.

Após ter sido convidada pelo superintendente do hospital, para exercer cargo de confiança em sua gestão, coube-me compor a equipe assessora, constituindo o que denominei de Núcleo de Gestão de Departamento de Enfermagem (a diretora para realizar a gestão do trabalho como um todo, duas assistentes, uma na área de gestão de pessoas ('cuidando de quem cuida' e clima organizacional do ambiente de cuidado), e outra na área de gestão do cuidado (processo de cuidar/cuidado) e uma enfermeira realizando o gerenciamento da dinâmica do quadro de pessoal, além de todo o corpo gerencial distribuído nas áreas assistenciais (diretor, supervisor e equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem)).

Além das atividades de gestão do trabalho da enfermagem (gestão do cuidado e gestão de pessoas), cabe ainda ao Diretor do Departamento de Enfermagem – DENF – fazer parte oficialmente do Conselho Executivo do HC e ser um dos plantonistas administrativos (especificamente enfermeiros), representando a Superintendência todos os dias, após o horário comercial e em todos os finais de semana, feriados (prolongados ou não) e recesso, as 24 hora do dia, respondendo por qualquer questão referente à dinâmica hospitalar nos referidos períodos.

Imediatamente após assumir o cargo, reunimo-nos com todas as equipes de enfermagem, dos três turnos para apresentar, em linhas gerais, os propósitos da gestão e, no início de 2011 apresentamos as diretrizes do planejamento (linhas estruturantes) para que todos os gerentes participassem da construção do plano de trabalho juntamente com

suas equipes. Tais ações se pautaram por considerar que o hospital público universitário se constitui uma organização complexa, com considerável dinamismo operacional, nele incorporado o avanço constante de conhecimento, vários saberes e práticas, aptidões, tecnologia, e com diferentes finalidades já expostas.

Nesta perspectiva, entendemos que a gestão do trabalho do DENF vem atuando com o desafio da transformação e/ou mudança, tanto na estrutura interna, como nos processos assistenciais, gerenciais e de gestão, no sentido de qualificar ainda mais a assistência prestada, em particular, a da enfermagem, no sentido de preparar as pessoas, gerentes ou não, para atuarem proativamente para que a gestão cumpra as metas, atingindo resultados satisfatórios, garantindo, assim, a assistência de enfermagem humanizada, sistematizada e uma corporação profissional competente e satisfeita com o desenvolvimento do trabalho.

Sob esse enfoque, o DENF procura compartilhar com toda a equipe e com a gestão principal os resultados derivados das ações não muito estratégicas como planejadas, porém determinadas pela busca mais assertiva e compartilhada das ações desenvolvidas para a qualificação da assistência, do ensino, da pesquisa e das pessoas que o constituem.

O propósito da gestão nessa qualificação propicia um espaço para a reflexão coletiva, estimulando a criatividade, autonomia, inovação e, principalmente a responsabilidade e comprometimento das ações dos profissionais, visando buscar novas perspectivas para o desenvolvimento das competências individuais e coletivas das equipes para prestar assistência de enfermagem de excelência e contribuir com o adequado desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

As linhas estruturantes⁽⁷⁵⁾ construídas para direcionar o plano de gestão foram as seguintes:

Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem,” Resolução COFEN 358/2009⁽⁷⁴⁾ para qualificar a assistência prestada, embasando cientificamente o desenvolvimento do trabalho.

Objetivo: convergir o empenho do núcleo do DENF, diretores de serviços e responsáveis por células de trabalho nessa organização (estrutura), por meio do planejamento realizado, alinhar todos os processos (assistenciais, gerenciais e de liderança de pessoas) e analisar criticamente os resultados alcançados tanto no nível político, estratégico, como no tático e operacional, proporcionando qualidade na gestão, visibilidade social do DENF/HC dentro da macro e micro estrutura da universidade.

Processo de Enfermagem

Processo de Enfermagem “é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”, conforme a Resolução COFEN 358/2009⁽⁷⁴⁾

Objetivo: Implementar o Processo de Enfermagem nos serviços de enfermagem do HC, respeitando-se as suas especificidades. Manter e estimular por meio de educação permanente discussão clínica entre gerentes e equipe de enfermagem, no sentido de qualificar as ações de enfermagem no cuidado ao paciente.

Dimensionamento de Pessoal

Adequar pessoal nas áreas de assistenciais direta, indireta e ambulatoriais, às necessidades da instituição com foco na necessidade dos usuários e na segurança do trabalhador.

Objetivo: Prover a quantidade de funcionários por categoria funcional, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada aos usuários, baseando-nos na Resolução COFEN 293/2004⁽⁷⁵⁾.

Coaching/Tutoria na liderança para os gerentes técnicos e responsáveis por células de trabalho e enfermeiros líderes dos turnos

É um processo no qual o gestor orienta o profissional sob sua responsabilidade no desenvolvimento de suas atividades, no gerenciamento da assistência, do ambiente de cuidado e gestão de pessoas.

Objetivo: Capacitar os enfermeiros para suas responsabilidades de liderança e gerenciais.

Supervisão Clínica em Enfermagem

É um processo que consiste fundamentalmente em orientar e estimular os supervisionados na execução de atividades sistematizadas, de forma humanizada.

Objetivo: Constituir um processo educativo e contínuo para manter a qualidade assistencial de enfermagem prestada e buscar o aprimoramento do pessoal por meio do planejamento, execução e avaliação das atividades assistenciais de enfermagem.

Educação Permanente

Constitui um processo educativo de conscientização da importância em desenvolver suas ações com reflexão crítica, criativa, empreendedora, investigativa e ética. Está inserida nesse processo a educação continuada.

Objetivo: Capacitar e qualificar os profissionais de enfermagem

Além das diretrizes e linhas estruturantes acima, criaram-se Comissões Integrativas para propiciar uma gestão mais compartilhada favorecendo a participação de representantes das equipes gerenciais e assistenciais, tais como Conselheiros de Enfermagem, Marketing, de Eventos, Saúde do Trabalhador e de Processo de Enfermagem e indicadores de assistência, como também o Colegiado dos gerentes e responsáveis por seções e células de trabalho.

Estabeleceu-se também avaliação anual do planejamento e da gestão bem como reuniões semestrais para a “prestação de contas” da gestão com toda a equipe de trabalho, abrangendo os três turnos.

5.1- A atuação do profissional enfermeiro como “intelectual orgânico” no processo de gestão hospitalar.

Busca-se nesta trajetória, desenvolver uma reflexão que tem como referencial o pensamento de Gramsci, relacionando-o com a atuação do enfermeiro como líder de equipe no momento atual em nível hospitalar e a busca pela hegemonia cultural no processo de cuidar na enfermagem, trazendo algumas considerações de Gyorgy Lukács sobre o homem e o que ele fez de si mesmo no que diz respeito à humanização das relações de trabalho.

Não considero possível refletir sobre o assunto sem antes considerar a necessidade dos centros formadores passarem por transformações em suas teorias, práticas e culturas, ou seja, promover a mudança de paradigmas para que os futuros profissionais consigam ser os sujeitos do apreender a aprender, enfrentar os desafios do mundo contemporâneo, inserindo-os no contexto sócio-cultural e histórico e, assim, constituí-lo enquanto sujeito com identidade e autonomia, como salienta Paulo Freire ⁽⁷⁷⁾:

a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar e de narrar ou de transmitir "conhecimentos" e valores aos educandos, meros pacientes a maneira da educação bancária, mas um ato cognoscente {...} educação problematizadora consiste de caráter autenticamente reflexivo, implica num constante ato de desvelamento da realidade.

O comportamento do profissional enfermeiro e dos integrantes da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem), sempre foi para mim motivo de reflexão.

Minhas inquietações sempre giraram em torno da missão social e institucional do enfermeiro, ou seja, procurar entender sua visão de mundo¹ no trabalho, e, de certa forma, contribuir para ampliar a visibilidade social da enfermagem.

Visão de mundo segundo Fazenda,⁽⁷⁸⁾ é a própria

concepção da realidade ou uma percepção organizada da realidade ou como um pressuposto ontológico de forma geral e abrangente está relacionado às concepções de história, de homem, de sujeito, de objeto, de ciência, de construção lógica, etc, definindo mais o fio condutor da compreensão e da explicação das várias abordagens.

A enfermagem, como prática social, é historicamente construída e atuando de forma articulada na equipe multiprofissional de saúde pode ser reconhecida tanto no seu aspecto técnico, como também produtora de um conhecimento científico específico sobre o cuidar/cuidado e a Lei 7498/86⁽¹¹⁾ fundamenta as atividades do enfermeiro e equipe.

No entanto, para se reconhecer a enfermagem como profissão e o enfermeiro como profissional utilizarei, dentre os conceitos de Gramsci, a idéia de *imaginário social* da sociedade em relação aos mesmos. Heidemann⁽⁷⁹⁾ elucida que através de nosso imaginário social apreendemos uma visão de mundo, (adquirimos uma *Weltanschauung*) como concepção ideológica, que nos leva a conhecer o real de determinado modo. Por meio da ideologia, que interpreta as relações sociais, o imaginário vai interferir na educação, na política, na economia, enfim, em toda a vida social.

¹ Para LUKÁS apud MINAYO, M. C. S. (2000:170), visão de mundo não é um dado empírico imediato, mas um instrumento conceitual de trabalho, indispensável para se compreender as expressões imediatas do pensamento dos indivíduos⁽⁹⁸⁾.

Olhando de modo mais amplo, o trabalho em saúde tem suas características próprias: a maneira de proporcionar saúde, como atuam os diferentes serviços, quem trabalha nesses serviços, como faz, para que, por quê, a quem e com quem, conforme explica MERHY. ⁽¹⁶⁾ Caracteriza-se como trabalho coletivo que pode ser descrito como a organização de um conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. O mesmo autor esclarece que o trabalho em saúde toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-a como um objeto de ação de saúde. ⁽¹⁸⁾

Sendo assim, desenvolvendo-se de forma coletiva, ou seja, vários profissionais atuam num mesmo corpo, para um mesmo ser em cuidado ou mesmo uma coletividade. Desse modo a autonomia dos profissionais, de certa forma, fica tensionada, pois em vários momentos diversas práticas se sobrepõem, principalmente a prática médica e a de enfermagem, que podem ser sintetizadas na essência do “tratar” e do “cuidar”, respectivamente. É um espaço social que, se bem trabalhado, pode gerar mudanças positivas e eficientes para o cliente/paciente/usuário, bem como para o reconhecimento e valorização de cada profissional.

Pires *apud* Capella, ⁽⁷⁸⁾ faz uma adequada reflexão, utilizando conceitos marxistas, do processo de trabalho da enfermagem, expondo os princípios tayloristas da divisão do trabalho: o processo de trabalho da enfermagem tem como finalidade, a ação terapêutica de enfermagem; como objeto, o indivíduo que precisa de cuidado; como instrumental, o saber da enfermagem (Princípios Científicos e Teorias de Enfermagem) corporificado nas técnicas e nas metodologias assistenciais e, como produto final, um serviço prestado (cuidado).

Nesse contexto, apesar de significativas mudanças na concepção e execução do processo de trabalho da enfermagem, cabe ao profissional enfermeiro o trabalho intelectual, determinado pelo seu saber e responsabilidades legais e o trabalho manual, ou seja, o fazer de forma técnica, mais frequentemente cabe ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Almeida & Rocha ⁽⁸⁰⁾ citam em seus estudos que o enfermeiro atuando mais no trabalho intelectual, ou seja, afastando-se de seu objeto de trabalho que é o cuidado de enfermagem, passa a tão somente gerenciar o processo de trabalho e o técnico de enfermagem atua diretamente naquele objeto, subdividindo esse trabalho e alienando-se nesse processo; assim, para obter o controle desse pessoal, o enfermeiro utiliza o seu saber como um instrumental ideológico de poder.

Em estudo anterior⁽¹²⁾ referenciei Foucault e sua análise histórica sobre o poder como meio capaz de explicar a produção do saber. Nesse contexto, a enfermagem se disciplina como um regime de ordem (através da divisão interna de seu processo de trabalho), porém, relacionada ao espaço medicalizado (o médico como o detentor do saber) que é o hospital, atrelado ao contexto histórico-econômico capitalista, no qual houve a disciplinarização do corpo da enfermagem.

Essa situação está associada ao próprio desenvolvimento do capitalismo moderno no setor saúde, em que ocorre uma ruptura entre saúde e medicina, corpo e mente, eu e o outro, pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias, num processo de intensa burocratização e desencanto, reflexo da hegemonia do paradigma cartesiano/positivista ⁽¹⁸⁾. Lembro que, na conceituação de Capra ⁽⁸¹⁾, paradigma “é uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores”.

Desta forma, a formação tecnicista dos profissionais da saúde é muito pouco voltada para as questões sociais e coletivas, nas quais a promoção da saúde deveria ser enfatizada

através da implementação das práticas educativas pela equipe de saúde, um dos papéis mais significativos do profissional enfermeiro, que por ele deveria ter sido assumido como prática cotidiana. Outro aspecto importante a ser destacado é o grande contingente de profissionais de enfermagem na equipe de saúde seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar; representando cerca de 65% na equipe multiprofissional de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem.

Para entender como se dá a prática de enfermagem, é necessário refletir sobre a trajetória dessa prática e sobre o cuidado em saúde para que possamos mudar muitas das atitudes enquanto profissional, redimensionando-as para uma prática mais consequente e concreta, colaborando para um sistema de saúde em que os direitos sejam igualitários. É importante citar, a propósito, o estudo de Gomes ⁽⁸³⁾ que mostra que a prática da enfermagem no hospital até a metade do século XIX era independente da prática médica; o hospital ainda não era considerado um local de cura, mas sim um equipamento com função asilar e para promover conforto espiritual.

O surgimento da enfermagem no Brasil ocorreu no momento em que se destacava a necessidade do combate e controle das epidemias, quando as relações comerciais de exportação e a política de imigração eram de fundamental importância. Segundo Egrý ⁽⁸⁴⁾, a organização do cuidado foi uma das primeiras manifestações teorizadas do saber de Enfermagem, que se deu pelo desenvolvimento de técnicas. Outro aspecto importante no processo de cuidar é que, necessariamente, está implícita a existência de quem cuida e quem é cuidado, ou seja, existe nesse processo uma relação interpessoal e nesse caso, no cuidar profissional, são essenciais, a enfermagem e o ser em cuidado. Almeida e Rocha ⁽⁸⁵⁾ destacam que anos após a II guerra mundial, houve na área da saúde e na enfermagem,

acentuado desenvolvimento científico e tecnológico, fundamentando as ações; a enfermagem baseou-se nos conhecimentos da área médica.

Os mesmos autores ressaltam que as técnicas de enfermagem não se pautavam em teoria, mas significavam o núcleo do cuidado básico do enfermeiro e com o tempo foram desenvolvendo-as e as agregando às teorias. Com isso amplia-se e diversifica-se as atividades de enfermagem sendo necessário pensar em novos modelos de organização do trabalho, assim como explicam os referidos autores⁽⁸⁵⁾:

cristaliza-se a separação em atividades de supervisão e gerenciamento do cuidado, a cargo da Enfermeira e a prestação dos cuidados propriamente ditos a cargo da equipe de enfermagem subordinada à Enfermeira. Propostas de trabalho como aquela em equipe, envolvendo a participação nas decisões, não podem dar certo em um setor onde a autoridade da líder baseia-se no domínio de um saber que não pode ser democratizado.

Como consequência, explicam os mesmos autores, surgiu a necessidade de compor, para as atividades de prestação de cuidados, com pessoal de diversos níveis que eram treinados em serviço, bem como a intelectualização da Enfermeira também obteve sua ascensão, porém “sem avanços na definição do objeto, da prática e/ou autonomização do saber na área”⁽⁸⁵⁾.

Ressalto a origem dos termos enfermeiro e enfermagem, os quais ainda nos tempos atuais acredito ser difícil definí-las distintamente. De acordo com Nunes⁽⁸⁶⁾, a palavra enfermeiro, na língua inglesa está interligada às palavras “*nurse*” e “*nourish*” que podem significar assistir, proteger, cuidar, como também nutrir, manter. No sentido de proteger e nutrir, o termo enfermeiro, segundo Ellis e Hartley⁽⁸⁷⁾, é utilizado como substantivo e deriva do latim “*nutrix*” que significa mãe enfermeira. Pode também ser utilizada como verbo,

quando indica tomar cuidado e deriva do latim “*nutrire*”, significando criar, nutrir. Angerami ⁽⁸⁸⁾ aponta a origem latina “*infirmus*”, que significa doente, débil.

De acordo com Padilha et al, ⁽⁸⁹⁾

[...] o termo “*infirmieri*” é usado desde 1398, como sinônimo de pessoa que cuida dos doentes numa enfermaria clínica do hospital. É possível que tenha originado o significado de enfermaria adquirido em 1606 [...] Na língua portuguesa, o termo enfermeira é registrado no século XIII, como enfermar, igual a ficar doente do latim “*infirmare*” e que depois retomaria o significado de cuidar dos doentes.

O cuidar envolve vários aspectos, o de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. É importante que o profissional enfermeiro perceba que esse núcleo de competência é dele por direito. Muitas atividades específicas do enfermeiro estão contempladas nas Teorias de Enfermagem que propiciam ao profissional sistematizar a assistência de enfermagem cientificamente, tais como: consulta, prescrição e diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados diretos, inserindo as práticas educativas em todas as etapas do cuidado à saúde.

Historicamente, em contexto hospitalar, a atuação da enfermagem se tornou essencial, tanto em relação ao cuidado profissional dos indivíduos com necessidades de recuperação da saúde quanto para manter o espaço do cuidado em condições favoráveis assegurando adequada dinâmica de trabalho na instituição. Concordo com Hausmann e Peduzzi⁽⁹⁰⁾ quando ressaltam que na enfermagem, o cuidado é o núcleo de atuação do enfermeiro e equipe em todo o processo de trabalho da enfermagem. Suas atividades gerenciais devem estar focadas na qualidade do cuidado, portanto “a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial compromete essa qualidade e gera conflito no trabalho do

enfermeiro, seja do profissional com sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde”.

Destaco ainda que, de acordo com as diretrizes curriculares (DCN) do Ministério da Educação ⁽⁹¹⁾ sobre o Curso de Graduação em Enfermagem de novembro de 2001, a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Nesse aspecto os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Para Padilha ⁽⁸⁹⁾ “a enfermagem representa uma força social, construída por lutas e embates entre o poder político (dominante) e outros grupos sociais”. A análise desses embates nos fornece focos de interpretação da história da enfermagem.

Conforme já evidenciado em seu início, este texto teve, dentre outros, o objetivo desenvolver uma reflexão teórica em relação a atuação do enfermeiro como líder de equipe no momento atual em nível hospitalar e a busca pela hegemonia cultural no processo de cuidar na enfermagem tendo como referencial o pensamento de Gramsci, trazendo algumas considerações sobre o pensamento de Gyorgy Lukács ⁽⁹⁰⁾ sobre o homem e o que ele fez de si mesmo no que diz respeito à humanização nas relações de trabalho.

A base conceitual do pensamento gramsciano é a *hegemonia cultural* que é definida como o meio de manipulação do estado capitalista ^{(93), (94)} e articulamos nesse texto a visão lukacsiana da velha e nova cultura para compreender em suas raízes, o desenvolvimento da sociedade como um processo unitário de um determinado momento histórico. Dessa forma, analisando o conteúdo construído até aqui sobre a profissão e trabalho da enfermagem, compreendendo seu papel social e, ao mesmo tempo o ínfimo entendimento da sociedade

sobre esse papel é de extrema importância para a reflexão e o conhecimento do profissional sobre a cultura dessa sociedade para se inserir ativamente nos embates hegemônicos apropriando-se como seres intelectuais para se fazer conhecer. Percebe-se aí que Gramsci se preocupa com a realidade social, com o conjunto de forças que compõe essa realidade e a relação entre essas forças:

todo grupo social, ao nascer do terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria também, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que conferem homogeneidade e consciência da própria função não apenas no campo econômico, como também no social e político [...] são orgânicos os intelectuais que, além de especialistas na sua profissão, que os vincula profundamente ao modo de produção do seu tempo, elaboram uma concepção ético-política que os habilita a exercer funções culturais, educativas e organizativas para assegurar a hegemonia social.^{(93), (94)}

De acordo com os estudos de Padilha⁽⁸⁹⁾ e Heidemann *et al*⁽⁷⁹⁾ a história da enfermagem se constitui como uma força social e foi construída por lutas e embates entre o poder político (dominante) e outros grupos sociais. Tais embates estão na raiz das transformações sociais. A enfermagem como profissão e prática social, apresenta várias faces nas relações de produção: a realização de procedimentos curativos, preventivos, a competência e a habilidade na criação e utilização dos recursos tecnológicos, a sistematização da assistência de enfermagem, a qualidade e quantidade de serviços prestados aos indivíduos, familiares e comunidades, negociações sobre dimensionamento de quadro de pessoal e gestão das pessoas que realizam esses cuidados. Essas questões

subentendem intenções de análise histórica baseadas em Gramsci quando este afirma que “o histórico-social significa o estudo da concepção própria de mundo, do imaginário social de grupos sociais [...]

Heidemann *et all*⁽⁷⁹⁾ ressaltam que,

O conceito de *imaginário social* pode ser a lente de entendimento da sociedade sobre o papel da enfermeira. Na idéia do imaginário social podemos vislumbrar a identidade da enfermeira através dos tempos. Da enfermeira em seu perfil materno, serviçal, de branco nos hospitais, a pedir silêncio, da dama da lâmpada, nos ideais de Florence Nightingale, da heroína de guerra, no exemplo de Anna Nery, da religiosa em seu sacerdócio pela enfermagem, da profissão subalterna, da ocupação, da enfermeira sindicalizada, da enfermeira mulher, entre outros imaginários [...]

Outra contribuição sobre os conceitos relacionados à enfermagem é de Rozendo⁽⁵⁹⁾ e sua visão sobre se o enfermeiro pode ser analisado como “intelectual orgânico”: “creio que o conceito de intelectuais orgânicos se aplica aos enfermeiros, porém, segundo Gramsci, são gerados por uma determinada classe, mas as demais categorias de enfermagem, na maioria das vezes não faz parte da mesma classe social...”

Neste estudo considerou-se importante essa análise, porém acrescento que atualmente, com a constante qualificação do técnico para graduação em enfermagem, mesmo que haja diferenças sócio-econômicas entre os mesmos, a análise que se faz é que, o enfermeiro, atuando com os propósitos baseados na Lei do Exercício Profissional, 7498/86⁽⁹⁾ do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e sua consciência profissional,

representa o interesse das categorias, quando o foco está voltado para o cuidado ou no processo de cuidar da profissão.

Para melhor esclarecer essa questão, destaca-se a análise de Rozendo sobre a teoria de Gramsci ⁽⁶⁷⁾,

[...] a intelectualidade orgânica desempenharia um papel fundamental na transformação da 'classe em si' em uma 'classe para si'. Embora considerasse a intelectualidade, função específica e insubstituível, Gramsci deixou claro que essa especificidade e insubstituibilidade diz respeito apenas à função e não aos indivíduos que, circunstancialmente a desempenham; o intelectual não desfrutaria de nenhum privilégio de casta, mas teria uma formação sólida fundamentada na perspectiva democrática e dialética das relações sociais.

A enfermagem, em especial o profissional enfermeiro, utilizando-se de suas atribuições previstas em lei e seu conhecimento no processo de cuidar/cuidado do indivíduo, necessita desvencilhar-se das atividades rotineiras e/ou tecnicistas e subverter a ordem instituída na maioria dos espaços de trabalho, promovendo a transformação necessária para que se dê a produção de saúde, desenvolvendo-se como "intelectual orgânico". Desse modo se reconhece sua especificidade e insubstituibilidade e promove sua visibilidade social nesse processo.

6.

Trajetória metodológica

Capítulo 6. Trajetória metodológica

No presente estudo a abordagem qualitativa de pesquisa foi utilizada como referencial metodológico, a qual leva à apreensão do material empírico em uma aproximação com o objeto do estudo que é saber sobre as possibilidades e desafios da contribuição do enfermeiro na gestão hospitalar. Para tanto, é essencial a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa e, como enfatizado anteriormente, foi baseada em referenciais teóricos sobre trabalho em saúde e na enfermagem.

As técnicas empregadas para a coleta de dados na presente investigação foram a elaboração de um questionário auto-aplicado e análise de conteúdo dos dados obtidos.

6.1. Delineamento do estudo

O presente estudo, como uma investigação científica, seguiu a trajetória padrão, uma análise sistemática para sua construção, ou seja, partiu de um questionamento ou incômodo do pesquisador, posteriormente buscou-se um levantamento de dados através dos referenciais bibliográficos capazes de fornecerem dados concretos relevantes e pertinentes; posteriormente, um acompanhamento sobre o desenvolvimento das atividades gerenciais do enfermeiro como parte integrante do processo de gestão hospitalar, o que não foi difícil, pois cotidianamente faço parte do mesmo ambiente e das mesmas questões e situações de trabalho o que facilitou a construção de um instrumento para a coleta de dados, obtendo informações tanto objetivas como subjetivas, porém tendo o discernimento de analisar, avaliar, fazer a crítica como pesquisadora.

Além da escolha e fundamentação do tema, a escolha dos sujeitos que compuseram esse universo de investigação, foi algo primordial, pois, interferiram diretamente na qualidade

das informações que, a partir das mesmas, foi possível construir análises, reflexões e compreensões de forma mais ampla da questão delineada.

Como foi dito anteriormente, os sujeitos que compuseram o estudo fazem parte da equipe gerencial da enfermagem do local escolhido como campo de estudo. Trata-se de uma equipe heterogênea em relação ao nível de aprendizado formal e informal, à faixa etária e experiências vividas, tanto como responsáveis formais (que ocupam cargo de representação) como responsáveis pelo processo de trabalho na assistência direta no local do estudo. Além disso, alguns desses sujeitos vivenciaram diferentes modos de conduzir a gestão no hospital, tanto no que se refere à gestão da instituição como um todo, como também, diferentes modos de organização do processo de trabalho da enfermagem no mesmo local.

Portanto a escolha dos sujeitos esteve vinculada à necessidade de compreender a visão de mundo dos mesmos nesse universo, com o propósito de evidenciar valores, sentimentos, atitudes e representações em que os enfermeiros gerentes participantes, exponham seus olhares sobre determinado assunto.

Trata-se, portanto, de um estudo de base qualitativa, utilizando um olhar sociológico para compreender significados, motivações valores e crenças dos enfermeiros gerentes, além do incômodo do pesquisador sobre as questões apontadas nessa pesquisa sobre a compreensão e ações dos enfermeiros gerentes sobre sua interação no processo de gestão hospitalar e que não se reduzem simplesmente às questões quantitativas, embora sendo importantes e utilizadas nesse estudo para apresentação de algumas variáveis.

Conforme salientam Matheus e Fustinoni,⁽⁹⁶⁾ a importância da pesquisa na linha qualitativa, principalmente na enfermagem contemporânea, não se limita aos aspectos técnico-científicos, mas nos aspectos sociocultural e ético-político da profissão, bem como propiciar uma reflexão crítica sobre a assistência ao ser em cuidado.

Bourdieu ⁽⁹⁷⁾ explica que a rigidez para a escolha do método não é o mais importante e sim o rigor de sua aplicação, ou seja, a pesquisa não precisa seguir um único método, mas os métodos escolhidos devem ser aplicados com rigor científico.

Autores como Triviños ⁽⁹⁸⁾ e Santos Filho e Gamboa ⁽⁹⁹⁾ esclarecem que qualidade e quantidade são inter-dependentes, articulam-se e se complementam.

Santos Filho e Gamboa ⁽⁹⁹⁾ consideram a questão quantidade-qualidade são muito importantes não só nas pesquisas educacionais, como também nos diversos campos das ciências sociais. Reforçam que as opções de uma pesquisa não devem ser limitadas à escolha de um método, pois:

[...] são mais complexas e dizem respeito às formas de abordar o objeto, aos objetivos com relação a este, às maneiras de conceber o sujeito, ou os sujeitos, aos interesses que comandam o processo cognitivo, às visões de mundo implícitas nesses interesses, às estratégias da pesquisa, ao tipo de resultados esperados ⁽⁹⁹⁾ .

Os mesmos autores reforçam ainda que “o importante na abordagem qualitativa é compreender ou apreender direta e imediatamente a ação humana, ‘em termos do significado que o indivíduo dá à sua ação.’”⁽⁹⁹⁾

Minayo ⁽¹⁰⁰⁾ faz em relação à pesquisa social, algumas considerações fundamentais para a prática de investigação. Uma delas é que:

[...] nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais ‘ingênuo’ ou ‘simples’ nas pretensões, tem a norteá-lo um

arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos.

Nesse sentido, concordo com Ohi ⁽¹⁰¹⁾ quando afirma que

“(...) a pesquisa qualitativa se torna apropriada para a compreensão dos acontecimentos que cercam a realidade do ser humano de forma mais abrangente, não fragmentada, na qual todas as partes tem relação com o todo, ou seja, há uma compreensão de forma mais holística do sujeito.”

A mesma autora salienta que o conhecimento adquirido pelo método qualitativo não se limita a obtenção de dados isolados, neutros e distantes da realidade do pesquisador que é considerado parte integrante desse conhecimento, pois analisa e interpreta os fenômenos que se configuram e tem condições de atribuir-lhes significados. ⁽¹⁰¹⁾

Cabe salientar que existem autores que contradizem a complementariedade entre as abordagens qualitativa e quantitativa, como Bogdan e Biklen ⁽¹⁰²⁾. Estes salientam que:

[...] as questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objectivo de investigar os fenômenos em toda sua complexidade e em contexto natural. Ainda que os indivíduos que fazem a investigação qualitativa possam vir a seleccionar questões específicas à medida que recolhem os dados a abordagem à investigação não é feita com o objectivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses [...]

Tais estudos são importantes para que o pesquisador avalie a melhor forma de abordagem para seu estudo, todavia, atualmente, a composição entre tais procedimentos no

tratamento dos dados se complementa como se confirma posteriormente pelos resultados do presente estudo.

O instrumento considerado mais adequado para a coleta de dados nessa pesquisa foi a elaboração de um questionário auto-aplicado contendo questões estruturadas e semiestruturadas. As questões semiestruturadas do instrumento de coleta de dados desta pesquisa, consideramos mais adequadas ao fornecimento de dados descritivos, possibilitando com isso um caráter flexível para as respostas da maioria das questões, apropriados para a análise de conteúdo. Além disso, possibilita para este estudo a comparação das respostas dos sujeitos com o mesmo rol de perguntas, pois as diferenças das respostas é que são os objetivos da análise e, não somente a diferenciação das perguntas.

A aplicação da referida técnica possibilitou a obtenção de um grande número de dados, pois em três meses (julho a setembro de 2012), houve o retorno de todos os questionários e garantiu maior liberdade de expressão, pois o questionário permite respostas amplas e fidedignas evitando a influência do pesquisador.

6.2. Aspectos éticos da pesquisa

A presente pesquisa atende as normas da Resolução CNS – Conselho Nacional de Saúde 196/96² e está de acordo com as diretrizes básicas da Declaração de Helsinque, em que preserva o respeito à integridade física e moral dos sujeitos da pesquisa.

O estudo não apresenta riscos à dimensão humana, social ou psico-biológica de nenhum sujeito envolvido ou a instituição. O protocolo de pesquisa está cadastrado no Sistema Nacional de Pesquisa com Seres Humanos com folha de rosto número FR – 376926

² Essa resolução foi revogada pela Resolução CNS nº 466 de 12/12/2012, homologada no Diário Oficial da União-DOU de 13/06/2013 ⁽¹⁰¹⁾

Está adequada aos princípios científicos, com possibilidades concretas de responder a incertezas sobre o assunto a ser abordado. Conta com o um “rapport” para apresentação do pesquisador (Apêndice III), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice II) dos indivíduos a serem pesquisados e um questionário auto-aplicado. Garante o retorno das conclusões obtidas por meio da pesquisa aos profissionais onde a mesma foi realizada.

O projeto de estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em novembro de 2010. (Anexo I)

6.3. Procedimentos metodológicos

6.3.1. Local da pesquisa

A pesquisa ocorreu na área da saúde da UNICAMP e tem como referência o Hospital das Clínicas, por estar buscando inovações em seu modelo assistencial e de gestão. A área de saúde, liderada pela Faculdade de Ciências Médicas, é um importante formador de recursos humanos em medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia e tem papel importante no desenvolvimento e aplicação de ciência e tecnologia⁽¹⁰⁴⁾. O Hospital de Clínicas é um órgão diretamente subordinado à Reitoria da Unicamp e está ligado à Faculdade de Ciências Médicas para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade; é um hospital público estadual universitário localizado na cidade de Campinas, distrito de Barão Geraldo. É um hospital geral especializado, considerado um serviço de referência hospitalar macro-regional, estadual e nacional, de atenção em alta complexidade, como serviço terciário e quaternário, de referência para o SUS – Sistema Único de Saúde, de nível regional, porém presta atendimento a outras

regiões adjacentes e a outros Estados^{(104), (105)}. Em relação ao ensino e pesquisa, abrange os cursos de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia tanto no nível de graduação como pós-graduação(aprimoramento, especialização, residência médica e residência multiprofissional (enfermagem, nutrição e fonoaudiologia), capilarizados nas unidades assistenciais entre as 44 especialidades e 580 sub-especialidades médicas, além de outras linhas de pesquisa que o HC proporciona.

Considerando informações oficiais (Anexo II), o Hospital das Clínicas realizou em 2012 , 14.175 cirurgias, 14908 internações, 2.713.164 exames laboratoriais, 151.689 exames de imagem, 80.129 consultas de urgência e emergência, 259.408 consultas ambulatoriais e 272 transplantes. Esses dados expressam o gigantismo da unidade e sua importância para a região.

6.3.2. Definição dos sujeitos

A princípio, foram convidados cinco profissionais para que validassem o questionário, dentre estes, um enfermeiro gerente da atual gestão e os demais são profissionais que pertenceram a gestões anteriores. Após o pré-teste, iniciou-se a pesquisa de campo no período de julho a setembro de 2012.

Tendo em vista as características já mencionadas da população do estudo, optou-se por incluir todos os gerentes que atuam na gestão, excluindo o gerente que participou da validação do instrumento e a pesquisadora, que faz parte do corpo gerencial.

Portanto, foram convidados 37 profissionais enfermeiros que atuam como gestores/gerentes (diretores e supervisores designados oficialmente) do HC UNICAMP.

6.3.3. Instrumentos e operacionalização da coleta de dados

O instrumento constou de um “rapport” (apêndice III), acompanhado de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (anexo II) devidamente assinado pelos participantes. Para que ocorresse a coleta de dados, foi utilizada o questionário auto-aplicado, constituído de 29 questões entre estruturadas e semiestruturadas (anexo I).

Portanto a coleta de dados processou-se em quatro fases: como já foi dito anteriormente, o pré-teste ou validação do questionário auto-aplicado, a distribuição e devolutiva dos mesmos, tabulação dos dados e demais procedimentos para análise.

6.3.4. Organização e análise dos dados

Nas pesquisas em enfermagem, Bardin é constantemente escolhida como referencial na análise de conteúdo; nesta pesquisa também a referenciamos, porém estudos de Bogdan e Bicklen também foram importantes na compreensão da metodologia da análise de conteúdo.

Para a pesquisa qualitativa, a organização e análise dos dados são muito significativas para o pesquisador, pois é nesse momento que o mesmo interpreta a realidade do campo e atinge a finalidade do estudo.

Matheus⁽¹⁰⁶⁾ salienta que a pesquisa qualitativa traz a possibilidade de que as questões necessitam serem respondidas mediante uma “análise que leve em consideração, a realidade dos significados, dos valores, da história e da cultura, enfim do próprio homem” Como exemplo, convencionou-se classificar S1 para o primeiro sujeito que devolveu o questionário e Q1, o número da primeira questão do questionário auto-aplicado.

A transcrição dos dados se deu na íntegra e foi realizada pelo próprio pesquisador. Posteriormente procedeu-se a re-leituras, destaques de palavras e textos considerados de

importância a cada questionário analisado, codificando esse conteúdo, ou seja, realizando o tratamento desses dados.

Campos⁽¹⁰⁷⁾ baseando-se estudos de Franco explica que em uma comunicação existem limites entre “os conteúdos manifestos” e os “conteúdos latentes” (destaque do autor) e assim explica:

em relação aos conteúdos manifestos (explícitos), é dele que se deve partir (tal como se manifesta) e não falar “através dele”, num exercício de mera projeção subjetiva, da mesma maneira é importante que os resultados da análise de conteúdo devam refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos no conteúdo das comunicações⁽¹⁰⁹⁾.

Outra questão importante que Campos⁽¹⁰⁷⁾ salienta é que, na análise de conteúdo, na etapa de agrupamento das unidades que constituirão as categorias, este agrupamento pode ser feito por freqüenciamento ou por relevância implícita, ou seja, por freqüenciamento, no qual se repete um conteúdo comum na maioria das respostas dos sujeitos, ou, por relevância implícita, na qual não se repete nas falas da maioria dos sujeitos, porém “guarda em si, riqueza e relevância para o estudo”.

De acordo com Domingues e Tanaka⁽¹⁰⁹⁾ codificação “ corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto de forma que represente o conteúdo respondido por cada sujeito”. Após essa codificação, classifica-se esses conteúdos e desenvolvem-se categorias. Bardin⁽¹¹⁰⁾ orienta que categorias podem ser consideradas como classes que agrupam elementos do conteúdo com caracteres comuns, criando um título genérico que os representem.

No presente estudo optou-se por um título temático para as categorias definidas, ou seja, utilizou-se temas que emergiram do texto e das questões. Posteriormente desenvolveu-se a interpretação ou a análise de conteúdo das informações obtidas.

A análise dos dados descritivos obtidos seguiu o método de análise de conteúdo que, segundo Bardin ⁽¹¹⁰⁾ é um conjunto de técnicas de análise que tem como finalidade buscar sentido às comunicações. O conteúdo das comunicações pode ser analisado objetivamente (o que está aparente) e simbolicamente (o que não está aparente). Após esse processo se analisa efetivamente os dados, discutindo com as categorias criadas, exemplifica-se com a fala dos sujeitos correlacionando os temas com o referencial teórico da pesquisa.

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto”

Mirian Limoeiro Cardoso, 1978 *apud* Minayo, 1993

7.

Apresentação e análise dos dados

da pesquisa

Capítulo VII. Apresentação e análise dos dados da pesquisa

Este capítulo se destina à apresentação dos dados obtidos e análise dos resultados.

Optou-se por tabular os dados das questões estruturadas e apresentá-los em tabelas e apresentar o que predominou na visão dos sujeitos. A intenção de elaborar os quadros com a frequência das respostas mais prevalentes de algumas das questões semiestruturadas, foi de apresentar a semelhança de respostas do que ficou mais aparente nas comunicações dos sujeitos.

Para análise do conteúdo das falas dos sujeitos, desenvolveram-se categorias temáticas que se considerou importante para compreender o significado que os sujeitos tem de sua visão e ações sobre sua inserção na gestão hospitalar, seu papel gerencial considerando a dimensão assistencial como o sentido de sua ação, fundamentando a análise no referencial teórico desta investigação.

7.1 Tabelas oriundas da tabulação de dados das questões estruturadas do questionário auto-aplicado A tabela 1 mostra que, na população d ape estudo, as faixas etárias mais prevalentes estão entre 30 a 34 anos e 45 a 49 anos, o que pode influenciar “*modus operandi*” de processar seu trabalho, visão de mundo, sentidos e significados em relação à gestão em saúde, devido a composição heterogênea de gerações no mesmo corpo gerencial

Mostra também a prevalência de um quadro de pessoal constituído de indivíduos já com certa experiência e a concentração maior em determinadas faixas etárias, como no caso de pessoas com idade entre 40 e 45 anos de idade, talvez seja reflexo de ciclos de expansão observados no decorrer da história da instituição.

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a faixa etária -

HC/UNICAMP – agosto/ 2012

Faixa etária	Sujeitos	Percentual
30 a 34 ^a	10	27.02%
35 a 39 ^a	05	13.51%
40 a 44 ^a	04	10.81%
45 a 49 ^a	09	24.32%
50 a 54 ^a	07	18.91%
Mais que 55 ^a	01	02.70%
Sem resposta	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com sua qualificação

(ordem crescente) – HC/UNICAMP – agosto/2012

Qualificação	N	Percentual
Bacharelado	10	27.02%
Bacharelado com Especialização (diversas)	08	21.62%
Bacharelado com Licenciatura	02	5.40%
Bacharelado com Mestrado	08	21.62%
Bacharelado com Doutorado	01	02.70%
Bacharelado com Especialização específica (Administração Hospitalar, Gestão em Saúde, Programa de Desenvolvimento Gerencial)	06	16.21%
Bacharelado com Pós-Graduação (sem especificação)	01	02.70%
Sem resposta	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo, com suas funções gerenciais (por hierarquia) –

HC/UNICAMP – agosto/2012

Função Gerencial	N	Percentual
Assistente Técnico de Direção	02	05.40%
Diretor Técnico de Serviço	08	21.62%
Supervisor de Seção	27	72.9%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o número de sujeitos da pesquisa que são

ou não designados para cargo – HC/UNICAMP – agosto/2012

Designação	N	Percentual
Sim	34	91.89%
Sem resposta	02	05.40%
Não (processo seletivo)	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

As tabelas 2, 3 e 4 mostram que 73% dos gerentes possuem especialização ou pós-graduação e daqueles que buscaram alguma qualificação, realizaram em nível de especialização e mestrado, a maioria ocupa cargo de supervisor de seção (nível tático-operacional) e 91% desses gerentes foram designados para o cargo como de confiança.

Tabela 5: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o número de sujeitos distribuídos por áreas/serviços de atividades gerenciais de enfermagem – HC/UNICAMP - agosto/2012

Áreas/serviços	N por área/serviço	Percentual
C	15	40.54%
A, B e G	04	10.81%
	04	10.81%
	04	10.81%
D, E e H	02	5.40%
	02	5.40%
	02	5.40%
F, I, J e K	01	2.70%
	01	2.70%
	01	2.70%
	01	2.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 6: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o tempo dos sujeitos nas atividades gerenciais – HC/UNICAMP – agosto/2012

<i>Tempo em meses/anos</i>	<i>N</i>	<i>Percentual</i>
01 mês a 01 ano	07	18.91%
01 ano e 01 mês a 02 anos	05	13.51%
02 anos e 01 mês a 03 anos	05	13.51%
03 anos e 01 mês a 04 anos	03	08.10%
04 anos e 01 mês a 05 anos	04	10.81%
05 anos e 01 mês a 10 anos	02	05.40%
10 anos e 01 mês a 15 anos	06	16.21%
Acima de 15 anos e 01 mês	05	13.51%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 07: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o tempo anterior dos sujeitos nas atividades assistenciais – HC/UNICAMP – agosto/2012

Tempo em anos	N	Percentual
03 a 05 anos	08	21.62%
06 a 08 anos	07	18.91%
09 a 11 anos	06	16.21%
12 a 14 anos	06	16.21%
15 a 17 anos	04	10.81%
18 a 20 anos	01	02.70%
Acima de 21 anos	04	10.81%
Sem resposta	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 08: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com o número de sujeitos que possuem outro vínculo empregatício – HC/UNICAMP – agosto/2012

Outro vínculo empregatício	N	Percentual
Não	31	83.78%
Sim – professor universitário	05	16.21%
Sim - SAMU	01	
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

A tabela 5 mostra que a população em estudo está distribuída nas áreas de acordo com o número de subordinados e abrangência da área, lembrando que a maior população é de supervisores; a tabela 6 chama a atenção para o pouco tempo que a maioria dos gerentes está exercendo a função enquanto que cerca de 40% dos gerentes são mais experientes. As tabelas 7,8 e 9 mostram que a maioria exerceu durante um tempo significativo atividades assistenciais, mas cumpre destacar que a maior percentagem de gerentes atuou por até cinco anos na assistência; cerca de 84% possuem apenas um vínculo

empregatício, principalmente os que exercem suas atividades em horário integral; 78,37% estão no turno do dia, porém os gerentes do turno da noite trabalham de 12 a 16 horas por dia.

Tabela 09: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a quantidade de horas semanais trabalhadas dedicadas no HC e fora do HC e número de gerentes atuantes no diurno e noturno – HC/UNICAMP – agosto/2012

Turno/Horas no HC	N	Número de horas fora da Instituição	Número total de horas de trabalho/dia	Distribuição de profissionais com outro vínculo/turno	Distribuição de profissionais por turno
Noturno – 12 horas (12X36h)	08	02 trabalham mais 04 horas/semana 01 trabalha 12 horas no diurno	12 a 16 horas	37.50%	21.62%
Diurno – 08 horas	29	03 trabalham de 02 a 04 horas/semana	08 a 12 horas	10.34%	78.37%
TOTAL	37	06 trabalham de 02 a 12 horas	08 a 16 horas	47.84%	100%

Fonte: questionário

Tabela 10: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: você está satisfeito com sua função? – HC/UNICAMP - agosto/2012

Gosta de atuar como gerente	N	Percentual
Sim	31	83.78%
Não	04	10.81%
Parcialmente	02	05.40%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Nota-se na tabela 10 que 83,78% dos gerentes gostam de atuar como gerentes, mas o fato de aproximadamente 15% não gostar ou gostar parcialmente nos remete a deduzir que estão desmotivados ou inadequados para a função ou falta direcionamento ou percepção do gerente/líder em relação ao trabalho dos mesmos.

Tabela 11: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Qual (is) sua(s) experiência(s) como gerente na Universidade Estadual de Campinas – HC/UNICAMP – agosto/2012

Experiência profissional	N	Percentual
Em área específica	18	48.64%
É a primeira oportunidade	11	29.72%
Em outros níveis gerenciais	07	18.91%
Sem resposta	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Observa-se na tabela 11 que aproximadamente 60% dos gerentes tem experiências na função, porém há necessidade acompanhar mais proximamente, 29,72% para desenvolvimento adequado dos enfermeiros que assumiram recentemente, lembrando que uma porcentagem considerável, tem pouco tempo no exercício da profissão.

Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Considera-se qualificado para exercer essa função? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Qualificação para o cargo	N	Percentual
Sim	30	81.08%
Não	06	16.21%
Parcialmente	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 13: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você teve uma formação específica para tal? - HC/UNICAMP – agosto/2012.

Formação específica	N	Percentual
Não	23	62.16%
Sim	14	37.83%
MBA: gerência em saúde	02	
Administração Hospitalar	04	
PDG	09	
Gestão Hospitalar	03	
Gestão por Processos	02	
Treinamentos/palestras	01	
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Como podemos observar nas tabelas 12 e 13, 81,08% dos sujeitos consideram-se qualificados para o cargo e 37,83% buscaram qualificação para o exercício da gerência, provavelmente apostando que a competência técnica para o bom desenvolvimento das ações assistenciais contribuiria também para garantir as competências gerenciais.

Tabela 14: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você considera que a UNICAMP carece de uma sistemática para designar gerentes? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Carece de sistemática para designar gerentes	N	Percentual
Sim	33	89.18%
Não	04	10.81%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 15: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: você considera necessário que a administração do HC se submeta a uma diretriz gerencial? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Diretriz gerencial	N	Percentual
Sim	33	89.18%
Não	03	08.10%
Não sabe	01	02.70%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Nas tabelas 14 e 15, os sujeitos apontam para a necessidade da instituição buscar as competências necessárias para o desempenho da função e não apenas cumprir a norma de cargo de confiança sem a devida adequação para o perfil gerencial correspondente às funções e 89,18% afirmam a necessidade da administração da instituição submeter-se a uma diretriz gerencial.

Tabela 16: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você considera que as atividades que desenvolve no HC são: muito estressantes, estressantes ou pouco estressantes – HC/UNICAMP – agosto/2012

Nível de estresse das atividades desenvolvidas no hospital	N	Percentual
Estressante	19	51.35%
Muito estressante	09	24.32%
Pouco estressante	09	24.32%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 17: Distribuição dos enfermeiros gerentes em relação a questão: Na sua opinião, é possível fazer gestão das pessoas na instituição? - HC/UNICAMP – agosto/2012

Há gestão de pessoas na instituição	N	Percentual
Sim	34	91.89%
Não	03	08.10%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Na tabela 16 evidencia-se que a maioria dos gerentes considera suas atividades gerenciais estressantes e um percentual significativo (91.89%) na tabela 17, consideram possível realizar gestão de pessoas na instituição. Cabe um esclarecimento sobre o motivo do questionamento sobre a gestão de pessoas na instituição. O processo de trabalho na área de gestão de pessoas é muito recente, ainda com características de área de 'recursos humanos' e com atividades muito burocratizadas. Não estabeleceu-se uma política de educação permanente, de comprometimento e responsabilização das pessoas para com o trabalho, principalmente por se tratar de uma instituição de saúde.

Tabela 18: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você é favorável à introdução de práticas integrativas no HC, tais como: acupuntura, toque terapêutico, etc? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Práticas integrativas	N	Percentual
Sim	35	94.59%
Não	02	05.40%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 19: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que o hospital caminha nessa direção? Se sim, caminha num ritmo adequado? - HC/UNICAMP – agosto/2012

Caminho da instituição nas práticas integrativas	N	Percentual
Não	29	78.37%
Sim	08	21.62%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Nas tabelas 18 e 19 é demonstrado que 94,59% dos sujeitos são favoráveis à introdução das práticas integrativas, porém, apenas 21,62% acham que a instituição caminha nessa direção, porém em ritmo muito lento.

Tabela 20: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que o hospital moderno está em crise? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Hospital moderno em crise	N	Percentual
Sim	28	75.67%
Não	09	24.32%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 21: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade do mesmo contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a Política Nacional de Humanização (PNH)? HC/UNICAMP – agosto/2012

Implantação da PNH	N	Percentual
Sim	37	100%
Não	00	0%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Nas tabelas 20 e 21 evidencia-se que a maioria dos gerentes acha que o hospital moderno está em crise (75,67%), mas 100% dos sujeitos entendem que na perspectiva de

evolução dos hospitais, a necessidade da implantação efetiva da Política Nacional de Humanização – PNH.

Tabela 22: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade de contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a integração com a rede básica? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Necessidade de integração com a rede básica	N	Percentual
Sim	37	100%
Não	0	0%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 23: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que é viável o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Viabilidade de trabalho em equipe	N	Percentual
Sim	37	100%
Não	00	00%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Nota-se nas tabelas 22 e 23 que 100% dos sujeitos entendem a necessidade da instituição hospitalar, na perspectiva de evolução, implantar efetivamente a integração com a rede básica como também considera viável o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional.

Tabela 24: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você está familiarizado com conceitos do tipo: tecnologia leve, leve-dura e dura? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Familiaridade com conceitos de tecnologia leve, leve-dura e dura	N	Percentual
Sim	26	70.27%
Não	11	29.72%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

Tabela 25: Distribuição dos enfermeiros gerentes de acordo com a questão: Você acha que só a tecnologia de equipamentos e procedimentos pode dar conta da visão de promoção de saúde? – HC/UNICAMP – agosto/2012

Tecnologia de equipamentos e procedimento pode dar conta da promoção de saúde	N	Percentual
Não	37	100%
Sim	00	00%
TOTAL	37	100%

Fonte: questionário

*A questão permitia mais que uma resposta por sujeito

As tabelas 24 e 25 mostram que apenas 29,72% não estão familiarizados com o conceito de tecnologia e sua classificação, e 100% dos mesmos acham que a tecnologia de equipamentos e procedimentos não podem dar conta da visão de promoção de saúde.

7.2 Quadros oriundos da síntese das respostas mais prevalentes das questões semiestruturadas do questionário auto-aplicado.

Quadro 01: Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre a justificativa das respostas referentes à tabela 10: Parecer do sujeito sobre se gosta ou não de atuar como gerente

SIM

Por contribuir com a gestão e gostar do que faz	11
Oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal e autonomia na tomada de decisão	08
Pelo reconhecimento e desafio assumido	07

NÃO

Não consegue atingir metas propostas pelo cargo	03
Não é fácil gerenciar conflitos e não tem formação para gerente	01
Gosta do cargo, porém questões políticas e de comunicação atrapalham o Desempenho	01

Fonte: questionário

Quadro 02: Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas referentes à tabela 12: Considera-se ou não qualificado para o cargo

SIM

Experiência e conhecimento da área (especialidades)	15
Experiência e conhecimento da área e qualificação profissional	11

NÃO

Falta conhecimento dos processos gerenciais e delimitação de seu Papel	02
Precisa qualificar-se no nível tático e estratégico	02

Fonte: questionário

Nota-se nos quadros 01 e 02 que os profissionais enfermeiros em cargos de gerência, na maioria da população estudada, estão satisfeitos. Enfocam a oportunidade de

estar no cargo e que sua experiência, conhecimento da área e qualificação justificam a indicação ou escolha para o mesmo, porém as respostas sinalizaram que reconhecem ser necessário que se qualifiquem nas instâncias tática e estratégica da atividade gerencial, associando sua atuação a questões burocráticas, não ressaltando que o fato de estar gerente, se deve focar no gerenciamento para melhoria da qualidade assistencial e em agregar a equipe de enfermagem.

Conforme ressaltado no referencial teórico, o trabalho em saúde tem suas características próprias, ou seja, é um trabalho coletivo e o profissional que nele está inserido, necessita ter claro o que faz, para que faz, como faz e para quem faz, estando assim vinculado às ações dos demais integrantes e que possa intervir nas ações relacionadas às necessidades de assistência à saúde, comprometendo-os com a produção da saúde, utilizando o Método da Cogestão de Campos⁽²¹⁾

Quadro 03: Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas referentes à tabela 14: Questionamento sobre se a UNICAMP carece ou não de sistemática para designar gerentes

<u>SIM</u>	
Pela necessidade de profissionalizar a gestão não só pela confiança e/ou competência técnica	17
É necessário perfil e ter competência	06
Faltam ferramentas para subsidiar a escolha: concurso interno, banco de Competências	04

<u>NÃO</u>	
Não só a qualificação é importante e sim conhecimento da dinâmica e bom relacionamento na esfera política	01
Porque é de confiança da gestão/gerente	01
Sem justificativa	02

Quadro 04: Dificuldades encontradas para atuar como gerente (06 respostas mais prevalentes)* referente à questão de número 09 da questão estruturada: Qual (is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) para atuar como gerente e por que?

Falta de clareza e consistência dos objetivos institucionais	09
Muita burocracia: excesso de demandas não relacionadas à enfermagem e pouca autonomia para resolver problemas	08
Falta de qualificação para lidar com pessoas	07
Institucionalmente falta diretrizes, planejamento; é pouco inovador e desafiador; falta alinhamento	06
Falta política definida de RH, bem como suporte da área de RH para a gestão de pessoas	06
Dificuldade na administração de conflitos	05
Falta de uniformidade entre as chefias	04
Alto índice de absenteísmo	04

Fonte: questionário *Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Os quadros 03 e 04 mostraram as respostas mais prevalentes que nos remete a destacar que o trabalho em saúde tem suas características próprias com muita diversidade de rotinas, protocolos, normas. Os profissionais, quando ocupam cargos devem ter visão sistêmica, compromisso, bom senso e responsabilidade de assumir as atividades com autonomia e capacidade de liderança, para enfrentar os conflitos de interesse e ao mesmo tempo controlá-los e superá-los. Além disso, percebe-se nas falas dos sujeitos, a importância do hospital reconhecer sua posição no processo de trabalho em saúde, principalmente quando se propõe atuar em novo modelo, bem como possuir e expor sua política institucional de forma clara e objetiva.

Outra questão importante que surge nesses dados é a necessidade do enfermeiro ter uma visão estratégica, entendendo que, neste contexto, encontra-se em situação de governo e, por isso deve ter sempre um olhar e um agir estratégicos conforme propõe Matus. ⁽²²⁾

Quadro 05: Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas referentes à tabela 15: Questionamento sobre se a administração do hospital deve submeter-se ou não a uma diretriz gerencial

SIM

Precisa de planejamento com metas e alinhamento a serem cumpridos por todos	18
Clareza dos objetivos para manter uniformidade de condutas, metas, orientações através das gerências como também na gestão de pessoas	15
Para dar significado e solidez à missão, visão, valores e filosofia Institucional	09

NÃO

Sem justificativa	02
Deve haver um processo de desenvolvimento de gerentes	01

Fonte: questionário

Quadro 06: Síntese das respostas positivas semelhantes e mais prevalentes sobre as justificativas das respostas: (05 respostas mais prevalentes)* referentes à tabela 17: Questionamento se é possível ou não fazer gestão de pessoas na instituição

SIM

É necessário saber ouvir, envolver pessoas para agirem com compromisso e valorizar as pessoas, ter uma boa comunicação	12
Tendo gestão participativa e melhoria na qualificação, os funcionários se motivam	09
A instituição tem RH suficiente e capacitado para realizar um bom trabalho; é preciso haver educação permanente	08
Desde que o RH participe desse processo de forma efetiva	08
A área de RH, com a tecnologia da informação poderia subsidiar melhor os Gerentes	03
É fundamental para haver assistência de qualidade	01

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

As duas questões foram propositalmente construídas da forma que se apresentam, visando expor as expectativas dos gerentes em relação à definição clara das diretrizes gerenciais, bem como a existência, de fato de um processo de gestão de pessoas, de uma política explícita para tal. Conforme exposto no referencial teórico, havendo a intencionalidade de mudança de cultura e inovações nas diretrizes institucionais e gestão de pessoas, pode-se definir possibilidades de intervenções transformadoras, promovendo a visão coletiva de uma gestão mais compartilhada e co-responsável entre os profissionais e mesmo com os usuários conforme propõe Campos.⁽²¹⁾

Os quadros 05 e 06 trazem a síntese das respostas mais prevalentes, demonstrando o interesse dos sujeitos da pesquisa, que a instituição desenvolva suas atividades com diretrizes adequadas e com pessoas qualificadas, porém não sinaliza que seu envolvimento enquanto gerente tem uma responsabilização considerável nessas duas situações. É fato, na atual realidade do local do estudo, existe certo descompasso por parte de algumas áreas estratégicas como a área de recursos humanos, em acompanhar e atuar de modo efetivo e adequado, o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, no que diz respeito às inter-relações no trabalho, o comprometimento e responsabilização pelo que é público e o apoio propriamente dito no processo de gestão de pessoas, como foi exposto nas respostas dos sujeitos desta pesquisa.

Quadro 07: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre o método de realizar a gestão de pessoas referente à questão 13 da questão semiestruturada (06 respostas mais prevalentes)*:

Qual o método ou de que maneira você faria a gestão de pessoas?

Gerente flexível, saber ouvir, participativo, cobrar resultados	10
Realizar diagnóstico situacional da equipe, atuando com responsabilização mútua	09
Investir nos talentos utilizando a Teoria de Maslow	08
Planejamento, metas, envolvimento dos profissionais, mostrar resultados e estimular o comprometimento das pessoas;	07
RH mais pró-ativo, mudança de cultura, trabalho conjunto com gerentes	07
Capacitar pessoas	07

Fonte: questionário *Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 08: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre as competências do gestor de pessoas referentes à questão 14 do questionário estruturado. (06 respostas mais prevalentes)* Quais competências você reconhece no gestor de pessoas?

Ter respeito, ser justo.	13
Ter ética	13
Lideranças	13
Saber ouvir, ter empatia	11
Habilidade na comunicação	09
Ser participativo, motivador	07
Ser flexível, acessível	07
Cobrar e ter conhecimento das metas e diretrizes da instituição	07
Empatia, dinamismo e tranquilidade	07
Pró-atividade, objetividade, otimismo, comprometido e criativo	07
Ter firmeza nas decisões	06
Ter visão estratégica e conhecimento geral	06
Saber administrar conflitos	05

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 09: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre os impactos positivos vivenciados na gestão de pessoas, referentes à questão 15 do questionário estruturado. (03 respostas mais prevalentes)*

Construí uma equipe harmônica, produtiva e colaborativa	05
Atuar para diminuir absenteísmo	03
Melhora do relacionamento com as pessoas	03
Consegui formar uma equipe produtiva e aprender a ouvir	02
Implantação de novos projetos	02
Ajudar na mudança de comportamento do funcionário no sentido de repensar suas atitudes	02
Trabalho através do planejamento e exposição das metas a serem atingidas	02
Aprendi a gerenciar conflitos e influenciar positivamente as pessoas para obter Compromisso	02

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 10: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre os impactos negativos vivenciados na gestão de pessoas, referentes à questão 16 da questão estruturada. (03 respostas mais prevalentes)*

Falta de entendimento das pessoas pela necessidade de aplicação de normas institucionais e falta de apoio do RH	04
Falta de compreensão da equipe diante de obstáculos	03
Falta de percepção de conflitos na equipe e dificuldade no gerenciamento dos mesmos	02
Querer resolver tudo na hora	02
Comunicação ineficiente	02
Pouca habilidade para lidar com pessoas que se sentem injustiçadas com as normas institucionais	

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 11: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre efeitos percebidos na gestão do cuidado a partir da qualificação na gestão de pessoas, referentes à questão 17 (06 respostas mais prevalentes)*

Melhora na qualidade da assistência/cuidado prestado	26
Cobrança por parte da equipe em alcançar bons resultados; melhor entendimento da estrutura organizacional	12
Melhoria da motivação profissional e satisfação	12
Satisfação dos usuários pelo atendimento	09
Maior responsabilidade/e produtividade e qualidade nas relações interpessoais	08
Trabalho multi e interdisciplinar satisfatório	05
Diminuição dos conflitos e da alienação dos profissionais no agir e na promoção da saúde	03
Melhora dos resultados dos indicadores	03

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Nas tabelas 07, 08, 09, 10 e 11, as respostas mais prevalentes sobre perfil e competências do gerente e impacto positivos de sua atuação como gestor de pessoas demonstram que os sujeitos entendem que a visão tecnicista da saúde predominante ofusca ou encobre as questões sociais e de âmbito coletivo, daí a importância da liderança se

sobrepôr à dimensão gerencial do enfermeiro com a finalidade de se voltar para a implementação das práticas educativas no processo de trabalho, podendo garantir equipe mais responsável, motivada, estimulada a atingir os propósitos da instituição.

Há que se resgatar a essência do trabalho da enfermagem para focar a equipe para sua *téchne*, no sentido formulado por Heidegger.⁽²⁸⁾

Quadro 12: Síntese das respostas positivas e negativas semelhantes mais prevalentes sobre as práticas integrativas, referentes à tabela 18: Questionamento sobre se é possível à introdução de práticas integrativas na instituição. (03 respostas mais prevalentes)*

SIM

Se baseiam no princípio holístico	17
São de baixo custo e propiciam a prática da clínica ampliada	07
Humanizam a assistência	06

NÃO

Por princípios não acredita	01
Não respondeu	01

Fonte: questionário

***Esta questão permitiu mais que uma resposta por sujeito**

O quadro 12 mostra que os sujeitos não estão familiarizados com as práticas integrativas e muitos ignoram que as mesmas estão inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, aprovada em 2006, que dentre seus objetivos, destacamos:

a incorporação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Na instituição em estudo, algumas práticas integrativas do tipo ‘Reiki’ e ‘acupuntura’ foram proporcionadas pelo Departamento de Enfermagem do HC, autorizadas pela Superintendência, porém com enfoque em promoção da saúde dos profissionais de enfermagem no projeto cuidar do profissional.

Quadro 13: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes referentes à tabela 20: Você acha que o hospital moderno está em crise? (04 respostas mais prevalentes)*

Altos investimentos em tecnologia; segmentação da prática médica e desconstrução de vínculo com o usuário; não articulado com os níveis secundário e primário; falta profissionalização para se administrar recursos financeiros	11
Acesso limitado na assistência à saúde; dificuldade dos profissionais em aliar tecnologia e relações humanas	07
Falta de visão ampliada para cuidar do indivíduo	06
Desmotivação política de investimento na saúde	05

Fonte: questionário

* Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 14: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre a implantação da PNH, referentes a tabela 21. (03 respostas mais prevalentes)*

Visando integralidade do cuidado e estabelecimento de vínculos	09
Visa necessidades do usuário, trabalhadores e gestores	08
Bem estar e acolhimento dos usuários e familiares	06
Organiza e estimula trabalho em equipe	06

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Os quadros 13 e 14 destacaram respostas que agregaram poucos subsídios para análise das respostas, o que nos remete a deduzir que urge a necessidade dos gerentes inteirarem-se das políticas públicas, planejamento e gestão em saúde, reconhecerem as

dificuldades e se reconhecerem também na existência das mesmas para atuarem mais proativamente no encaminhamento de proposições ou até mesmo instituírem ações preconizadas nas mesmas.

Quadro 15: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre integração com a rede básica, referentes a tabela 22. (03 respostas mais prevalentes)*

SIM	
Continuidade do tratamento e linha do cuidado (integração/articulação)	22
Efetivar contra-referência e efetivar promoção da saúde	14
Cliente tem retorno mais breve para casa	06
Dar sustentabilidade a rede hospitalar	06

Fonte: questionário *Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 16: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre o papel do hospital na visão de clínica ampliada, referente à questão 23 da questão estruturada (03 respostas mais prevalentes)(*) (**)

Integrar a equipe multiprofissional e elaborar projetos terapêuticos aumentando a autonomia dos sujeitos	06
Facilitador para os diferentes atores deste contexto; compartilhar e reconhecer limites, abertura de espaços para outras formas terapêuticas; ter visão holística	03
Repensar o modelo hegemônico (prática centrada em procedimentos e fragmentada em especialidades); processo de cuidado articulado com atenção integrada (vários saberes em ação)	02

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

**Muitas respostas idealizadas

As respostas e comentários referentes às questões que abordam a visão mais ampliada da clínica tanto do sistema de saúde quanto da própria clínica singularizada e multiprofissional, demonstram que tem certo sentido e significado, porém não sistêmica;

mostram uma visão do trabalho em saúde predominantemente centrada no espaço hospitalar e no médico. No entanto, por se tratar de profissionais atuantes em hospital universitário, mostram também que isso talvez propicie maior contato com concepções mais atuais sobre os temas colocados, ou seja, o que predomina é a clínica reduzida, caracterizada por um olhar ou ações mais limitadas, desconsiderando aspectos relevantes do ser humano, de seu viver e do adoecimento bem como de sua subjetividade.⁽⁵⁰⁾

Quadro 17: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre o viabilidade do trabalho em equipe, referentes à tabela 24 (03 respostas mais prevalentes)*

Integra saberes e beneficia o usuário e a instituição	10
Bons resultados haverão, se houver respeito no campo de atuação de cada profissional com o único objetivo de recuperação da saúde dos usuários	10
O trabalho individual e coletivo em prol da melhor qualidade prestada ao Cliente	08
...mas estamos muito longe disto. A formação dos profissionais precisaria trabalhar e sedimentar esse tipo de trabalho. Hoje estamos só no discurso...	03

Fonte: questionário

***Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito**

Quadro 18: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre a inserção do enfermeiro no desenvolvimento do trabalho na equipe multiprofissional, referentes à questão 25 (03 respostas mais prevalentes)(*)

O enfermeiro e a equipe de enfermagem são os profissionais que permanecem mais ao lado do cliente e por mais tempo e é capaz de influenciar o processo terapêutico e o estilo da dinâmica da equipe multiprofissional	10
Extremamente necessária: o enfermeiro tem conhecimento fundamentado na assistência e é o elo de ligação entre os profissionais	09
Fundamental, imprescindível, necessário diante da quantidade de informações e direcionamentos do cuidado, bem como sua formação generalista	09
O enfermeiro deve integrar ou “alinhar” as atividades de cuidado de todos da equipe multiprofissional; interagir mais com o paciente identificando suas necessidades como um todo fazendo uso do raciocínio clínico.	08

Fonte: questionário

***Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito**

O conteúdo dos quadros 17 e 18 demonstra o desejo dos gerentes em efetivar o trabalho em equipe multiprofissional e defendem que a inserção do profissional enfermeiro é preponderante nesse trabalho, pois reúne predicados para compor de forma essencial esse espaço.

Quadro 19: Síntese das respostas positivas semelhantes mais prevalentes sobre como articular a tecnologia dura com mais humanização (respostas mais prevalentes)*

Implantar primeiramente a tecnologia leve para adequar tecnologia dura	05
Ressignificando o vínculo do profissional da saúde com o usuário, zelando pela missão da instituição; busca pela cidadania e garantia dos direitos de todos	05
Inserindo o trabalho em equipe e a PNH	03
Precisamos analisar qual contexto em que está inserido a tecnologia não devemos permitir que algumas ações sejam interpretadas como desumanas	03
Precisamos oferecer a assistência com a modernidade presente nos equipamentos e terapêuticas de alta tecnologia, mas de forma humanizada com respeito ao doente e familiares	03
Realizando educação permanente, pois pessoas qualificadas irão utilizar melhor as inovações, tecnologias e, com isso, prestarão melhor cuidado aos clientes	03
Os profissionais devem utilizar teorias humanistas para dar sentido às crises situacionais e contextualizá-las como um todo na promoção da saúde	02
Facilitar através da comunicação da equipe multiprofissional com o cliente, criando vínculo e facilitando a terapêutica	02
Inserção dessa discussão na graduação e pós-graduação dos futuros profissionais	02

Fonte: questionário *Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 20: Síntese das respostas negativas semelhantes mais prevalentes sobre o porque a tecnologia de equipamentos e procedimentos não pode dar conta da visão de promoção da saúde, referentes à tabela 25. (03 respostas mais prevalentes) (*)

Precisamos ter mais interação e vínculo com o cliente; atitudes adequadas de cuidado, afeto e não apenas focar no procedimento	19
Promoção de saúde é mais que tratar a doença; não existe promoção de saúde só com equipamentos e tecnologia, preparar o profissional para operar equipamentos, para enxergar o ser humano “em fatias” o distancia da pessoa como um todo...	09
Isso implica de como cada um vê o mundo e aceita as transformações em relação a um posicionamento político da saúde na sua dimensão ampliada	07

Fonte: questionário

*Questão permitiu mais que uma resposta por sujeito

Quadro 21: Síntese das respostas semelhantes mais prevalentes sobre como a área da saúde da instituição poderia encontrar um ponto de equilíbrio entre inovações tecnológicas e promoção da saúde, referentes à questão 29 (03 respostas mais prevalentes)*

Investir mais em gestão de pessoas para vestirem a camisa da universidade, para manipular a tecnologia sem deixar de lado a parte humana, aprimorar a prática da clínica ampliada e cuidar de quem cuida	19
Inserindo diretrizes da PNH na formação dos profissionais, envolver e conscientizar a equipe médica, quebrando paradigmas da visão só curativa da assistência	05
Trabalhando a educação permanente e promovendo o comprometimento dos familiares dos usuários com o tratamento	05
Maior comunicação e relacionamento interpessoal, aplicando tecnologia leve, leve-dura e dura	04
Integração de pesquisas biomédicas com pesquisas mais educacionais e humanistas; promover cultura de saúde, estudos multidisciplinares com a mesma interface, introduzindo na formação do profissional a ótica do trabalho em equipe	04
Inovações tecnológicas pautadas na bioética, voltadas efetivamente para o cuidado resolutivo e responsável; na instituição falta escuta em todas as suas vertentes	04
Formando grupos de trabalho para discussões dos pontos positivos e negativos das inovações tecnológicas e alinhamento de propostas	04
Com novas políticas de gestão	

As respostas às questões 19, 20 e 21 indicam que predomina uma visão humanista do trabalho em saúde desenvolvido em âmbito hospitalar e que o modo mais adequado de se garantir que diretriz se torne uma *práxis* hegemônica seria aliar o desenvolvimento humano com a incorporação de tecnologias apropriadas, ou seja, garantir o acesso a todas as tecnologias que melhoram e prolongam a vida. Pareceu-me no entanto, que as considerações dos sujeitos refletem posições mais próximas do senso comum do que uma visão mais ampliada e problematizadora sobre os condicionantes de saúde bem como das intervenções em saúde.

7.3- Apresentação e análise de conteúdo segundo as categorias analíticas

Conforme já mencionado, a apresentação de tabelas e quadros teve como objetivo apresentar as predominâncias de respostas, cujo significado das mesmas estão mais objetivas e aparentes.

Para a análise, as comunicações foram organizados e interpretados conforme a construção genuína de cada sujeito da pesquisa, no intuito de apreender os significados de forma a atender os objetivos definidos nesta investigação.

Dessa forma, procurei encontrar explicações, ter percepções da visão dos profissionais sujeitos da pesquisa e, para essa análise, agrupou-se o conteúdo das respostas em categorias, cujas etapas foram explicadas na trajetória metodológica, intercalando um texto interpretativo que desse sentido a essa análise.

Construíram-se doze categorias assim denominadas: nível de satisfação no trabalho no exercício da gerência, percepção do gerente sobre sua qualificação para o cargo, percepção sobre a forma de como a instituição procede para designar gerentes, dificuldades para o exercício da gerência, coerência da administração do hospital com as diretrizes gerenciais, viabilidade da gestão de pessoas na instituição, percepções sobre as potencialidades da gestão de pessoas na qualidade da assistência, viabilidade da integração com a atenção básica, dispositivos para ampliação da clínica, viabilidade e importância do trabalho em equipe e a inserção do enfermeiro, familiaridade do enfermeiro sobre o conceito e tipos de tecnologia na promoção de saúde, dispositivos para que as inovações tecnológicas sejam efetivas na promoção da saúde.

7.3.1. Nível de satisfação no exercício da gerência

Na população estudada, as respostas afirmativas (83,78%), nessa categoria, foram focadas em relação à possibilidade de contribuir com a gestão, com a possibilidade de

desenvolvimento profissional e pessoal, autonomia na tomada de decisão e reconhecimento pelo trabalho.

A resposta de **S14**, amplia o seu nível de satisfação da seguinte maneira: **“porque na atual função é possível implementar projetos, direcionar ações, exercer a competência de tomada de decisões e pensamento lógico, desenvolvimento de outras pessoas, é desafiante devido à necessidade de ter conhecimento, habilidades e atitudes (saber, saber fazer e saber agir)”**.

A resposta de **S19**, **“sim, gosta muito do papel de supervisor; realizar escalas, capacitar pessoas, promover eventos, cursos para a equipe, resolver problemas da assistência. Porém sinto falta de ter mais tempo para desenvolver projetos (devido a assistência)”**.

Percebe-se nesta resposta que a dimensão gerencial, principalmente nas atividades administrativas sobrepõe-se em relação às demais, não considerando como destaque, o desenvolvimento de sua capacidade ou atuação na qualificação dos processos assistências sob sua responsabilidade e de sua equipe.

Na resposta de **S31**, **“pela possibilidade de trabalhar de forma participativa com as equipes, pela possibilidade de ser um agente de mudança, por estabelecer uma comunicação efetiva, e trabalhar com objetivos comuns”**.

Em contrapartida, alguns sujeitos não estão satisfeitos por não sentirem-se preparados para o exercício da função gerencial, principalmente no que diz respeito a trabalhar conflitos interpessoais ou dar conta da demanda de trabalho.

Na opinião de **S10**, **“não se considera satisfeito, porque não consegue atingir as metas propostas para o cargo”**.

Na explicação de **S12**, **“não está satisfeito; gosta de estar e influenciar pessoas para um trabalho melhor, mas o tempo faz com que percebamos a força política, a**

morosidade e uma dificuldade de mobilizar a informação entre turnos que interfere na força de trabalho”.

Na manifestação de S21, **“não, porque gerenciar conflitos de equipe, acompanhantes, não é fácil e não temos formação para ser gerente, somos preparados para prestar assistência ao paciente”.**

Na consideração de S37, sua satisfação é parcial... **“é uma oportunidade única, me ajuda a crescer profissionalmente e pessoalmente.”**

Tais afirmações se tornam preocupantes, pois, os profissionais que atuam na esfera assistencial direta e os gestores/gerentes, bem como usuário e família, fazem parte da construção da instituição em que atuam e devem se responsabilizar mutuamente pelos resultados da ação coletiva que ocorre entre os mesmos.

Diante das falas dos sujeitos, percebe-se a necessidade de estabelecer diretrizes para os profissionais pensarem a gestão não dissociada da atenção à saúde.

Tais diretrizes devem estar pautadas não somente para organização e controle dos processos conforme enfatiza Peduzzi,⁽⁴⁾ mas sim articuladas às reais necessidades de saúde dos indivíduos, envolvendo as equipes profissionais.

Articulando e integrando pessoas e processos, possibilita transformar de forma pró-ativa o desenvolvimento das atividades na instituição, principalmente pela característica do trabalho em saúde em contexto hospitalar, no qual os desafios, inovações e mudanças ambientais, sociais e tecnológicas são constantes.

Planejar as ações na gestão é imprescindível para ajustamentos nos processos de trabalho e valorização das pessoas pertencentes ao sistema.

No processo de formação do enfermeiro está dada pela Lei do Exercício Profissional 7498/86⁽¹¹⁾ as atividades do profissional e a dimensão das mesmas.

É importante ressaltar que a organização do trabalho do enfermeiro e da enfermagem, sua autonomia no processo de cuidar e a forma de estabelecer seu papel institucional deve transmitir sentido e significado para se inserir com propriedade no processo de trabalho em saúde de forma compromissada e autêntica, conforme estudos de Bueno.⁽¹⁴⁾

7.3.2. Percepção do gerente sobre sua qualificação para o cargo

As respostas afirmativas para esse questionamento não agregaram muito valor ao propósito da discussão, pois foram redundantes, mas as negativas, ou seja, o sujeito não considerar-se qualificado para o cargo, pela falta de conhecimento dos processos gerenciais e delimitação de seu papel e necessidade de qualificarem-se no nível tático e estratégico demonstra o interesse e envolvimento para aprimorarem-se para o bom desempenho da função. Faz parte do processo de formação do enfermeiro, disciplinas direcionadas para administração e gerenciamento em enfermagem, ou seja, a organização do trabalho, ambiente terapêutico, liderança de equipe de cuidado (técnicos, auxiliares) e a articulação com a equipe multiprofissional, porém, na prática, muitos profissionais têm dificuldades, porém só poderão superá-las, empenhando-se em sua qualificação que deve estar focada no contexto em que estão inseridos, ou seja, serviço público de saúde, hospital de complexidade terciária gestão com tendência à descentralização, entre outras especificidades.

S10 salienta: “**não tenho experiência, mas preciso me qualificar**”, enquanto que, **S14** reflete que “**não, porque, apesar de vinte e dois anos de experiência na gestão, estou aprendendo muito sobre minha função; a dinâmica da gestão em nível tático e estratégico e estou procurando me qualificar cada vez mais, pois penso que a função requer pessoas mais qualificadas**”.

No entanto, S21 afirma: “**não porque não aprendemos na formação acadêmica ser gerentes, mas prestar cuidados/assistência ao paciente**” e S26, ressalta que “**não, atualmente me sinto mais qualificada, após o Programa de Desenvolvimento Gerencial – PDG, principalmente, que embora de curta duração, abrange assuntos importantíssimos e nos fornece ferramentas muito úteis. Mas ainda sinto que preciso me desenvolver e buscar novas capacitações**”.

Analisando esses conteúdos, uma questão a salientar, e que gera preocupação é o quanto desses profissionais estão com perfis adequados para o cargo, como também se estão considerando as dimensões de atuação do enfermeiro, baseando-as na Lei do Exercício Profissional 7498/86⁽⁹⁾, cabendo ao enfermeiro, quatro atividades essenciais que norteiam a sua profissão: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa, podendo atuar em nível de planejamento político, estratégico, tático e operacional, ou seja, coordenação, planejamento de serviços de saúde, de forma geral e específica, de ensino e pesquisa de enfermagem, gerenciamento e educação em serviços de enfermagem, supervisão e assistência direta.

Destaca-se o entendimento de Capella e Leopardi sobre a discussão acima:

O estabelecimento de princípios éticos, na perspectiva de uma assistência digna, igualitária, universalizada, buscando o atendimento integral do indivíduo portador de carência de saúde, é fundamental para a resolução dos conflitos e ambiguidades geradas a partir do processo de trabalho em saúde.⁽⁸³⁾

É importante ressaltar que o processo de trabalho em saúde no aspecto assistencial e gerencial compõe-se de três elementos básicos: o ser humano, que a partir da ação dos profissionais de saúde sobre seu corpo e mente consome em ato essas ações que devem ter como finalidade prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde; outro

elemento básico é a utilização de equipamentos, protocolos e também da tecnologia leve que se conformam no terceiro elemento desse processo.

Conforme referenciado no embasamento teórico, a gestão da enfermagem deve ser considerada como um instrumento do processo de cuidar e a qualificação do enfermeiro para fazer uso desse instrumento é imprescindível e, para tanto, há necessidade de planejar, ter capacidade para governar e infraestrutura para executar seu planejamento conforme Florence⁽²³⁾ e Matus^(22,66)

7.3.3. Percepção sobre a forma de como a instituição procede para designar gerentes

Nessa questão cabe elucidar que a instituição, sendo pública, segue o que consta em Regimento no que diz respeito a escolha do Superintendente e também dos cargos abaixo do mesmo. Para o cargo de superintendente, é feita uma consulta à comunidade da instituição e as pessoas interessadas e qualificadas para tal (MS5) deverão inscrever-se para o pleito. Após a escolha, o superintendente compõe sua equipe de confiança, ou seja, convida os profissionais para que ocupem os cargos considerados de confiança. A maioria dos sujeitos no contexto deste estudo considera que a instituição carece de uma sistemática para designar gerentes como podemos observar nessas falas.

S5, “a seleção de gerentes ainda ocorre por afinidades pessoais (cargo de confiança). Penso que o ideal seria refinar a definição de perfis de competência (técnica e relacional) para as designações, ou seja, para encontrar a ‘pessoa certa no lugar certo’”.

S35, “ porque a designação de gerentes exige uma série de procedimentos que indique a qualificação, a liderança, capacidade criativa e a capacidade de relacionamento”.

A resposta negativa que mereceu destaque neste estudo foi de **S1**, “**porque não só a qualificação gerencial é importante; é preciso conhecer a dinâmica do serviço e possuir relacionamento na esfera política**”.

A organização deve ter normas claras para atuar de forma justa, sempre comprometida com a qualidade dos serviços. Os espaços a serem ocupados pelas gerências devem estar providos de sentido e significados, mostrando a real necessidade e autenticidade para o adequado desenvolvimento do trabalho, contribuindo assim para uma inter-relação saudável e produtiva, compromissada e humanizada.

É importante salientar que na atualidade existem novas tendências nas práticas gerenciais e de gestão nas organizações. Todos, sendo ou não gerentes, devem inteirar-se do seu planejamento, analisar criticamente, o ‘modus operandi’ e o que deverá focar nas suas ações para promover a equipe e a instituição, utilizando-se da comunicação assertiva, do conhecimento e sensibilidade como processos que facilitam o desenvolvimento de um inter-relacionamento respeitoso entre os membros da equipe de saúde e entre os demais membros que atuam na instituição. O gestor/gerente deve se considerar, um elo entre os diferentes níveis hierárquicos da organização assim como um articulador e facilitador no desenvolvimento de seu trabalho, não somente ser confiável, mas ter competência técnica e agregar valor nos resultados de seu trabalho.

As instituições de saúde, como já foi mencionado nos estudos de Pires⁽³⁸⁾ estabelecem-se com a hegemonia médica.

As relações de poder, inter-relações e as interfaces na dimensão política e organizativa existem, porém, os profissionais de saúde, em destaque, os da enfermagem, devem inteirar-se do planejamento da instituição para atuarem e colaborarem com propósitos e metas, focando na qualidade do trabalho a ser desenvolvido e no desenvolvimento das pessoas que compõem a equipe de saúde e que, como reforça

Tancredi *et al*,⁽⁵⁴⁾ adquire base para desenvolver o planejamento em sua área de responsabilização, convergindo com os demais membros da equipe gerencial multiprofissional, para transformações ou mudanças necessárias para que a instituição possa atingir bons resultados no processo de atenção e gestão em saúde.

7.3.4. Dificuldades para o exercício da gerência

O exercício da gestão em saúde é algo singular, pois, ao mesmo tempo que avalia e intervém nas questões estruturais, deve sensibilizar-se e também intervir no processo assistencial e, ao mesmo tempo, cuidar de quem cuida; é reconhecidamente uma prática social que articula e integra pessoas e processos de forma sinérgica e eficiente, possibilitando o desenvolvimento do trabalho na instituição.

As respostas dos sujeitos da pesquisa salientaram diversos ‘ruídos’ existentes no cotidiano do trabalho, tais como: dificuldade no gerenciamento de conflitos, pouca assessoria da área de RH da instituição por não estar preparada para apoiar a gestão de pessoas nas áreas, não considera atuar de forma mais organizada, ao mesmo tempo em que deve gerenciar a assistência, as pessoas e os tramites burocráticos, como também dificuldades com a falta de disponibilidade e pouco envolvimento da chefia médica com as questões da área.

A percepção de **S2** sobre essa categoria é a seguinte: **“dificuldade em entender a delimitação do papel, falta de clareza e consistência dos objetivos institucionais, falta de desenvolvimento de competência política, falta de visão estratégica e, no nível tático, dificuldade em delegar com clareza”**.

S16, “excesso de demandas não relacionadas a assistência de enfermagem”.

S26, “pouca autonomia para resolução de problemas; excesso de expectativas por parte dos subordinados de que o gerente pode resolver todos os problemas;

grande parte da jornada resolvendo conflitos e insatisfações (tanto de funcionários como acompanhantes de pacientes), cobrindo ausências de funcionários”.

Fica evidente o desvio da ação cuidadora e a tendência à perda da autonomia quando assume atividades não condizentes com suas responsabilidades profissionais, o que pode ser acarretado pela ingerência da instituição, valorizando as atividades burocráticas e gerenciais quando estimula ações de controle, desviando a enfermagem de sua função singular: “assistir gerenciando e gerenciar assistindo”.

Muitas vezes as dificuldades encontradas pelos gerentes, na dimensão gerencial se apresenta complexo por ser desencadeado por questões técnicas não trabalhadas adequadamente e o inverso também pode ocorrer, gerando insatisfação tanto do gerente como do profissional gerenciado por ele. Tais situações revelam problemas relacionais, falta de entendimento de seu papel nessa rede, de preparo, ou mesmo de um planejamento e estratégias, inviabilizando uma visão mais adequada para o desenvolvimento do trabalho na área técnica, relacional e na dinâmica gerencial.

Outra questão que analiso é o equívoco do papel do enfermeiro em atividade formal de gerência em não considerar sua responsabilização com sua equipe de trabalho, no sentido de desenvolvê-la, talvez por não estar sendo adequadamente trabalhado no seu processo de formação. Outro ponto de análise é sobre o profissional não considerar-se autônomo nas atividades que lhe competem, pois estão direcionadas a assistência, exceto aquelas que assume por imposição da instituição ou por não se manifestar contrário, com argumentações fundamentadas.

O capítulo III do presente estudo trata da *téchne* da enfermagem, o seu saber fazer, o conhecer-se no ato de produzir, é um saber fazer com sentido e significado de seu verdadeiro papel no processo de trabalho em saúde, que não é simplesmente a realização de técnicas e procedimentos.

Pensar no que Heidegger⁽⁴¹⁾ trouxe como contribuição para este estudo, em relação a duas modalidades do pensamento humano: o pensamento calculante e o pensamento meditante. Deve-se pensar a *práxis* da enfermagem com conhecimento científico, inserindo o ser, o indivíduo em seu processo de saber, não somente focado em cumprir determinadas ações (calculante), mas ampliar essas ações para dar sentido e significado ao seu fazer e o resultado das ações do mesmo (meditante).

Tais questões são totalmente aplicáveis nas atividades nas atividades meio (gerenciais) como objetivo de qualificar as atividades fim (assistenciais).

7.3.5. Coerência da administração do hospital com as diretrizes gerenciais

Nessa categoria, abordou-se algo importante, pois toda organização hospitalar necessita de normas, regulação, cooperação e foco para que todos se envolvam para atingir metas contratualizadas ou pactuadas e alcancem o patamar de excelência almejada, inclusive no planejamento estratégico da instituição. Percebe-se nas respostas dos sujeitos que todos desejam bons resultados, mas transparece uma lacuna, um vazio, entre os mesmos e a gestão principal, demonstrando a necessidade de estarem mais próximos e coerentes uns com os outros.

S5, “para dar significado e solidez a sua missão, visão, valores e filosofia institucionais, para que estes não fiquem apenas expostos em manuais, paredes e discursos, mas que de fato reflitam a essência do trabalho desenvolvido e que sejam assimilados por todos (funcionários e usuários)”.

S14, “para proporcionar alinhamento de conhecimentos da gestão e condutas diretivas promovendo um grupo de gestores mais homogêneo”.

S22, “porque os gestores teriam uma proposta a seguir, dar continuidade e não ficaria tão vulnerável. Muda a superintendência e começa-se tudo de novo”.

Fica evidente a maturidade, a não acomodação e a crítica dos gerentes em relação a necessidade de se realizar um planejamento estratégico a ser pensado e praticado por todos, sem distinção de níveis ou categoria profissional, estimulando a responsabilização com foco comum e mostra potencialidade para atuar como força instituinte, capaz de colaborar efetivamente no modo de andar da gestão da instituição.

No que se refere ao sistema público de saúde vigente no país, a área hospitalar deve se sentir inserida na hierarquização da atenção em saúde e se organizar para atender as reais necessidades de recuperação da saúde da população. É uma organização complexa e que, atualmente passa por reformulações e que deve ser reconhecida como um espaço multidisciplinar e que o usuário deste espaço se torna mais exigente de seus direitos na atualidade. Portanto a instituição deve proporcionar assistência qualificada e a gestão deve reconhecer a importância de toda a equipe para atingir suas metas.

Campos⁽⁴⁸⁾ reforça a necessidade dos vários sujeitos que atuam ou estão inseridos no hospital, saibam a essência e importância de seu núcleo de competências para assumirem as responsabilidades inerentes ao seu papel e entenderem que, pela característica do trabalho coletivo, o campo de competências constituiu-se de modo integrado a atuação de todos' com o objetivo de assistência a saúde na sua integralidade. Assim, existindo esse entendimento, a coerência surge através das ações compartilhadas e responsáveis.

O hospital é um espaço social importante, que, se bem trabalhado, pode gerar mudanças positivas e eficientes para o ser em cuidado, bem como para o reconhecimento e valorização de cada profissional.

7.3.6. Viabilidade da gestão de pessoas na instituição

Nas considerações subsequentes percebemos que os gerentes valorizam as ações da área de gestão de pessoas, porém, a maioria não se coloca como os verdadeiros gestores de pessoas, alegando falta de preparo, que não é uma função pertinente aos mesmos, conforme as seguintes respostas: **S2, “sim, embora seja difícil, é desafiador estimular o desenvolvimento das pessoas a agir com compromisso e responsabilidade, quebrar o ciclo de alienação profissional por estímulo e não tratar pessoas como objetos descartáveis; por permitir oportunidades de repensar as ações”.**

S13, “além de possível é necessário fazer gestão de pessoas, pois acredito que as mesmas são “os bens” de maior valor nas instituições, pois são elas que levarão os resultados que a instituição espera...”.

S14, “é através do processo de gestão de pessoas que pode ser melhorada a qualificação profissional de forma ampla, abrangendo o conhecimento, as habilidades e as atitudes, refletindo em melhoria na qualidade da atuação dos profissionais e melhoria da assistência prestada aos pacientes. Além de melhorar os relacionamentos interpessoais e aumentar a satisfação com o trabalho dos profissionais”.

S23, “sim, o Departamento de Enfermagem – DENF do HC já vem fazendo isso, só pelo fato de comparecer semanalmente no plantão noturno, onde humaniza e envolve os servidores. “Como isso é importante”. “Nós do noturno não nos sentimos mais abandonados após essas visitas””.

S26, “acredita que seja possível, desde que o RH participe desse processo efetivamente, pois hoje, o que vemos muitas vezes é um RH deixando a responsabilidade toda apenas nas mãos do gerente, não compartilhando das decisões, com déficits de conhecimento dos direitos e deveres dos funcionários.

Compartilho da opinião que punição não altera comportamento, mas muitas vezes, o funcionário pede limites, como uma criança e acho que, de forma geral temos dificuldades em impor limites”.

Por outro lado, admite-se que um profissional de saúde que não esteja inserido adequadamente na equipe e na organização em que atua esteja adequadamente cuidando de maneira humanizada o ser em cuidado, se o mesmo não tenha em seu ambiente de trabalho qualidade de relacionamento entre os membros da equipe multiprofissional.

É importante lembrar que, no processo produtivo do trabalho no setor saúde, a enfermagem executa um tipo específico de serviço, materializado tanto pelo cuidado direto como indireto ao ser em cuidado, além de constituir-se de ações indispensáveis para a equipe multiprofissional diretamente e indiretamente ligada a assistência, principalmente no nível hospitalar e na execução de procedimentos de um modo geral. Na maioria das vezes, a execução do trabalho gerencial da enfermagem, ao longo dos anos foi pautada e ainda é influenciada pelos princípios da escola científica e clássica da administração tradicional, na visão Taylorista e Fayolista do serviço de enfermagem em instituições de saúde⁽⁷⁹⁾.

Tais modelos eram determinados por aspectos culturais, sociais e econômicos vigentes e o modelo de gerência e a lógica do controle sempre estiveram presentes. Para ampliar esse modelo, é imprescindível não visualizar o processo de trabalho dentro dessa lógica, o de gerenciar coisas, mas, inserir, integrar e articular pessoas, pois são elas que transformam e fazem acontecer o processo de trabalho em saúde; assim, o enfermeiro deve procurar liderar as pessoas, pois não as gerencia, entendendo que gerenciamento é atividade meio, um instrumento para que o processo assistencial se desenvolva e que segundo Spagnol.⁽⁵⁾

“este estilo de gerência tradicional não tem permitido aos trabalhadores da enfermagem criarem espaços coletivos de gestão, onde possam atuar como

atores sociais, ou seja, compartilhem o processo decisório e adquirirem capacidade coletiva de análise para resolverem seus problemas e identificarem suas demandas”

7.3.7. Percepções sobre as potencialidades da gestão de pessoas na qualidade da assistência

Nessa lógica, a dimensão humana se torna valorizada nas relações de trabalho e exige do gestor criar dispositivos para que haja maior participação e compartilhamento de trabalho; ao contrário, se as pessoas forem tratadas como coisas, automaticamente ficam sem identidade e serão consideradas pelas funções ou papéis que exercem em determinado processo e passam a serem chamadas por sua representação social de forma equivocada (cliente, colaborador, por exemplo, ao invés de considerá-lo sujeito integrante do processo de trabalho)

Nessa categoria, as respostas foram praticamente unânimes em relatar os impactos positivos de pessoas bem lideradas, motivadas, adequadas para desenvolverem suas potencialidades e suas atividades:

S2, “diminuição da alienação nos cuidados prestados, promoção da saúde em seu conceito mais amplo e não o foco somente na doença”.

S8, “uma boa gestão de pessoas promove, em relação à gestão de cuidados, diminuição de conflitos (entre a equipe) e melhor interação e manejo com o paciente...”.

S17, “maior adesão aos programas e projetos, melhoria nos indicadores de assistência”.

S20, “realização do cuidado com preocupação pela segurança do paciente, com a equipe de trabalho e com sua própria segurança”.

S27, “uma co-responsabilidade de todos em relação a tudo que é pertinente a assistência”.

S33, “quando o grupo assistencial é bem trabalhado pelo gestor, isto reflete na melhora no atendimento, na motivação da equipe e na redução do absenteísmo”.

S35, “a qualificação de pessoas, não só conhecimento e habilidades, mas dedicação e respeito que produzem efeitos benéficos para os pacientes e a instituição”.

A dimensão gerencial e a dimensão assistencial do trabalho do enfermeiro são complementares, conforme destaca Peduzzi ⁽⁹⁰⁾. É um binômio que, se não se articularem, compromete o trabalho do enfermeiro em sua própria prática, da equipe sob sua responsabilidade, o usuário e os demais membros da equipe multiprofissional.

A importância do planejamento no arranjo apresentado neste estudo trazendo as contribuições de Matus ^(22,66), Florence ⁽²³⁾, Cecílio e Moreira ⁽⁶³⁾, Carraro ⁽⁶⁴⁾ e Campos ⁽⁵⁰⁾, traduzem a importância de um trabalho organizado, planejado e integrado entre os diversos atores do trabalho em saúde.

Várias ações de planejamento, envolvendo e agregando pessoas em seus processos de trabalho, na medida que esse ocorre, de forma compartilhada, onde exista lideranças ou apoiadores com perfil agregador, pró-ativo, valorizando a autonomia profissional por meio de seus conhecimentos, é possível, como enfatizado no referencial teórico, transformar relações de poder com responsabilização e voltados para a mesma finalidade que é a prestação da assistência com qualidade.

O Método da Roda salienta a importância de criar espaços para o fortalecimento dos sujeitos se desvencilhando da alienação e, ao mesmo tempo o gestor e a instituição, nessa lógica de ação, se emancipa e emancipa seus sujeitos, incentivando o estabelecimento de

um sistema de cogestão, ampliando a capacidade dos sujeitos e a capacidade da própria direção.

Todos os profissionais envolvidos na atenção e na gestão devem compreender que para transformar e/ou mudar algo é necessário um novo olhar, um novo modo de pensar, de construir e desenvolver o novo processo de trabalho, utilizando-se de novos arranjos ou dispositivos institucionais para orientar um novo processo produtivo, envolvendo profissionais, trabalhadores e gestores, focando na melhor assistência ao usuário, atuando de forma mais resolutiva, integrada e articulada ampliando para os demais serviços da rede de saúde, não focando apenas nas questões hospitalares internas.

7.3.8. Viabilidade da integração com a atenção básica

Vejamos a impressão dos sujeitos desta pesquisa:

S2, “sim, para contra-referenciar as pessoas com problemas de saúde; para promover a saúde e não se ocupar apenas com a doença”.

S5, “sim, para sustentar o SUS é fundamental o pacto entre os diferentes níveis de gestão. Para efetivar a linha de cuidado e o seguimento do usuário nos diferentes níveis de atendimento há que haver essa integração”.

S12, “sim, garantia de assistência ao usuário ao longo de sua necessidade, sendo assistido adequadamente em cada fase de seu processo saúde-doença-saúde.

S18, “sim, porque o paciente deveria primeiramente procurar a rede básica, o clínico geral e não ir direto para as especialidades. A rede básica é quem deveria ser a “reguladora” de todo o sistema de saúde”.

S29, “sim, pois dessa maneira haverá redução do estrangulamento do sistema. Maiores possibilidades de ensino e serviço e o principal: ganhos organizacionais e financeiros por parte dos hospitais. E o maior beneficiário será o doente”.

S33, “sim, a rede básica é o início do atendimento no nível hierárquico do SUS; se os hospitais não conseguirem essa integração, muitos casos que poderiam ser atendidos na rede básica, virão para os hospitais e os pronto-socorros terão sobrecarga”. A rede básica deve ser contra-referenciada sempre.

A área da saúde tem características complexas em relação à finalidade de cada nível de atenção (primária, secundária, terciária), principalmente quando se refere ao sistema público de saúde vigente no país; requer ambientes complexos em relação ao compromisso da gestão e das redes de atenção com a saúde da população, no qual a forma de interação, financiamento e a prestação de serviços tornam alguns fatores mais relevantes para a melhoria da qualidade de atendimento.

Nesse sentido, é importante que haja conhecimento e entendimento do papel de cada nível da hierarquização do SUS, para contemplar o usuário em suas necessidades; a interação entre usuário, prestadores de serviço e as instituições fornecedoras de serviço, adotando um modelo de gestão condizente com um processo democrático e compartilhado, de co-responsabilização e um modelo de atenção com foco no usuário dos serviços, com equipes multidisciplinares com adequada interação para atingir qualidade assistencial de excelência e, assim, realmente haverá integralidade do cuidado à saúde.

7.3.9. Dispositivos para ampliação da clínica

Essa questão gerou impacto interessante, pois, a maioria das respostas foram imprecisas:

S5, “repensar seu modelo hegemônico caracterizado por prática centrada em procedimentos e fragmentada em especialidades que gera altos custos para o sistema. O processo do cuidado hospitalar deve estar articulado com a atenção integral do paciente”.

S11, “produzir saúde e aumentar a autonomia dos sujeitos, família e comunidade, integrar a equipe multiprofissional e elaborar projetos terapêuticos”.

S12, “facilitador para os diferentes atores deste contexto; encontrar o significado e forma de execução do que é compartilhar, reconhecer limites, abertura de espaço para outras formas terapêuticas, etc”.

S16, “estimular e estabelecer protocolos através de reuniões com a rede básica para a melhoria da assistência, fortalecendo essa parceria e essa comunicação”.

S20, “elaboração de projetos terapêuticos em equipe multidisciplinar, valorização do auto-cuidado e da participação do usuário na proposta de tratamento”.

S24, “a instituição precisa estimular nos profissionais que trabalham nela, que, ao abordar um paciente, não tratar apenas um diagnóstico e sim ter uma visão holística do paciente (tipo de população, trabalho, comunidade, etc)”.

S28, “fazer com que todos se responsabilizem com os pacientes, valorizando-os como sujeitos ativos. Cada profissional dentro de suas atribuições e competências se responsabiliza pela construção do projeto terapêutico”.

S36, “que exista verdadeiramente a interdisciplinaridade e exista entendimento dos demais serviços de saúde à respeito do que é verdadeiramente a clínica ampliada”.

Além das considerações já realizadas sobre clínica ampliada, cabe ressaltar a necessidade de, como seres humanos, usuários ou profissionais da gestão e da atenção, valorizarmos-nos como seres humanos e respeitarmos-nos como tal. Capella e Leopardi⁽⁸⁸⁾ ressaltam a importância do trabalho coletivo em saúde, numa dimensão em que as ações não sejam simplesmente multiprofissional, mas interdisciplinar, democratizando o pensar e o fazer, promovendo uma força de trabalho qualificada para o exercício pleno do trabalho.

Para tanto, um processo de educação permanente, o Método de Apoio e Co-gestão, , instigando à compreensão do trabalho em saúde pelos profissionais, inserindo o usuário, para que entenda também suas necessidades.

A visão holística que hoje está sendo resgatada pela clínica ampliada valoriza o ser em cuidado como um ser inteiro, o indivíduo como um todo, com suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, possibilitando a elaboração de projetos terapêuticos resolutivos. Esta visão reforça que é imprescindível a necessidade de rever os processos de trabalho e de formação na área da saúde.

Conforme já lembrado anteriormente, na saúde, mais especificamente, na área hospitalar e pública, essa compreensão é necessária, pois a organização composta por seus gestores, gerentes e trabalhadores, necessitam enfrentar os desafios cotidianos complexos e dinâmicos. Sofrem com as constantes mudanças ambientais, sociais, tecnológicas, econômicas, políticas e relacionais. Por isso, é imprescindível valorizar o ser humano e planejar ações para que a gestão seja eficaz nessa era de intensa transformação tecnológica e o gerente deve acompanhar as inovações, participar de atualizações para desenvolver-se de forma eficiente.

7.3.10. Viabilidade e importância do trabalho em equipe e a inserção do enfermeiro

O trabalho nas organizações de saúde se dá sempre de forma compartilhada, em equipe. Embora exista um tensionamento, devido a necessária junção de vários saberes e práticas (os núcleos de competência), o campo da saúde é multidisciplinar, mas o ideal seria de forma interdisciplinar. Obviamente, as distorções comunicativas existentes devem ser trabalhadas, possibilitando a interação comunicativa das práticas sociais, dando sentido ao cuidado centrado no paciente e suas necessidades, e não nas necessidades das categorias

profissionais, aspecto importante para o processo de humanização das relações e da atenção. Dessa forma os profissionais deverão atuar de forma interativa, com bom senso, criatividade e assertividade, em torno de um objetivo comum.

Em relação a percepção dos sujeitos sobre a viabilidade e importância do trabalho em equipe na área da saúde, 100% dos sujeitos consideram viável o trabalho em equipe, como demonstramos a seguir:

S3 “sim, só poderá haver bons resultados quando os profissionais se comunicarem mais, respeitando cada campo de atuação individual para a finalidade única que é a recuperação rápida e eficaz do cliente”.

S9, “sim, porque o indivíduo é um todo e necessita para a recuperação de sua saúde, dos diversos saberes para propiciar a recuperação da saúde e/ou o não agravamento de doenças. Trabalhar de forma conjunta, agrega conhecimentos que facilitará diagnosticar, tratar e recuperar a saúde do indivíduo e também propicia o conhecimento do outro (colega de trabalho) gerando respeito e cooperação”.

S15, “sim, fundamental. Mas estamos longe disto, ou seja, estamos engatinhando nesse discurso. A formação dos profissionais precisaria trabalhar e sedimentar mais esse tipo de trabalho. Hoje estamos só no discurso”.

S25, “sim, é possível desde que haja comunicação eficiente entre todos os profissionais. O resultado seria um atendimento preciso e efetivo ao cliente”.

S28, “sim, é um processo irreversível se pretendemos alcançar a integralidade do cuidado, os saberes específicos dos profissionais se complementam, garantindo cuidado resolutivo e de qualidade”.

S32, “sim, o HC é composto por equipe multidisciplinar, mas que ainda precisa aprender a compartilhar, respeitar e aceitar ideias, opiniões, conceitos...”.

S33, “sim, porque a equipe multiprofissional bem alinhada e com foco na assistência de seus clientes, trabalha em busca do mesmo resultado: a recuperação do paciente ou a oferta de conforto (cuidado paliativo); no entanto, para a execução das atividades em equipe multiprofissional é importante que não exista relações de poder ou disputa de espaços políticos e que todas as categorias profissionais se respeitem mutuamente e reconheçam a importância de cada membro da equipe no trabalho.

Cabe observar que em qualquer instituição sempre existirão relações de poder e disputa, porém se a distribuição de poder for mais equitativa é mais provável que o trabalho em equipe de fato aconteça, com maior reconhecimento de cada um de seus membros.

Com relação à importância da inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional, os sujeitos fizeram as seguintes considerações:

S1, “o enfermeiro continua ainda muito preocupado com as rotinas da unidade; necessita aprender a delegar mais, se envolver mais com o todo, ser participativo com a atenção voltada ao cliente, com a educação continuada e cobrar resultados”.

S2, “o enfermeiro deve integrar ou “alinhar” as atividades de cuidado de todos da equipe multiprofissional, interagir mais com o paciente, identificar necessidades biofísicas e espirituais”.

S4, “acho que o enfermeiro é capaz de fornecer informações do dia-a-dia do paciente que são relevantes ao seu tratamento, enfim, é a equipe de enfermagem que passa 24 horas ao lado do paciente”.

S5, “o trabalho em saúde é coletivo. A enfermagem geralmente adota o papel de “braço direito” do médico. Preservando a autonomia profissional e seguro de seu conhecimento, o enfermeiro pode influenciar o processo terapêutico e o estilo da dinâmica da equipe”.

S8, “o enfermeiro tem um papel fundamental e único de observar, acompanhar, cuidar e avaliar o quadro do paciente em tempo integral. Sendo que essas informações são essenciais para o desenvolvimento e a execução do plano terapêutico para a equipe multiprofissional”.

S9, “necessária, contudo ainda incipiente, mas considero que tem papel fundamental na questão educativa em relação ao auto-cuidado, adesão ao tratamento, orientações ao paciente, familiar, cuidador, seja na comunidade, em instituições de saúde e hospitais”.

S15, “seria importante esta inserção, mas não vejo isto ocorrendo no dia-a-dia. O enfermeiro ainda não compreendeu esse tipo de trabalho; não faz parte de sua formação e também de outros profissionais da área da saúde. Esta deveria ser uma meta a ser atingida. As ações dos profissionais seriam complementares, umas as outras e trariam inúmeros benefícios aos usuários dos SUS”.

S16, “o enfermeiro deve conhecer bem seu papel de cuidador para poder representar este ponto de vista, na discussão multiprofissional do cuidado. Ele está presente, ou mais presente que todos os outros profissionais; por isso, será importante sua participação na definição dos tratamentos desde que com conhecimento”.

S19, “o trabalho do enfermeiro é essencial e imprescindível na equipe multiprofissional, pois o mesmo tem grande contato com o paciente/família. Além disso, é o profissional cuja essência é o cuidado ao ser humano – fator que considero indispensável para o atendimento do paciente/família”.

S32, “é o profissional com capacidade para ser o elo entre os membros, pois sua formação ainda é direcionada para a visão global do indivíduo e é quem está mais tempo diretamente com o paciente/cliente”.

O trabalho em equipe que integra vários processos e pessoas vinculados entre si para atender a um objetivo comum e singular: o ser em cuidado, ou seja, é o mesmo sujeito para vários profissionais com vários saberes e práticas, porém, uma categoria se faz presente, de forma integral e contínua: a enfermagem, liderada pelo enfermeiro, elo que articula e atua, de forma ininterrupta assistência direta e indireta do ser em cuidado, sendo também a referência para a equipe, pois, além do cuidar, organiza o ambiente de cuidado.

Infelizmente a área da saúde ainda não avançou sob este aspecto, pois existem muitos 'ruídos', provavelmente por não ser muito evidenciado nas instituições formadoras e nas instituições assistenciais, porém, vários dispositivos se apresentam tal como o Método da Roda ou de Apoio a Cogestão, como foi ressaltado anteriormente.

7.3.11. Familiaridade do enfermeiro gerente sobre o conceito e tipos de tecnologia na promoção da saúde

É sempre muito importante lembrar que todos os profissionais de saúde, independentemente se são ou não gerentes, devem inteirar-se dos dispositivos existentes para aprimorar a atenção e gestão em saúde. Observa-se, em algumas respostas, certo distanciamento da compreensão e finalidade de acordo com as falas dos sujeitos, tais como:.

S2, “utilizar teorias humanistas para dar sentido às crises situacionais e contextualizá-las em um todo na promoção da saúde; que os profissionais enxerguem como participantes de uma obra coletiva de promoção da saúde”.

S5, “resignificando o vínculo do profissional da saúde com o usuário; resgatando a linguagem do afeto, da escuta e da parceria (todos decidem juntos), não tendo medo de ser questionado, adotando postura menos onipotente, investigando melhor as necessidades e desejos desse usuário. A busca pela cidadania e garantia de direitos é de todos nós”.

S14, “precisamos oferecer a assistência com a modernidade presente nos equipamentos e terapêuticas de alta tecnologia, mas de forma humanizada, com respeito à pessoa, com cortesia, sensibilidade, com o acolhimento e priorização das necessidades do paciente e seus familiares”.

S15, “com discussão, reflexões, leituras, inserção dessa discussão nos anos de formação (graduação e pós-graduação)...”.

S28, “através de ações de acolhimento, valorização do indivíduo e sua doença. Não há como desarticular a tecnologia dos processos de humanização. Humanizar também é tecnologia,...”.

S29, “realizando educação permanente, pois pessoas qualificadas irão utilizar melhor as inovações tecnológicas e com isso prestarão melhor cuidado aos clientes. Lembrando que a valorização de todo funcionário é muito importante ; ressaltar sempre a importância de seus atos humanos X máquinas”.

S30, “a tecnologia dura é necessária, mas são “pessoas” que as operam, e estes devem ser trabalhados através de momentos de discussão e reflexão para melhorar a prática e compreender as ações da enfermagem”.

S33, “as instituições gastam muitos recursos financeiros com a tecnologia dura, no entanto, a tecnologia leve que envolve as pessoas, existe pouco investimento. Não adianta ter o melhor aparelho de tomografia ou ressonância e a equipe não saber lidar com o paciente que foi diagnosticado com uma neoplasia e está na fase de negação ou raiva; é preciso desenvolver a humanização e a sensibilidade dos profissionais de saúde”.

Percebe-se, analisando as respostas, que existe a intenção e visão da necessidade de aproximar a equipe de atenção e gestão do hospital com o SUS, por meio de arranjos institucionais efetivos, reorganizando o processo de trabalho de forma a reconhecer

possibilidades de defender a assistência qualificada, sobrepondo as questões econômicas e de financiamento.

Percebe-se que falta melhor entendimento sobre os condicionantes da saúde, além do próprio processo de saúde/doença/cuidado e das diversas tecnologias de promoção e cuidado à saúde. Novamente nota-se conceitos excessivamente idealizados que se aproximam do senso comum.

Ressalta-se os estudos de Merhy⁽⁴⁴⁾ sobre o modelo assistencial centrado no usuário, em defesa da vida, no qual os profissionais da saúde devem estar conscientes sobre a aplicação da tecnologia leve, que não é campo específico de nenhum profissional, mas é base para atuação de todos, pois envolve o aspecto relacional e o vínculo que se estabelece não só com a doença, mas com a pessoa doente, singularizando o cuidado.

7.3.12. Dispositivos para que as inovações tecnológicas sejam efetivas na promoção da saúde

Tais conceitos são ainda pouco conhecidos muito provavelmente pela influência de modelos anteriores, porém existem movimentos qualificados de possibilidades de ampliação da clínica, na medida em que os olhares se ampliam, articulando o processo saúde-doença com as intervenções com responsabilização dos profissionais saúde com foco na qualidade de assistência singular, articulando diversos saberes e práticas do cuidado assistencial hospitalar com o sistema de saúde, facilitando o acesso às tecnologias necessárias de promoção, tratamento, prevenção e reabilitação dos indivíduos.

De forma consciente e coerente, a maioria dos sujeitos trouxeram contribuições interessantes nessa categoria de análise:

S2, “integração de pesquisas biomédicas à pesquisas de cunho mais educacional e humanista. Promover cultura de saúde. Promover estudos

“multidisciplinares” com a mesma ênfase que são promovidos estudos “multicêntricos”, algumas vezes desconexos das necessidades culturais”.

S5, “aprimorando integração com AME’s e rede básica; aprimorando a prática da clínica ampliada, reconhecendo a importância da integralidade do processo assistencial (cuidado com referenciamento, pós-consultas, orientações em alta hospitalar, atenção na coleta de dados e anamnese, etc); avaliando melhor a aplicação dos recursos, o custo X benefício de determinado equipamento/procedimento/exames”.

S7, “inserindo as diretrizes da PNH na formação dos profissionais; inserindo a necessidade de quebrar o paradigma da visão curativa da assistência e a importância de prevenir e promover a saúde entre seus profissionais; no acolhimento dos alunos (internos, residentes, graduandos e escolas técnicas), colocar os conceitos sobre o uso adequado da tecnologia e a importância da promoção da saúde, pois na sua formação a visão curativa predomina”.

S11, “acredito que se as inovações tecnológicas estiverem pautadas nos conceitos da bioética com finalidade de buscar melhores cuidados na saúde para todos, mais resolutiva e responsável, dará certo. Na instituição falta a “escuta” em todas as suas vertentes”.

S15, “trabalhando mais sobre a ótica da multiprofissionalidade, incluindo esta discussão no conteúdo programático dos alunos de graduação, promovendo eventos/reflexões sobre essa maneira de trabalhar”.

S18, “investindo não só em tecnologia dura como também em tecnologia leve (processos relacionais) e leve-dura (saberes que embasam as intervenções)”.

S26, “formando grupos de trabalho para discussão dos pontos positivos e “negativos” das inovações tecnológicas”.

S33, “ é um grande desafio, pois a aquisição de inovações tecnológicas traz visibilidade para a instituição, no entanto, é preciso ter pessoas qualificadas para trabalhar com essas inovações e que principalmente saibam atuar em equipe multiprofissional com um plano terapêutico multiprofissional em busca dos melhores resultados para os pacientes”.

S36, “retomando o envolvimento profissional; oferecendo melhorias na estrutura física; envolver e conscientizar a equipe médica à respeito da PNH; incentivar o servidor comprometido com a instituição; trabalhar com metas estruturadas para toda a equipe multidisciplinar e interdisciplinar”.

Diante dessas falas acredita-se que ainda falta melhor entendimento quanto aos processos para que determinado tipo de tecnologia, não obrigatoriamente vinculada à promoção da saúde se mantenham de modo hegemônico.

Cabe também comentar a noção de direito e necessidades de saúde, como foi citado na introdução deste estudo, a garantia do acesso a todas as tecnologias que melhorem e que prolongam a vida. Portanto, como explicitado no referencial teórico em relação à política de Estado para a saúde, é que todos os profissionais e a sociedade entendam que o SUS não é projeto de um governo ou de uma gestão, é uma política de Estado, e o grande desafio para os gestores é implementar projetos de governo ou de gestão, nas diversas instâncias do trabalho em saúde, alinhados a implementar o SUS efetivamente.

Não há dúvida que a cultura organizacional deve ser redirecionada, flexibilizada para possibilitar intervenções transformadoras que facilitem a adequada comunicação, interação, rompendo resistências, reposicionando a visão gerencial e de gestão para o compartilhamento e responsabilização efetivos no desenvolvimento das ações, nos princípios doutrinários do SUS.

Considerações finais

Considerações finais e sugestões para se repensar o papel do enfermeiro na gestão e na assistência

Realizar uma pesquisa utilizando a abordagem qualitativa, acrescentou ao estudo um aprofundamento da realidade dos sujeitos que participaram da mesma e, para o pesquisador, como participante dessa realidade, foi um exercício fundamental, inclusive para atuar como pesquisador, aprendendo a discernir, pensar como pesquisador, repensar sobre o meu saber fazer - a *téchne* e o saber 'ser' profissional. Ao mesmo tempo proporcionou-me maior convicção sobre meu papel como enfermeiro assistencial e, atualmente estando gestora do serviço de enfermagem da instituição em estudo, bem como sobre meu papel educativo e como pesquisador, que me instigou ainda mais a prosseguir e produzir cientificamente sobre o tema.

A pesquisa proporcionou-me a análise do conteúdo da fala dos sujeitos, o que foi de grande importância, compreender ou apreender direta e imediatamente a ação humana, conforme o sentido dado por Santos Filho e Gamboa, "*em termos do significado que o indivíduo dá à sua ação*"⁽⁹⁹⁾.

O local do estudo, foco de minhas indagações, mas também fonte de muito aprendizado, que proporcionou meu desenvolvimento em todas as dimensões como ser humano, se propõe a desenvolver-se gradativamente num modelo que traz o foco para o usuário de seus serviços e reconhece, de forma gradativa, em ascensão, apesar das questões hegemônicas principalmente no âmbito do ensino e pesquisa, a importância do trabalho multi e interdisciplinar.

O presente estudo possibilitou também uma reflexão sobre a prática gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar e público na realidade brasileira, no que se refere às

possibilidades e desafios de sua contribuição na gestão, no sentido de compreender de que forma se dá a inserção do enfermeiro no processo. Proporcionou também, apresentar, discutir o papel gerencial/assistencial do enfermeiro e sugerir dispositivos para a ação a partir de modelos de gestão não tradicionais dando ênfase à gestão das pessoas que produz os cuidados de enfermagem.

O novo paradigma que se estabelece exige ou induz a reorganização dos profissionais que atuam na gestão, gerência, ou assistência hospitalar, no sentido de desenvolver novas competências em diversos campos: planejamento e pensamento estratégico, comunicação e desenvolvimento de habilidades político-estratégicas para a articulação da enfermagem, que faz parte da essencialidade do processo de trabalho em saúde, pois está presente os 365 dias do ano, 24 horas por dia, de segunda a segunda, tanto em atividades assistenciais como gerenciais, agregando valor em cada ação voltada para o cuidado. Ressalta-se que não só é importante executar o trabalho, mas inserir, a cada ação, a concepção da profissão (envolvendo “mente e mãos”).

Devem entender que a questão saúde é ligada à políticas sociais e econômicas e os problemas de saúde da população estão interligados aos problemas de cidadania, direitos humanos, segurança, educação e também a fatores como moradia, acesso limitado a serviços de saúde entre outros.

Se os profissionais de saúde não estiverem engajados nesse cenário, poderão contribuir infimamente para amenizá-las ou solucioná-las e se conscientizar que o Estado tem o compromisso de operacionalizar o princípio do direito à saúde ao estabelecer políticas destinadas a promover, prevenir, recuperar, reabilitar, ou seja, proteger e promover a vida.

Conforme referenciado no embasamento teórico, Nigthingale foi considerada a protagonista da enfermagem moderna, focando sua atuação na administração, formação do enfermeiro e educação em serviço.

Destacou-se no planejamento e organização da infraestrutura do ambiente de cuidado e nas intervenções/ações diretas aos doentes.

A tomada de decisão é uma competência importante no processo de trabalho em saúde e a visão *nigthingaleana* contribuiu significativamente, pois demonstrou em seus registros, a importância de seguir um método de trabalho, um planejamento, um plano de governo.

Na visão *matusiana*, o governante deve desenvolver uma política para conduzir as situações que surgem no processo de governo, de forma equilibrada e coerente, por meio de um plano de governo. Neste o governante deve conduzir situações que são controláveis e também os desafios que surgem e que, a princípio não são controláveis.

Tanto Matus como Florence, para a presente pesquisa representam um sentido importante para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na gestão da assistência de enfermagem e um significado de direcionamento no processo de trabalho em saúde de forma organizada e sistematizada.

O quadro abaixo representa a coerência existente entre o Triângulo de Governo de Matus, o Sistema de organização da assistência de enfermagem de Florence, agregando as dimensões de poder na instituição de Moreira e Cecílio.

Quadro 22: Síntese das categorias presentes no Triângulo de Governo de Carlos Matus, Triângulo de dimensões de poder nas instituições e Sistema de assistência de enfermagem de Florence Nightingale

Concepção	Categorias		
Carlos Matus	Projeto de governo	Capacidade de governo	Governabilidade
Moreira e Cecílio	Dimensão normativa ou disciplinar (o que faz, porque faz, para que, para quem)	Dimensão regulatória ou controle/resultados (como faz, quanto faz)	Dimensão de cooperação ou consenso (com quem faz)
Florence Nightingale	Sistematização ou organização do trabalho Planejamento	Processo de cuidar em enfermagem Coordenação e indicadores de resultados	Competência, estratégia Responsabilização e qualificação das pessoas

Significativo contingente de pessoal de enfermagem ainda se concentra na área hospitalar e, a maioria dos hospitais ainda se organizam de forma a seguir uma rotina de procedimentos e protocolos, predominando o modelo assistencial focado em procedimentos médicos, em função da patologia e não do ser doente. No entanto, mesmo dentro dessa lógica, os profissionais de enfermagem, em especial o enfermeiro, de forma consciente e responsável, buscam organizar seu trabalho com visão mais ampla, ou seja, inserindo efetivamente o doente e não somente a doença, sem o qual o trabalho multiprofissional não poderia ser desenvolvido. Tal lógica gira em torno do cuidado, porém o cuidado aqui referido, além de ser essencial na lógica assistencial, deve ser visto como competência da enfermagem e pressupõe uma especificidade inerente às ações do profissional enfermeiro, principalmente se este atuar com embasamento científico e de acordo com o que evidenciou-se no estudo até o momento.

Para superar o modelo mais centrado em procedimentos, entendo que há necessidade de visualizar o processo de trabalho em saúde de modo ampliado, inserindo efetivamente os diversos profissionais e trabalhadores de saúde para que participem de um novo arranjo no processo produtivo assistencial, procurando reconhecer ou compreender a capacidade resolutiva das demais redes assistenciais, para uma articulação eficiente e eficaz dos serviços de saúde.

Além disso, o reconhecimento da importância da gestão e gerência da assistência de enfermagem pela gestão da instituição, remete ao enfermeiro coordenar o ambiente de cuidado que interliga os demais serviços oferecidos aos indivíduos e família (medicina, fisioterapia, nutrição, entre outros), pois é o elemento mais preparado e qualificado para manter informações sobre os cuidados e outras necessidades nas 24 horas do dia, pois permanece efetivamente com os indivíduos doentes e em fase de recuperação.

A análise e interpretação dos dados da abordagem qualitativa permitiram confirmar os pressupostos do estudo, no que diz respeito a compreender como se dá a inserção do enfermeiro no processo de gestão hospitalar, discutir seu papel gerencial/assistencial, realizar investigação empírica sobre representação de enfermeiros em relação ao papel gerencial/assistencial em um hospital universitário e propor dispositivos para ação, a partir das novas propostas de modelos de gestão hospitalar e de gestão das pessoas que produzem o cuidado.

O estudo apontou que a concentração de profissionais mulheres na população estudada é maior e 60% do quadro gerencial, está na faixa etária acima dos 40 anos e praticamente 100% foram designadas para o cargo e tem dedicação exclusiva para as atividades. Desta população, 40.53% tem alguma especialização após a graduação, 83%

estão satisfeitos e 37.8% possui qualificação específica, a maioria promovida pela própria universidade.

Outros dados quantitativos foram significativos tais como: 89% considera que a universidade carece de uma sistemática para designar gerentes e a mesma percentagem sinaliza que o hospital necessita de uma diretriz gerencial, ou seja, uma política institucional, clara, objetiva e capilarizada a toda a comunidade. Além disso, 51% consideram a atividade estressante, 91.89% acredita ser possível existir uma política de gestão de pessoas de forma explícita e responsável, assim como a grande maioria dos sujeitos sinalizaram favoráveis às práticas integrativas na instituição, apesar de haver abertura apenas para ser praticada entre os profissionais e não aos usuários do serviço; aponta também que o hospital moderno está em crise, sem pautar em específico sobre um motivo, além de que estão familiarizados com terminologias sobre tecnologia leve, leve-dura e dura e, por unanimidade compreendem a necessidade da instituição implantar efetivamente a PNH, a integração com a rede básica e do trabalho em equipe.

O estudo proporcionou, por meio dos vários 'feixes de luz' proporcionados pelos sujeitos da pesquisa, um rol de ações que compõem um perfil de ação para que o enfermeiro participe e contribua no processo de gestão hospitalar e na gestão em saúde.

Seguindo a lógica apresentada no quadro 22, subdividiu-se as possibilidades e desafios das ações dos enfermeiros na gestão hospitalar, baseadas nas categorias do Triângulo de Governo de Carlos Matus^(22,66): plano de governo, capacidade de governo e governabilidade, intrinsecamente relacionado com as dimensões de poder de Moreira e Cecílio⁽⁶³⁾ na especificidade do trabalho da enfermagem protagonizado por Florence Nigthingale⁽²³⁾.

Quadro 23. Síntese das proposições segundo o Triângulo de Governo da Carlos Matus

Projeto de Governo	Capacidade de Governo	Governabilidade
Conhecer e analisar criticamente o planejamento da instituição;	Buscar conhecimento dos processos gerenciais reconhecendo o limite de seu papel nesses processos;	Buscar capacitação para desenvolver a gestão de pessoas;
Realizar o planejamento da sua área de ação de forma estratégica e sistematizada;	Demonstrar competências ao assumir um cargo gerencial, independente da instância de poder;	Qualificar os processos assistenciais, reconhecendo-se autônomo no momento que se apropria do processo de cuidar;
Ter habilidade na comunicação e considerar-se protagonista nos processos educativos, principalmente na educação permanente;	Ser claro e consistente na compreensão e divulgação dos objetivos institucionais e de sua própria área de atuação;	Ser flexível ao lidar com pessoas e nos propósitos de mudanças de processos;
Ter visão holística do trabalho em saúde para atuar de forma humanizada	Capacitar-se para desenvolver a gestão de Pessoas	Ter visão do sentido e significado de integralidade da atenção à saúde (<i>téchne</i>) e elaborar, facilitar ou compartilhar projetos terapêuticos em equipe (clínica ampliada)
Ter visão política do trabalho em saúde e de seu financiamento;	Analisar de forma crítica e constantemente os indicadores gerenciais, assistenciais e os relatórios da ouvidoria para divulgar elogios e alinhar condutas;	Conscientizar os membros da equipe multiprofissional a criar vínculo com o usuário e atuar em equipe, buscando associar o uso de tecnologias de forma humanizada, visando a integralidade do cuidado;
Ter conhecimento e crítica sobre o modelo assistencial hegemônico e discernimento para ampliá-lo, com atitudes pró-ativas e propósitos (atuar como um intelectual orgânico);	Atuar como apoiador institucional, para contribuir na implementação de ações, envolvendo várias práticas e saberes que constituem o trabalho em equipe na saúde;	Desenvolver espaços de diálogo sobre dispositivos institucionais possíveis para ampliar a assistência qualificada dentro dos princípios do SUS;

Quadro 23. Síntese das proposições segundo o Triângulo de Governo da Carlos Matus (continuação)

Projeto de Governo	Capacidade de Governo	Governabilidade
<p>Utilizar das regulamentações sobre o exercício profissional e as regulamentações da área da saúde e aplicá-las não apenas para a enfermagem “em si” mas “para si”, promovendo a visibilidade social do seu processo de trabalho, tanto com resultados satisfatórios para o usuário como para o reconhecimento de seu papel na equipe de saúde, não como ação auxiliar, mas complementar nesse trabalho multiprofissional;</p>	<p>Participar de espaços estratégicos para propor mudanças no processo de ensino nos cursos de formação de nível médio, e superior da área de saúde, para sedimentar a necessidade de mudanças, com a finalidade de inserir em grade curricular, disciplinas específicas das inovações sobre o trabalho em saúde, para transformar o pensamento dos atuantes e futuros profissionais;</p>	<p>Estabelecer dispositivos para que os demais membros da equipe multiprofissional e a sociedade em geral, para que compreendam a essencialidade do trabalho da enfermagem, em especial do enfermeiro</p>
	<p>Atuar de forma consciente e comprometida em relação às tecnologias, no sentido de que as mesmas, principalmente as duras e as leves, sirvam para atingir os objetivos da atividade ‘fim’, que é o cuidar humano e técnico nas etapas da promoção, prevenção, curativa, de reabilitação do indivíduo, reinserindo-o da melhor forma para ‘andar a vida’;</p>	<p>Atuar proativamente para a apreensão da singularidade do papel do enfermeiro e equipe de enfermagem, tanto para si próprios (auto reconhecimento), para o usuário, para a equipe multiprofissional e a instituição;</p>
<p>Propor e participar de efetivas melhorias no campo da saúde e, sob uma nova ótica do processo de cuidar e atuar em equipe, pesquisar, ensinar e gerir nos serviços de saúde, tornando-o singular e prioritário, ou seja, tornando-se uma <i>práxis</i> hegemônica aliada ao desenvolvimento humano.</p>		

O estudo proporcionou, portanto, uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro como sendo “intelectual orgânico” no seu cotidiano do trabalho. Sob este aspecto o referencial teórico permitiu um olhar crítico sobre a velha e a nova prática do enfermeiro, instigando-o a compreender a necessidade de rever conceitos e atitudes e compreender que o espaço do cuidado que lhe é dado por um direito histórico, seja o eixo central de sua *téchne*.

Entendo que o enfermeiro só se concretiza como “intelectual orgânico” a partir do “ser” profissional (a vontade do indivíduo para a ação) e é necessário que isso se dissemine, de modo a propiciar a formação na consciência do “nós” enquanto profissionais, do “nós”, profissional mais o usuário de nossos serviços e também do “nós” sujeitos de uma nova sociedade.

A dimensão humana cultural deve fazer parte dos integrantes da instituição hospitalar e em seus processos de trabalho. O termo cultura é um elemento que organiza o comportamento social em vários níveis de realidade, inclusive o produtivo, influenciando as transformações ou mesmo a manutenção de uma determinada sociedade e/ou instituição.

A importância da divulgação das políticas institucionais, assim como sua explicitação, para que todos conheçam e as cumpram, criando, dessa forma um sistema participativo, por meio da constituição de comissões de trabalho, com a participação de representantes das diversas categorias profissionais para validar, colaborar, aplicar conhecimentos, focando nas metas a serem atingidas em relação à excelência do trabalho assistencial e gerencial.

O estudo proporcionou também algumas sugestões para a universidade, principalmente no que se refere às atividades de extensão. A instituição deve protagonizar

as transformações e ser o ponto de equilíbrio entre as inovações tecnológicas e promoção da saúde e, assim acredito que deva refletir sobre as seguintes possibilidades:

- Investir em gestão de pessoas, especificamente para profissionais e trabalhadores da área da saúde, trazendo à tona os novos arranjos para atuação dos mesmos de forma mais ampliada e humanizada, dentro dos princípios dos serviços públicos de saúde, bem como para a formação de seus futuros 'recursos humanos' mais qualificados para atender a nova ordem na saúde;
- Inserir, de forma efetiva, as diretrizes da PNH tanto para a atenção, gestão e relações humanas no trabalho, ampliando o paradigma vigente e também para que novas práticas integrativas de saúde sejam inseridas, tanto para a população como para os profissionais como um todo;
- Estabelecer núcleo de educação permanente nas diversas unidades(ensino, pesquisa e extensão), para promover o aprimoramento de todos, sem distinção, inserindo o usuário e familiares (mais específico na área da saúde), alunos, funcionários e docentes e grupos de trabalho específico para discussão do assunto e alinhamento de propostas;
- Investir nas inovações tecnológicas, pautadas na bioética, com resolutividade para o usuário e estabelecer espaços de escuta/diálogo em todas as instâncias;
- Integrar as pesquisas da área da saúde com pesquisas educacionais na linha humanitária, estudos multidisciplinares, com a ótica do trabalho em equipe;
- Estabelecer, de forma integrada e efetiva, novas políticas de gestão.

Especificamente para o HC Unicamp, sugere-se uma possibilidade que também é desafio: a constituição de um núcleo de planejamento e acompanhamento da gestão e um núcleo de educação permanente ligados diretamente à gestão principal, caracterizando-a como gestão compartilhada, alinhada e para o desenvolvimento profissional na área da saúde com foco na excelência na produção de saúde.

Os centros formadores tem um papel determinante na prática do enfermeiro; nunca deverá ser apolítico, ahistórico e não pode ser alienado. Deve ter a capacidade de crítica em relação à lógica da produção capitalista não deixando de lado a concepção da profissão, seus ideais e responsabilidades, transformando, de modo efetivo a visão cartesiana e biologicista do processo saúde-doença para atuar, de forma ampliada no processo de cuidar.

A sugestão sobre a necessidade de repensar a formação profissional é relevante. As reflexões que emanaram desta construção científica vêm subsidiar a continuidade do aprofundamento do estudo e o desejo de que se constitua em fonte para melhorias ou transformação do cotidiano do processo de trabalho assistencial e de gestão na enfermagem, fazendo diferença na gestão hospitalar.

De acordo com Horta ⁽¹¹²⁾, o “ser é aquilo que é, é a realidade”. A autora distingue três seres na enfermagem: o ser-enfermeiro, o ser-cliente e o ser-enfermagem. Para a autora, o ser-enfermeiro é um ser humano com seus valores e dimensões que se compromete com a enfermagem. O ser-cliente é um indivíduo, família ou comunidade, que também, como seres humanos, em qualquer etapa de seu ciclo vital ou no processo saúde/doença, necessita interagir com outro ser humano. O ser-enfermagem é o encontro, a interação resultante de percepções entre o ser enfermeiro- e o ser-cliente.

O profissional enfermeiro e a enfermagem, de forma sistematizada, amplia sua atuação de forma autônoma e consistente na gestão de seu próprio trabalho, repercutindo, de forma positiva, na gestão hospitalar, por meio de sua participação efetiva, formulando propostas de intervenção na prática do cuidado, atuando na concretização das mesmas, com ressonância na prática institucional. Dessa forma, promove ações inovadoras, criativas, emancipatórias, estabelecendo e/ou contribuindo para se estabelecer uma nova ordem no processo de trabalho em saúde.

Nos últimos anos a prática segura na assistência à saúde remete a todos os profissionais da saúde, uma atuação ainda mais complexa e responsável, promovendo também sua segurança. Para a enfermagem, as normativas de segurança promovem uma ressignificação do processo de cuidar, pois oportunizam demonstrar o quanto a profissão, em seus preceitos ético legais previamente existentes embasa-se de forma científica e responsável.

É evidente que o tema abordado não se esgota com esse estudo. A enfermagem, por meio das ciências sociais e dos avanços na área de gestão, em particular, na gestão em saúde, busca subsídios para produzir, pesquisar, inserir em sua práxis, em seu ensino formal, os caminhos adequados para nortear o modo de produzir o trabalho do enfermeiro, como gestor do trabalho de enfermagem, de pessoas que produzem o cuidado, gerente de vários processos assistenciais e do ambiente de cuidado.

Tal colocação é semelhante ao que Morin⁽³⁾ menciona como “o desafio dos desafios”, a reforma do pensamento, a necessidade de repensar o papel da enfermagem, em especial do enfermeiro e sua inserção na gestão hospitalar, reformando suas ações, atitudes para propiciar impactos positivos nas organizações de saúde.

“Ser enfermeiro é executar o trabalho conforme o seu próprio e elevado conceito do que é certo e o melhor para o doente, não apenas para cumprir ordens, mas para sua própria satisfação.

Porque, se o enfermeiro não o fizer para sua satisfação pessoal, de nada adiantará ensiná-lo e dizer-lhe que o faça”.

Florence Nightingale

Referências bibliográficas

Referências Bibliográficas:

1. Cecílio, LCO; Matsumoto, NF. Uma taxonomia operacional de saúde. In: Roseni Pinheiro; Rubem Mattos. (Org.). Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, v. , p. 35-39.
2. Schraiber, LB. Educação Médica e Capitalismo. São Paulo - SP: Hucitec, 1989. v. 1. 133
3. Morin, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de E. Jacobina. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. 128 p.
4. Felli, VEA; Peduzzi, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. (org) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Marx, K. O capital: crítica da economia política. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1985. 301p. v.1.
6. Gomes, ELR. Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto;1991;188 pp.
7. Spagnol, CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2005 outubro10(1):119-127. Acesso em 28/10/2010.

8. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Edições Fortaleza; 1972 Administração p. 36. v. 1., Gerência p. 527. v. 2., Gestão p. 528. v.2.
9. Dicionário Michaelis inglês-português/português-inglês. São Paulo: Melhoramentos; 1986 *Administration* p. 5., *menagement* p. 210
10. Motta FCP. Teoria Geral da Administração: uma introdução. 21ª ed. São Paulo: Pioneira. 1997 p. 82-83.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Lei 7498/1986 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. [Acesso em 12/02/2011] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>.
12. Queiroz, MS. Representações Sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: Barata RB, Briceño-León R. (orgs) Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
13. Queiroz, MS. Contribuição da Antropologia às práticas de saúde. In: VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde e Fórum Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde, 2003, Angra dos Reis/Hotel do Frade, Brasil.
14. Bueno, FMG. A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2002.

15. Marx, K. O capital: crítica da economia política. 14^a ed.cap. 5. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 1994.
16. Merhy, EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE., Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.
17. Habermas, J. Teoria de la acción comunicativa: complementos e estudios previos. Madrid: Cátedra, 1989.
18. Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-111.
19. Foucault, M. Microfísica do poder; organização e tradução de Roberto Machado, 7^a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998.
20. Queiroz, MS. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. Revista de Saúde Pública. 1986. 20: 309-17,
21. Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000
22. Matus, C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA;1996.

23. Nightingale, F. Notes on Nursing – what it is and what it is not by Florence Nightingale. New York: Dover publications, inc. 1969.
24. Lobo, ML. Florence Nightingale. In: George JB (org). Teorias de Enfermagem – os fundamentos à prática profissional; trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell – 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p. 33; 2000.
25. Gerdes, MC., Erdmann, AL. Planejamento estratégico como um Instrumento da gestão estratégica para a enfermagem. Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis: v.4, n. 1, p. 180-190, 1995.
26. Gomes, ELR. Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento. [Tese de Doutorado] Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 1991.
27. Queiroz, MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: Nascimento MC (org) As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006. p.17-37.
28. Heidegger, M. – La question de la technique. In: Essais et conférences, Paris: Gallimard 1958, p. 09-49 [Links]
29. Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L. e Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, 2011. [Acesso em 4/4/2013] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf.

30. Campos, GW.; Bahia, L.; Souza, LE. Impasses e desafios para a construção do SUS. [Acesso em 4/6/2013] Disponível em <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/ROTEIRO>
31. Pires, DEP. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. [Acesso em 04/04/2013] Disponível em www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html.
32. Peduzzi, M; Ciampone, MHT. – Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant, P. (org). [et. al] Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 9, p 108 – 124, 2005.
33. Collet, N.; Rozendo, CA. – Humanização e trabalho na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.56, nº 2, Brasília, Mar./Apr. 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200016>.
34. Brasil; Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. [Acesso em 02/04/2013] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342.

35. Brasil. Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Guia do Conselheiro; 2002. Lei 8080/90.
36. Silva, RVGO; Ramos, FRS. – Integralidade em saúde: revisão de literatura. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Jul/set; 9(3), 593 – 601 [Acesso em 10/05/2013] Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9/3.8726.
37. Cecilio LCO, Merhy, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Matos R Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2003.
38. Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.
40. Kneller, GF. – A ciência como atividade humana. Rio de Janeiro (RJ). Zahar/EDUSP, 1980.
41. Heidegger, M. – Ser e tempo (Parte I). Trad. Marcia de Sá Cavalcante Schuback. 6ª Ed. – Petrópolis: Vozes, 1977.

42. Calvo de Feijoo, AML. – A psicologia clínica: técnica e técnica . Revista Psicologia em estudo. Vol. 9, nº 1. Maringá. Jan/Abril, 2004. [Acesso 09/12/2012] Disponível em [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000100011&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000100011&script=sci_arttext).
43. Koerich, MS; Backes, DS; Scortegagna, HM; Wall, M; Veronese, AM; Zeferino, MT *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Revista Texto e Contexto de Enfermagem. Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85.
44. Merhy, EE. e cols. – Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: ____; Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 112-137.
45. Giacoia Junior, O. Heidegger urgente: introdução a um novo pensar. São Paulo: Três Estrelas, 2013.
46. Campos, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: uma racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciência e Saúde Coletiva [on line]. 2011, vol 16, n.7, pp 3033-3040.
47. Bueno, FMG; Queiroz, MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 59, nº 2, PP 222-7, 2004.
48. Padilha, MICS.; Sobral, LV.; Silveira, MFA. – Histórias do cuidado e da enfermagem. IN: Santos, I.; Figueiredo, NMA.; Duarte, MJRS.; ____; Marinho, AM. – Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo, Ateneu, 2001. 302p.
49. Carapineiro, G. – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Editora Afrontamento, 1993.

50. Campos, GWS. – Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, EE; Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997, p. 229-266.
51. Alves, FL. A organização da gestão e do trabalho em saúde no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas: proposta para modelo de atenção hospitalar. 2010. Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
52. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
53. Chiavenato, I. Planejamento estratégico – fundamentos e aplicações. Rio de Janeiro: C, Campus, 2003.
54. Tancredi FB et al. Planejamento em saúde. Série Saúde & Cidadania, 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
55. Nishio, EA; Franco, MTG.(orgs): Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. coordenação e revisão Cristiane Aparecida Betta..[et al]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
56. Cunha ICKO. Filosofia e política institucional e promoção da gestão do cuidado. In: Harada MJCS (org) Gestão em Enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2011.
57. Pena FPM; Malik AM. Gestão estratégica em saúde. In: Vecina Neto G; Malik AM – Gestão em saúde – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

58. Ginter PM ET al. Strategic Management of Health Care Organizations. 3rd Edition, Blackwell Publishers, 1998. Vecina Neto, G; Malik AM. Gestão em Saúde – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
59. Rozendo, CA. Liderança na enfermagem: refletindo sobre um mito. Ribeirão Preto, 1995. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.
60. Brasil, DCN _ Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 3, de 07 de novembro de 2001.
61. Pimentel de Siqueira, ILC; Petrolino, HBS; Conishi, R. Gerenciamento do serviço de enfermagem – Serviços técnicos (2). In: Vecina Neto, G; Malik, AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
62. Conselho Federal de Enfermagem – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem – Resolução 358/2009 [Acesso em 12/02/2011] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>.
63. Cecílio LCO; Moreira ME. Disputa de interesses, mecanismos de controles e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 36 (4): 587-608, Jul./Ago. 2002.
64. Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nigthingale. Goiânia, AB Editora, 1997.

65. Azevedo C. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. Cadernos de Saúde Pública. vol. 8. nº 2. Rio de Janeiro. Apr./June, 1992. [Acesso em 02/02/2013] Disponível em www.scielo.br.php?script=sci.
66. Matus C. O plano como aposta. [Acesso em 13/02/2013] Disponível em www.seade.gov.br/produtos/spp/v05n4/v05n4_07.pdf.
67. Rozendo, CA. Liderança no cotidiano da enfermagem hospitalar: entre luzes e sombras. Ribeirão Preto, 2000. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
68. Arendt H. O conceito de violência em Hannah Arendt e sua repercussão na educação. [acesso em fev. 2013] Disponível em www.educacionenvalores.org/spip.php?article 809.
69. Cecílio LCO. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol 4, nº 2. Rio de Janeiro, 1999.
70. Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. Revista Saúde e Sociedade, v. 13. N.2, p.39-55, maio – ago, 2004.
71. Capella, BB; Leopardi, MT. – Teoria sócio-humanista. In: Leopardi, MT. - Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. p.137-171.

72. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 20, n. 4. p. 961 – 970, 2011.
73. Pitta CC. Liderança criativa: a dimensão espiritual nas organizações. 1. ed. _ São Paulo: Martinari, 2007.
74. Cortella MS. Qual a tua obra?: inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
75. Universidade Estadual de Campinas. Planejamento de Gestão (Linhas Estruturantes) no período de junho 2010 a junho 2014. Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas. Campinas, Nov.2010. Revisões 2011, 2012.
76. Conselho Federal de Enfermagem – Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem – Resolução 293/2004 [Acesso em 12/02/2011] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>.
77. Freire, P. - Pedagogia do oprimido, 15 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
78. Fazenda, I. (org); Silva Junior, CA.; Fenelon, ON, D.; Masini, E.; Frigoto, G.; Martins, J.; André, M.; Noronha, O.; Luna, S.; Gamboa, AS. – Metodologia da pesquisa educacional. 7ª ed. V. 11. São Paulo: Cortez, 2001. 174p.
79. Heidemann M, Gomes MLB, Sanchez COM. O pensamento de Antônio Gramsci como referencial teórico na pesquisa em História da Enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):1159-64.[Acesso em 09/12/2013] Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a29.htm>.

80. Capella, BB. – Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. Revista Brasileira de Enfermagem, 1: 161-68, 1988.
81. Almeida, MCP. & Rocha, SMM. – Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____(org) O trabalho de enfermagem. São Paulo, Cortez, 1997. p. 15-26.
82. Capra, F. – O ponto de mutação. São Paulo, Cultrix, 1999. 447 p.
83. Gomes, ELR. – Administração em enfermagem: constituição histórico social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
84. Egry, EY. – Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo, Ícone Editora. 1996. 144p.
85. Almeida, MCP; Rocha, JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.
86. Nunes, WA. – Do cuidar com tecnologia à tecnologia do cuidar. São Paulo, 1999. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo.
87. Ellis, JR. & Hartley, CL. – Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências. Tradução de M. V. G. da Silva. 5 ed. Porto Alegre, Artmed Editora, 1998, 447 p.
88. Angerami, ELS. & Correia, FA. – Em que consiste a enfermagem? Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 23:337-344, 1989.

89. Padilha, MIS, Sobral VRS, Leite LMR, Peres MA, Araújo AC. A construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. *Rev Latino-am Enfermagem*. 5(4):25-33.1997.
90. Hausmann, M; Peduzzi, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Revista Texto e Contexto*. Vol. 18 nº 2. Florianópolis. Apr/June 2009. Acesso em 15/08/2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo.
91. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem. [Acesso em 12/12/2012] Disponível em: [HTTP://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf)
92. Lukács, G. – Velha e nova cultura. Transcrição de: Biblioteca Virtual Revolucionária. Tradução: texto publicado em “Revolución y Antiparlamentarismo”, Ediciones Pasado y presente, México, 1978.
93. Gruppi, L. O conceito de hegemonia em Gramsci. 2nd Ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1978.
94. Japiassu, H; Marcondes, D. Dicionário Básico de filosofia. 3rd Ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1996.
95. Gramsci, A. – *Lettere dal cárcere: 1926-1937*. Palermo: Sellerio, 1996. 2v. In: Semeraro, G. – Intelectuais “orgânicos” em tempos de pós-modernidade. *Cad. Cedes, Campinas*, vol. 26, n. 70, p. 373-391, set /dez. 2006.[Acesso em 09/12/2012] Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
96. Matheus, MCC; Fustinoni, SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Rditora, 2006.

97. Bourdieu, P. O poder simbólico. Tradução de Fernando Tomaz. 2ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand; 1998.
98. Triviños, NS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 175p.
99. Santos Filho, JC., Gamboa, ASS. Pesquisa educacional: quantidade e qualidade. São Paulo: Cortez; 2000. 111p.
100. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.– ABRASCO. 269 p.
101. Ohl, RIB. A utilização da abordagem qualitativa na pesquisa em enfermagem: a importância da abordagem qualitativa na enfermagem. In: Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 1ª ed, p. 23-28. 2006.
102. Bogdan, R., Biklen, S. - Investigação Qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradutores: Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Revisor: Antonio Branco Vasco. Porto Editora. Coleção ciências da educação. 12 ed. 1994. 336p.
103. Conselho Nacional de Saúde – CNS – Resolução nº 466 de 12/12/2012, homologada no Diário Oficial de 13/06/2013 – [Acesso em 17/08/2013] Disponível em www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso_466.pdf.

104. Universidade Estadual de Campinas. portal FCM [Acesso em 27/08/2010] Disponível em www.fcm.unicamp.br/institucional.
105. Universidade Estadual de Campinas. portal HC, disponível em www.hc.unicamp.br/institucional/intranet - acesso em 27/08/2010
106. Matheus, MCC. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In: Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ª ed – São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006
107. Campos, CJG. – Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm, Brasília(DF)set/out;57(5):611-4. 2004.
108. Franco, MLPB. O que é análise de conteúdo. São Paulo: PUC; 1986.
109. Domingues, TAM; Tanaka, LH. A organização e a análise de dados na pesquisa qualitativa. In: Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ª ed – São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.
110. Bardin, L. – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977.

111. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica – Brasília: Ministério da saúde, 2012. 156 p. : Il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

112. Horta, WA. – Processo de enfermagem. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 99p.

Apêndices

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO

QUESTÕES NORTEADORAS

Nome: _____

Idade: _____

Qualificação/Titulação: _____

Função: _____ confiança: () sim () não

Unidade: _____ tempo na função: _____

1) Atuou na assistência direta? () sim () não

Se sim, por quanto tempo? _____

2) Tem outro vínculo empregatício? () sim () não

Se sim, qual? _____

3) Quantas horas por dia se dedica ao trabalho no Hospital das Clínicas - HC? E em outro vínculo?

HC: _____ Outro: _____

4) Você está satisfeito enquanto gerente? () sim () não

Por que?

5) Qual (is) sua(s) experiência(s) como gerente na Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP?

6) Considera-se qualificado para exercer essa função? () sim () não Por que?

7) Você teve uma formação específica para tal? () sim () não Citar:

8) Você considera que a UNICAMP carece de uma sistemática para designar gerentes?

() sim () não

Por que?

9) Qual (is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) para atuar como gerente e por que?

10) Você considera necessário que a administração do HC se submeta a uma diretriz gerencial? () sim () não

Por que?

11) Você considera que as atividades que desenvolve no HC são:

() muito estressantes () estressantes () pouco estressante

12) Na sua opinião, é possível fazer gestão das pessoas na instituição?

() sim () não

Se sim, por que?

13) Qual é o método ou de que maneira você faria em linhas gerais?

14) Quais competências (conhecimento, habilidade e atitudes) que você reconhece no gestor de pessoas?

~~15) Destaque, de suas experiências e/ou vivências de gestão de pessoas, impactos positivos~~ relacionados ao seu desempenho.

16) Destaque, de suas experiências e/ou vivências de gestão de pessoas, impactos negativos relacionados ao seu desempenho.

17) Quais os efeitos que podem ser percebidos na gestão do cuidado a partir da qualificação na gestão de pessoas?

18) Você é favorável à introdução de práticas integrativas no HC, tais como: acupuntura, toque terapêutico, etc? () sim () não

Por que?

19) Você acha que o hospital caminha nessa direção?

() sim () não

Se sim, caminha num ritmo adequado?

20) Você acha que o hospital moderno está em crise?

() sim () não

Se sim, quais os fatores que a provocam?

21) Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade do mesmo contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a Política Nacional de Humanização -

PNH? () sim () não

Por que?

22) Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade de contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a integração com a rede básica?

() sim () não Por que?

23) Qual o papel do hospital nessa visão contemporânea da clínica ampliada?

24) Você acha que é viável o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional?

() sim () não Por que?

25) Como você considera a inserção do enfermeiro no desenvolvimento do trabalho na equipe multiprofissional?

26) Você está familiarizado com conceitos do tipo: tecnologia leve, leve-dura e dura?

() sim () não

27) Se sim, em sua visão, para a evolução do hospital, como articular a tecnologia dura com mais humanização? Explique sua resposta.

28) Você acha que só a tecnologia de equipamentos e procedimentos pode dar conta da visão de promoção de saúde?

() sim () não Por quê?

29) Como a área da saúde da UNICAMP poderia encontrar um ponto de equilíbrio entre inovações tecnológicas e promoção de saúde?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: “O profissional e a gestão hospitalar: possibilidades e desafios”

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos

Pesquisadora responsável: Flora Marta Giglio Bueno

Eu,

_____,
enfermeira(o), não docente, ____ anos de idade, RG nº _____, residente à

Regularmente contratada(o), matrícula _____, exercendo minhas atividades profissionais no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por finalidade compreender como se dá a inserção do enfermeiro no processo de gestão hospitalar. O instrumento considerado mais adequado para a coleta de dados nessa pesquisa foi a aplicação de um questionário auto-aplicado e análise de conteúdo dos dados descritivos.

Estou ciente de que:

- 1) as questões norteadoras são num total de 29, relacionadas à sua visão sobre o processo de trabalho em saúde;
- 2) as mesmas podem ser fechadas e abertas, permitindo a livre expressão para posterior categorização e análise e, caso houver necessidade, poderá ser gravada;
- 3) recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
- 4) caso não concorde em participar da pesquisa, poderei me recusar a qualquer momento, sem que me acarrete nenhum tipo de problema referente a esta recusa;

- 5) tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei à pesquisadora e que minha privacidade será zelada, tendo também a garantia que minha identificação não será exposta nas conclusões ou publicações;
- 6) a pesquisadora se compromete em proporcionar-me informações obtidas durante o estudo após o término total deste processo de pesquisa;
- 7) o contato do responsável pela pesquisa (3249-3003), para proceder eventuais explicações ou reclamações, da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (3521-8936).

Data ____/____/____

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

RAPPORT

Prezado(a) colega

Sou enfermeira e estou cursando Pós-Graduação em nível de doutorado no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP.

Estou realizando um estudo com enfermeiros gerentes de unidades assistenciais não docentes, sobre “O profissional enfermeiro e a gestão hospitalar: possibilidades e desafios”.

Gostaria muito de convidá-la(o) a participar do estudo da seguinte forma: responder questionário auto-aplicado, cujas respostas serão analisadas, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo.

Esclareço que sua participação é livre, sem acarretar-lhe nenhum tipo de problema relacionado ao estudo e garanto que seu nome não será divulgado a público e que, após a análise dos dados, o material será destruído.

Atenciosamente,

Flora Marta Giglio Bueno

Pesquisadora

Apêndice 4

Reprodução das respostas do questionário auto aplicado

Q4 - Você está satisfeito enquanto gerente?

S1	S2	S3	S4
SIM, pela experiência na área consegue colaboração e executa o planejamento na unidade	SIM, pela oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e por ter mais autonomia em decisões	SIM, porque espero estar contribuindo para uma gestão de pessoas mais humanizada	SIM, me sinto reconhecida pelo trabalho realizado nesses anos de instituição; é um desafio que estou assumindo.
S5	S6	S7	S8
SIM, gosto de gerenciar equipes e projetos; gosto de trabalhar em parceria com outros serviços e profissionais e gosto de estar em instituição pública, de ensino e pesquisa.	SIM, tenho afinidade com o cargo, gosto de trabalhar com processos do trabalho e indicadores de qualidade	SIM, acredito que possuo qualificação técnica para atuar na melhoria dos processos assistenciais e administrativos da área	SIM, pelo compromisso, foco, responsabilidade da equipe multiprofissional
S9	S10	S11	S12
SIM, porque gosto do que faço, vejo como desafio e penso que posso contribuir com a equipe de supervisores das enfermarias e eles com suas equipes e também com a Diretoria da área	NÃO, porque não consigo atingir as metas propostas para o cargo	Sim, pela oportunidade na instituição, crescimento profissional e pessoal	Não, gosto do que faço (estar com e influenciar pessoas para um trabalho melhor), mas o tempo faz com que percebamos a força política, a morosidade e uma dificuldade de mobilizar a informação entre turnos que interfere na força de trabalho
S13	S14	S15	S16
Sim - não respondeu	Sim, porque na atual função é possível implementar projetos, direcionar ações, exercer a competência de tomada de decisões e pensamento lógico, desenvolvimento de outras pessoas; é desafiante devido à necessidade de ter conhecimento, habilidades e atitudes(saber, saber fazer e saber agir)	Sim, gosto do que faço e sinto tenho a contribuir com a enfermagem.	Não consegue responder a pergunta, pois depende do ponto de vista; está satisfeito por estar conseguindo fazer a diferença na gestão de sua área e insatisfeito por não conseguir realizar tudo que deseja
S17	S18	S19	S20
Sim, oportunidade de desenvolver ações para melhoria da assistência	Sim, porque é possível implantar projetos e propor melhorias para o setor juntamente com a equipe.	Sim, gosta muito do papel de supervisor; realizar escalas, capacitar pessoas, promover eventos, cursos para a equipe, resolver problemas da assistência. Porém sinto falta de ter mais tempo para desenvolver projetos (devido a assistência).	Sim, gosta do que faz e tem obtido resultados positivos através das ações gerenciais junto ao grupo de trabalho.

S21	S22	S23	S24
Não, porque gerenciar conflitos de equipe, acompanhantes não é fácil; e não temos formação para ser gerente, somos preparados para prestar assistência ao paciente.	Sim, estou conseguindo retirar o melhor da equipe e realizar o desdobramento do planejamento.	Sim, gosto de trabalhar com as pessoas, motivando-as e envolvendo-as no trabalho.	Sim, porque o trabalho de gerente é muito dinâmico, todo o momento é um desafio novo.
S25	S26	S27	S28
Sim, devido aos novos desafios desse cargo.	Não, ultimamente não tenho me sentido satisfeita. Parece que todos os esforços não estão gerando bons resultados. Embora não devamos esperar reconhecimento pelo que fazemos, a impressão que dá, é que todos enxergam apenas os defeitos e falhas.	Sim, porque consegui realizar algumas coisas que quanto estão na assistência acredito ser importante.	Sim, gosto do que faço. Aprendo algo novo a cada dia. Gosto de responsabilidades, por melhores resultados. Durante esses anos na gerência, amadureci pessoal e profissionalmente e acredito que colaborei no crescimento de outros profissionais.
S29	S30	S31	S32
Tenho a confiança e respeito tanto dos meus superiores e subordinados bem como a colaboração de toda equipe multiprofissional o que torna mais fácil a execução de novos projetos.	Sim, consigo colocar em prática minhas experiências e conhecimentos.	Sim, pela possibilidade de trabalhar de forma participativa com as equipes, pela possibilidade de ser um agente de mudança, por estabelecer uma comunicação efetiva, e trabalhar com objetivos comuns.	Sim, trabalhar com pessoas é um desafio e, apesar das dificuldades, quando necessário tenho apoio da chefia.
S33	S34	S35	S36
Sim, gosto de meu atual trabalho e da área de atuação.	Sim, gosto de trabalhar com pessoas e com processos.	Sim. Não respondeu	Sim, os desafios dos novos processos da unidade, que continuam em desenvolvimento são atrativos, apesar de saber que alguns processos nas instituições públicas são repletos de burocracia.
S37			
Parcialmente, é uma oportunidade única, me ajuda a crescer profissionalmente			

Q6) Considera-se qualificado para exercer essa função? Por quê?

S1	S2	S3	S4
SIM pela experiência profissional dentro da unidade e conhecimento da área	Não, por falta de conhecimento de processos gerenciais, entender a delimitação do meu papel e dificuldade em delegar com clareza	SIM, porque já tenho uma experiência em outro nosocômio e fiz curso de administração hospitalar	SIM, sou uma pessoa flexível, aberta a sugestões e/ou reclamações; me vejo como líder do grupo e sou respeitada
S5	S6	S7	S8
EM PARTE. Considera que SIM para o padrão exigido pelo HC. NÃO, se considerarmos um cenário mais amplo, em instituições mais arrojadas na área de gestão de pessoas.	SIM, conhecimento das unidades e suas particularidades, ótica gerencial e assistencial, qualificação profissional	SIM, procurei me instrumentalizar através dos cursos oferecidos pela instituição e dedicação própria	SIM, tenho bom conhecimento nos processos de trabalho que são desenvolvidos em minha área de atuação
S9	S10	S11	S12
SIM pela experiência prévia na supervisão; pelas várias vezes que substitui a diretora da área, como referência para os colegas supervisores, quando não havia diretora por mais ou menos 01a	NÃO, tenho experiência, mas preciso me qualificar	Sim	Sim, através de treinamentos e cursos
S13	S14	S15	S16
Sim	Não, porque apesar de ter 22a de experiência na gestão, estou aprendendo muito sobre a minha função; a dinâmica da gestão em nível tático e estratégico e estou procurando me qualificar cada vez mais, pois penso	Sim, estudo, leio e estou crescendo, com novos aprendizados. Tenho formação em Administração Hospitalar e não me acomodei,	Não, acredita que só a formação básica não é suficiente; está fazendo alguns cursos para adquirir competência
S17	S18	S19	S20
A formação e experiência assistencial auxilia para desenvolvimento da função	Sim no que tange a gestão de projetos, considero profissional qualificada, porém tenho algumas dúvidas quanto a gestão de pessoas.	Sim pela experiência já citada	Sim, por atuar na área por 25 anos, sendo 10 como supervisor. Tem conhecimento dos processos de trabalho da área e acompanhou as mudanças e os projetos de melhorias e, através de cursos realizados pode aprimorar conhecimentos.

S21	S22	S23	S24
Não, porque não aprendemos na formação acadêmica ser gerentes, mas prestar cuidados/assistência ao paciente	Sim, tenho amplo conhecimento prático e técnico e facilidade para liderar pessoas.	Sim, realizei cursos de gerência, um deles do próprio Departamento de Enfermagem do HC (chefia e liderança em 98/99)	Sim, porque ao longo da trajetória como gerente adquiri experiência e enfrentei desafios que ampliaram a visão macro do meu papel; e dentro das possibilidades, participo de todos os cursos, palestras realizadas pela gerência/administração.
S25	S26	S27	S28
Sim, apesar não de ter uma pós-graduação nessa área até o momento, a graduação fornece uma base.	Não, atualmente me sinto mais qualificada, após o PDG, principalmente, que embora de curta duração, abrange assuntos importantíssimos e nos fornece ferramentas muito úteis. Mas ainda sinto que preciso me desenvolver e buscar novas capacitações.	Sim, pois tenho experiência com a assistência direta o que facilita a implantação de medidas que ajudam o andamento da assistência.	Sim, tenho habilidades e atitudes necessárias para um gerente somando aos anos em que desenvolvo a função. Tenho conhecimento dos instrumentos de gestão necessários para planejar e coordenar o serviço e principalmente sei que tenho sempre algo a aprender.
S29	S30	S31	S32
Sim, atualmente sim porque foi proporcionado pela instituição alguns cursos onde pude qualificar para essa função.	Sim, pelas experiências anteriores e aprimoramento profissional.	Sim, pelo conhecimento administrativo adquirido nesses 03a, pela habilidade desenvolvida com a vivência dos problemas, pelo conhecimento técnico da área.	Sim, ainda com muito a aprender, mas me qualificando ao longo do período com: GEPRO (2006) e PDG S (2011).
S33	S34	S35	S36
Sim, na Universidade a designação está relacionada à política e não ao potencial e competências, muitas vezes.	Sim	Sim, porque a designação de gerentes exige uma série de procedimentos que indique a qualificação, a liderança, capacidade criativa e a capacidade de relacionamento.	Sim através de gestão por competências.
S37			
Sim para deixar o processo mais claro e definido.			

Q8) Você considera que a UNICAMP carece de uma sistemática para designar gerentes? Por quê?

S1	S2	S3	S4
NÃO, porque não só a qualificação gerencial é importante; é preciso conhecer a dinâmica do serviço e possuir relacionamento na esfera política	SIM para identificar competências necessárias no exercício da função, para prevenir decisões errôneas ao identificar fraquezas e potencialidades do profissional gerente	SIM, porque necessita de avaliação criteriosa, imparcial e profissional para que se obtenha resultados efetivos.	SIM, no meu ponto de vista, não só a formação faz bons gerentes e sim a postura, a liderança e muitas vezes um gerente é designado apenas pela formação,
S5	S6	S7	S8
SIM, a seleção de gerentes ainda ocorre por afinidades pessoais (cargo de confiança). Penso que o ideal seria refinar a definição de perfis de competência (técnica e relacional) para as designações, ou seja, para encontrar a "pessoa certa no lugar certo"	SIM, através de uma sistemática, consegue identificar talentos e perfil para o cargo	SIM, falta de ferramentas que subsidiem a designação dos gerentes; concurso interno e banco de competências (não utilizado pela instituição)	SIM, porque além de um treinamento específico onde os conhecimentos da área de atuação que são desenvolvidos devem ser levados em conta e a aptidão do profissional a ser designado
S9	S10	S11	S12
SIM, pela necessidade de profissionalizar a gestão, não apenas designar pela confiança ou tão somente pela competência técnica	SIM, porque os cargos são oferecidos conforme a atuação do profissional diante da equipe multiprofissional, considerando sua forma de organizar,	Sim, acredito que poderia haver eleição para todos os cargos	Sim, empiricamente existe, é a combinação dos fatores pessoais com o desempenho e afinidades com os atuantes; o que considero faltar é a
	liderar e resolver conflitos		transparência através de documentações, normatizações ou até processo seletivo quando tem mais de um interessado
S13	S14	S15	S16
Não. Não respondeu	Sim, poderia haver um programa de capacitação no momento da designação para a função	Sim, acho que o HC carece de uma sistemática, como um processo seletivo mais elaborado, com testes que subsidiassem conhecer melhor os candidatos e suas potencialidades	Sim, para estimular a se tornarem gerentes
S17	S18	S19	S20
Sim, a designação deve ser baseada em competência pessoal e qualificação profissional.	Sim, porque, às vezes percebo pessoas despreparadas para assumirem cargo de gerência.	Sim, gerentes devem ser selecionados de acordo com suas competências, curriculum e não somente por indicação.	Sim, porque, apesar da preocupação em formar gerentes através do curso PDG e PDG para supervisores, ainda se observa pessoas desqualificadas assumindo cargos por "processos de campanhas políticas".

S21	S22	S23	S24
Sim, porque antes de tudo a pessoa tem que querer ser gerente e ter perfil para ser líder e fazer liderança; deveria haver um protocolo ou processo para designar gerentes.	Sim, ela deve ser tratada como empresa que tem que atingir metas, avaliação dos resultados e uma sistemática para definir gerentes em todos os níveis; é fundamental.	Sim, se tiver um curso ou treinamento de liderança para os interessados aos cargos de gerência.	Não, porque cargo de gerência é de confiança. Pelo sistema atual a gerência é nomeada mediante indicação.
S25	S26	S27	S28
É necessário o alinhamento e diretrizes bem definidas que devem ser seguidas por todos os gerentes de determinada área.	Pouca autonomia para resolução de problemas; excesso de expectativas por parte dos subordinados de que o gerente pode resolver todos os problemas; grande parte da jornada resolvendo conflitos e insatisfações (tanto de funcionário como acompanhantes de pacientes), cobrindo ausências de funcionários.	Fluxo das informações, manter as escalas adequadas para a assistência gerada pelas áreas, letargia/ausência de retorno para as demandas geradas como problemas ou desconexões.	Lidar com situação em que é preciso "esquecer" o senso de igualitarismo por vezes as regras não funcionam para todos.
S29	S30	S31	S32
Falta de política de RH - desconexões; falha de comunicação - informações perdidas; sucateamento de materiais e equipamentos - tecnologia retrógrada.	Atualmente com a chefia médica do serviço, que não se envolve com os assuntos da área; nunca tem disponibilidade.	A falta de conhecimentos dos objetivos e resultados esperados, a falta de coerência entre o discurso e a prática.	O mais difícil é o gerenciamento de pessoas, principalmente pela resistência a mudanças.
S33	S34	S35	S36
Sim, na Universidade a designação está relacionada à política e não ao potencial e competências, muitas vezes.	Sim	Sim, porque a designação de gerentes exige uma série de procedimentos que indique a qualificação, a liderança, capacidade criativa e a capacidade de relacionamento.	Sim através de gestão por competências.
S37			
Sim para deixar o processo mais claro e definido.			

Q9) Qual (is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) para atuar como gerente e por que?

S1	S2	S3	S4
Falta de recurso financeiro para equilibrar a estrutura e falta de recursos humanos qualificados	Dificuldade em entender delimitação do papel, falta de clareza e consistência dos objetivos institucionais, falta de desenvolvimento de competência política, falta de visão estratégica e, no nível tático, dificuldade em delegar com clareza	A não uniformidade c e a chefia imediataom condutas administrativas; condutas diferentes entre as chefias, entre o DENF e a chefia imediata	As dificuldades que sinto até o momento é a resistência dos funcionários ao ser remanejado e o alto índice de faltas duante os finais de semana
S5	S6	S7	S8
Considera que a predominância do gênero feminino pode ser um dificultador para atuar na gerência no aspecto emocional (impulsividade, fofocas, melindres, etc. No caso do HC, o fato de termos um cenário institucional pouco desafiador, pouco inovador, com diretrizes e	Recursos humanos, retorno dos processos encaminhados, grupos gestores com visão de grupo gestor	Falta de política definida de RH, falta de suporte do RH para as questões relacionadas a gestão de pessoas	Como a prioridade de nosso serviço é a assistência à saúde, encontro dificuldade em conciliar o serviço de gerenciamento de pessoas (RH) e o trabalho de coordenação dos processos de assistência
planejamento pouco estabelecidos			
S9	S10	S11	S12
Não alinhamento das diversas instâncias institucionais nos encaminhamentos (administrativos, recursos humanos, financeiros, etc)	A minha dificuldade está em executar a gestão administrativa, assistencial e de pessoas, todas juntas, não consigo fazer a gestão completa e de qualidade; o tempo é outra dificuldade	É pela parte burocrática, a demora no retorno de demandas	O tempo é curto para estar com 2 equipes distintas (noturno 1 e 2) e há uma demanda burocrática elevada o que faz com que o tempo se reduza ainda mais
S13	S14	S15	S16
É manter a satisfação e motivação dos colaboradores para que possam trabalhar com qualidade e prestando os cuidados com excelência	O relacionamento interpessoal deficiente na equipe, entre gestores, porque interfere na atuação profissional técnica; manter condutas homogênicas com grupo de gestores heterogêneo, porque a tendência é divergir as condutas, e a função do gerente é convergir as condutas, respeitando as diferenças	Às vezes ocorrem situações na prática como: funcionário faltoso e recidivante, e/ou com má postura profissional, e como tem estabilidade, não há como adotar medidas mais firmes, e o mesmo continua a perpetuar algumas práticas que prejudicam a assistência.	Excesso de demandas não relacionadas a assistência de enfermagem

S17	S18	S19	S20
Gerenciamento de conflitos	Falta de uma diretriz por parte do HC	Excesso de demandas da enfermagem e da UER; desenvolver atividades que julgo não serem do supervisor.	A maior dificuldade de gerenciar é devido à política de RH das instituições públicas que nos obriga a trabalhar com pessoas desmotivadas, com baixo desempenho e produtividade.
S21	S22	S23	S24
Dificuldade de resolução dos problemas, os processos são demorados devido a própria estrutura o serviço público.	O planejamento da instituição não é claro, o estratégico fica vulnerável a vários fatores, principalmente político, planejamento do departamento não tem ou não é claro com a instituição. Falta alinhar.	Trabalhar com a assiduidade no trabalho.	Maior dificuldade é na gestão de pessoas, porque envolve relações, sentimentos e atitudes.
S25	S26	S27	S28
É necessário o alinhamento e diretrizes bem definidas que devem ser seguidas por todos os gerentes de determinada área.	Pouca autonomia para resolução de problemas; excesso de expectativas por parte dos subordinados de que o gerente pode resolver todos os problemas;	Fluxo das informações, manter as escalas adequadas para a assistência gerado pelas áreas, letargia/ausência de retorno para as demandas geradas como	Lidar com situação em que é preciso "esquecer" o senso de igualitarismo por vezes as regras não funcionam para todos.
S29	S30	S31	S32
Falta de política de RH - desconexões; falha de comunicação - informações perdidas; sucateamento de materiais e equipamentos - tecnologia retrógrada.	Atualmente com a chefia médica do serviço, que não se envolve com os assuntos da área; nunca tem disponibilidade.	A falta de conhecimentos dos objetivos e resultados esperados, a falta de coerência entre o discurso e a prática.	O mais difícil é o gerenciamento de pessoas, principalmente pela resistência a mudanças.
S33	S34	S35	S36
A política de RH dificulta muitas vezes a atuação do gerente não lhe dando respaldo em algumas condutas administrativas.	Realizar treinamento em serviço.	É quando não há compreensão da liderança, da criatividade e do relacionamento.	A falta de uma sistemática para a instituição, a burocracia dos serviços públicos interferindo na execução mais rápida das ações.
S37			
Demanda administrativa muito alta (cartão ponto/férias, etc); sistema de trabalho - processos resolutivos muito lentos; assiduidade			

Q10) Você considera necessário que a administração do HC se submeta a uma diretriz gerencial? Por quê?

S1	S2	S3	S4
SIM, porque a administração central precisa de um planejamento e metas em comum para serem atingidas, que poderão ser falhos devido a falta de recursos financeiros	SIM - não respondeu por que	SIM, para manter uma uniformidade de condutas, orientações, de respeito e metas definidas	SIM, acho necessário a orientação de todas as equipes em relação a autonomia do enfermeiro e o trabalho do gerente
S5	S6	S7	S8
SIM, para dar significado e solidez a sua missão, visão, valores e filosofia institucionais, para que estes não fiquem apenas expostos em manuais, paredes e discursos mas que de fato reflitam a essência do trabalho desenvolvido e que sejam assimilados por todos(funcionários e usuários)	SIM, embora a administração atue em alguns espaços diferentes da gerência, ambos devem estar alinhados para que as metas estabelecidas sejam atingidas	SIM, para que o corpo gerencial seja composto por profissionais qualificados e dispostos a assumir a responsabilidade que o cargo preconiza	SIM, porque fortalece as metas e melhora o plano terapêutico para cada unidade
S9	S10	S11	S12
SIM, para tornar a gestão eficiente, com visão de futuro com metas pré-estabelecidas, com clareza de objetivos, com mais autonomia, com avaliação de resultados	SIM, acho que é preciso definir o que realmente se deseja e dar instrumentos para que aconteça	Sim, para nortear o planejamento	Sim, tem que haver uma "espinha dorsal". Quanto ao método de execução pode variar ou se adequar
S13	S14	S15	S16
<u>Não. Não respondeu</u>	Sim, para proporcionar o alinhamento de conhecimentos da gestão e condutas diretivas promovendo um grupo de gestores mais homogêneo.	Sim, porque não há como crescer sem estabelecer um diretriz gerencial. Há muito que crescer ainda na instituição HC, pois estamos aqui há 26 a apenas. Precisamos solidificar nossa profissão aqui no HC.	Sim, para que todos os gerentes tenham o mesmo norte; todos saibam para onde e como ir.
S17	S18	S19	S20
<u>Sim; não respondeu</u>	Sim, para nortear os gerentes em suas áreas	Sim, para que a administração seja eficaz e que toda a equipe "fale a mesma linguagem".	Sim, porque essa diretriz nortearia nos processos decisórios, alinhando condutas.

S21	S22	S23	S24
Não sabe	Sim, porque os gestores teriam uma proposta a seguir, dar continuidade e não ficaria tão vulnerável. Muda a	Poderíamos ter uma estratégia para trabalhar com assiduidade do trabalhador; não punitiva e sim motivadora.	Sim, porque as ações da unidade (HC) se baseiam nas diretrizes do PLANES (Planejamento Estratégico/HC) que segue a linha da
S25	S26	S27	S28
Sim, para integrar as ações dos gerentes e alinhar processos de trabalho.	Sim, não respondeu	Não sei se é necessário "submeter-se" mas acredito ser necessário que ocorra um processo principalmente de desenvolvimento de gerentes.	Sim para que haja um consenso gerencial quanto aos objetivos e resultados pretendidos pela instituição (alta gerência).
S29	S30	S31	S32
Sim, para que se estabeleça diretrizes para todos os níveis, que haja prioridade de medidas, verificação dos resultados e avanços conseguidos e reflexão para que com isso obtenha-se a melhora da instituição.	Sim, para dar um rumo para as unidades no cumprimento de seus objetivos, para atingir as metas propostas.	Sim - não respondeu.	Sim, para assegurar que os membros estão trabalhando em prol de objetivos comuns.
S33	S34	S35	S36
Sim, quando se define uma diretriz gerencial fica mais fácil para que o grupo de gerentes possa desenvolver seu trabalho com foco e metas a cumprir.	Não respondeu	Sim, porque, com uma diretriz obterá melhor produtividade, economia e grande benefício para a instituição e para o cliente.	Sim, desenvolver propostas curta/médio e longo prazo, conforme planejamento institucional da universidade.
S37			
Sim, para ter um alinhamento formalizado entre a alta gestão e os níveis abaixo de gerentes.			

Q12) Na sua opinião, é possível fazer gestão das pessoas na instituição?

S1	S2	S3	S4
SIM, porque é necessário saber ouvir, aceitar críticas e sugestões e manter uma equipe participativa com a área	SIM, embora seja difícil, é desafiador estimular o desenvolvimento das pessoas a agir com compromisso e responsabilidade; quebrar o ciclo de alienação profissional por estímulo e não tratar pessoas como objetos descartáveis; por permitir oportunidades de repensar as ações	SIM, há funcionários que se sentem parte do hospital e se sentem responsáveis pelo bom desempenho do mesmo. O desafio é manter os funcionários motivados	SIM, porque a instituição tem recursos humanos suficiente para uma boa gerência
S5	S6	S7	S8
SIM, acredito que sempre pode acontecer quando os espaços (dimensão formal e informal) são suficientemente democráticos, onde as diferenças e interesses são acolhidos e respeitados; acredito que o HC é favorável nesse aspecto	SIM, desde que haja sincronismo e participação em todos os eixos, boa comunicação efetiva e eficaz, disponibilizar recursos favoráveis	SIM, os gerentes e os profissionais que lidam com a gestão de pessoas são ou estão se qualificando para essa função	SIM, porque a gestão de pessoas é fundamental para que haja assistência de qualidade, já que o funcionário motivado consegue superar suas dificuldades, resultando num melhor comprometimento com o trabalho em equipe
S9	S10	S11	S12
SIM porque estamos em uma universidade reconhecida, com RH capacitados, moderna no anseio de fazer desse tema, meta de trabalho juntamente com toda a equipe gerencial	NÃO, há regras mas há tempos não são efetivadas, gerando desmotivação e descrédito na chefia; todos querem usufruir os direitos, mas esquecem dos deveres. Fazer gestão de pessoas seria resgatar vários princípios básicos da instituição, transmitir confiança e justiça	Sim, acredita que um bom gestor deve observar e se empenhar na transformação e aproveitamento dos conhecimentos, habilidades e competências das pessoas (gestão por competências)	Sim, a tecnologia da informação deve estar ao nosso favor para minimizar a burocracia; ter acesso ao histórico das pessoas, de sua vida funcional e oportunizar aos membros da equipe o acesso de consulta. Na enfermagem gerir pessoas é diferente de assistir, ferramenta para se buscar o gerente é através da delegação para gerência compartilhada e supervisão de processos. Temos todo o potencial para isso.
S13	S14	S15	S16
Sim, pois além de possível é necessário fazer gestão de pessoas, pois acredito que as mesmas são os "bens" de maior valor nas instituições, pois são elas que	Sim, porque é através do processo de gestão de pessoas que pode ser melhorada a qualificação profissional de forma ampla, abrangendo o conhecimento, as habilidades e as atitudes,	Sim, porque a equipe é constituída de indivíduos que tem diversas necessidades diferentes, e cabe ao lider triá-las e	Sim, não sabe exatamente o que quer dizer este conceito. Pensando no seu conceito é extremamente necessário priorizar o funcionário e tratá-lo como pessoa todas as demandas que ele

levarão os resultados que a instituição espera. Deve-se buscar uma "boa gestão" para as pessoas.	refletindo em melhoria na qualidade da atuação dos profissionais e melhoria da assistência prestada aos pacientes. Além de melhorar os relacionamentos interpessoais e aumentar a satisfação com o trabalho dos profissionais.	implementar ações, projetos, visando melhoria e crescimento de seu maior potencial são os recursos humanos da empresa.	pede
S17	S18	S19	S20
Sim; não respondeu.	Sim, porque sempre podemos contar com o envolvimento de pessoas.	Sim, porque posso contar com o envolvimento das pessoas.	Sim, apesar de ser essa a maior dificuldade, se os critérios estabelecidos pelo RH forem respeitados, haveria um maior interesse, respeito no cumprimento dos deveres e obrigações, o gerente da área teria mais facilidade na gestão de pessoas com respaldo do RH.
S21	S22	S23	S24
Não	Sim, a gestão de pessoas ocorre através da participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento do funcionário e isso é possível com o treinamento e adequação de comportamento.	Sim, o DENF - Departamento de Enfermagem do HC já vem fazendo isso, só pelo fato de comparecer semanalmente no plantão noturno, onde humaniza e envolve os servidores. "Como isso é importante" "Nós do noturno não nos sentimos mais abandonados, após essas visitas".	Sim, porque as instituições são feitas pelas pessoas que trabalham nela.
S25	S26	S27	S28
Sim, tanto o enfermeiro assistencial quanto o gerente podem gerir pessoas desde que saiba delegar tarefas e torne-se um líder sem impor autoridade; mas também deve-se aplicar punições para os subordinados que não cumprem as normas e regras institucionais.	Sim, acredita que seja possível, desde que o RH participe deste processo efetivamente, pois hoje, o que vemos muitas vezes é um RH deixando a responsabilidade toda apenas nas mãos do gerente, não compartilhando das decisões, com déficits de conhecimento dos direitos e deveres dos funcionários. Compartilha da opinião que punição não altera	Sim, na verdade acredita ser necessário, mas acredita que pelo grande quadro, deveria ser realizado pelo DENF e com os profissionais que possuam habilidade necessária para conduzir todas as dificuldades que acontece quando se trata de	Sim, porque o investimento em pessoas sempre vai retornar para a organização. Não só é possível como é preciso; a instituição é feita por pessoas que precisam saber o que se espera delas e oportunizar seu desenvolvimento para que se consiga o máximo de produtividade dos mesmos.

	comportamento, mas muitas, o funcionário pede limites, como uma criança e acha que , de forma geral temos dificuldades em impor limites.	"gente".	
S29	S30	S31	S32
Sim, há pessoas capacitadas para isso que podem replicar o que fará com que cada gerente consiga realizar o desenvolvimento das pessoas com clareza, foco e critério.	Sim para envolver e responsabilizar todos os profissionais que aqui trabalham.	Sim, porque temos bons gestores e bons profissionais..	Sim, porque é uma das principais chaves para se atingir os objetivos e um pouco já está sendo realizado com os cursos oferecidos para a capacitação de seus funcionários como: gestão da saúde pública, os programas de desenvolvimento gerencial, o de gestão por processos, PEAC, etc.
S33	S34	S35	S36
Não	Sim, para isto é preciso reconhecer as pessoas efetivamente, além de prepará-las e capacitá-las. Isto significa recompensar os bons resultados.	Sim, porque a gestão de pessoas melhora o relacionamento e a qualidade da gestão do cuidado.	Sim, precisamos do apoio do RH e DGRH para atuarmos com maior rapidez nas intervenções gerenciais e administrativas dos servidores.
S37			
Sim, muitos outros processos não caminham bem por motivos simples, portanto, investir em pessoas irá colaborar para o funcionamento do todo.			

13) Qual é o método ou de que maneira você faria em linhas gerais?

S1	S2	S3	S4
Gerente flexível, participativo; no relacionamento com a equipe, saber ouvir e cobrar resultados a serem alcançados	Diagnóstico situacional: entrevista para estimular reflexão sobre postura e necessidade de aquisição de competências; aulas motivacionais; medidas administrativas (motivação externa)	Primeiramente investiria nas pessoas, identificando e desenvolvendo o capital intelectual; investir no cliente interno, despertando a motivação para obter um resultado efetivo	Estabelecendo uma linha de comunicação direta entre os gestores e funcionários
S5	S6	S7	S8
Especificamente voltada a GP, teria como base a Teoria das necessidades Humanas Básicas de Maslow enfatizando as dimensões Satisfação e Motivação, Reconhecimento e Valorização	Realizar planejamento; traçar metas; envolver os profissionais; mostrar resultados	Capacitar pessoas que estão nos cargos de gerentes através do oferecimento de cursos indicados pela instituição	Levantamento e avaliação dos problemas da equipe através de reuniões e conversas individuais considerando cada função. De acordo com o entendimento das questões levantadas, apresentar sugestões de melhorias com aprovação da equipe
S9	S10	S11	S12
Identificando as desconexões no que se refere às pessoas; buscando colocar os profissionais nas áreas de interesse; provendo condições adequadas de trabalho; cobrando resultados; cuidando da saúde dos trabalhadores (física e mental)	Divulgaria as regras; aplicaria as regras; motivava os bons profissionais (méritos); criaria situações para promover o crescimento e desenvolvimento profissional	Utilizaria os seguintes pressupostos: reconhecer a importância do papel de cada indivíduo na efetividade organizacional; estabelecer parcerias nas equipes de trabalho; atrair e reter talentos com suas competências; treinar e desenvolver as competências	Que a tecnologia dura e leve-dura do RH faça uma coleta de dados mais ampla; mudança de cultura onde delegar é não dar ao outro o trabalho do gerente; que a política de trabalho seja clara e amplamente divulgada e compartilhada
S13	S14	S15	S16
Minha forma de gerenciar é horizontalizada, onde todos os membros da equipe são totalmente responsáveis pelos atos, decisões, trabalhos e todos participam das resoluções.	Proporcionando e facilitando a capacitação dos profissionais quanto aos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos e conteúdos que propiciam o conhecimento, crescimento e desenvolvimento das competências	Tentaria fazer uma diretriz participativa, com o envolvimento de vários segmentos de categorias de enfermagem e maior representatividade na forma de reuniões e discussões.	Aproximando o RH e os gerentes e pessoal da assistência; treinamento das equipes.

S17	S18	S19	S20
Não respondeu.	Tentando fazer com que as pessoas se envolvam com o trabalho/instituição; gestão participativa.	Mediante a gestão participativa, dividindo a tomada de decisão com os funcionários.	Treinamento e orientações formais aos funcionários com baixo desempenho/produktividade e não cumpridores das obrigações, problemas relacionais, etc e reconhecimento e incentivo aos produtivos e de bom desempenho, etc; adequação do funcionário "merecedor" quando em caso de limitação por problemas de saúde.
S21	S22	S23	S24
Antes de qualquer coisa deveria haver mais respeito com as pessoas e comprometimento e responsabilidade com o trabalho e a instituição.	Levantamento das necessidades é importante, envolver o funcionário nessa etapa, definir prazos e metas, capacitação, treinamento, análise de resultados e valorização dos profissionais	Um método seria escutar os servidores em seus setores de trabalho, não na sala dos gestores.	Gestão de pessoas baseada em linha mais normativa para que tenha uma interpretação mais unificada/uniformizada.
S25	S26	S27	S28
Sendo um facilitador, inserindo e reponsabilizando o grupo nos processos de trabalho.	O funcionário precisa saber integralmente de todos os direitos e deveres junto a instituição, dando ciência nestes documentos bem como das consequências e medidas que serão tomadas com o não cumprimento destes. O material deve ser de fácil entendimento para que o mesmo não justifique que não foi orientado. Também acho que o funcionário deve ser estimulado a se desenvolver, com dispensas, financiamentos, desde que revertidos em retorno para o serviço; estas atitudes motivam o funcionário. Acredita também que o gestor de pessoas deva saber ouvir e filtrar o que é dito, procurando discutir com todos os envolvidos	Gerente do DENF com um grupo de especialistas (psicólogos, RH, etc) que tratem deste assunto para questões de amadurecimento da postura profissional e o desenvolvimento nos indivíduos de que o HC é uma empresa.	Desenvolvimento permanente dos funcionários; lembrar que além do conhecimento teórico é necessário o desenvolvimento comportamental.

S29	S30	S31	S32
<p>Mapearia e mensuraria os conhecimentos e habilidades e atitudes necessárias para cada cargo e função; identificaria os perfis para cada cargo ou função; avaliaria o perfil técnico e comportamental alinhado ao proposto. Depois faria um plano para desenvolvimento das competências - gestão por competência. Utilizaria também “<i>headhunting</i>” - onde selecionaria os profissionais que se destacam no setor, quer pelos seus conhecimentos técnicos quer pela sua experiência.</p>	<p>Reuniões e palestras.</p>	<p>Não respondeu.</p>	<p>Continuaria com as capacitações, apoio às propostas de mudanças, acompanhando e ajudando na avaliação das mesmas; aproximar-se dos funcionários no sentido de compreender um pouco mais.</p>
S33	S34	S35	S36
<p>A gestão de pessoas deve ser iniciada do macro para os microespaços. É preciso que a administração tenha foco na gestão para que ela se desenvolva e potencialize as pessoas</p>	<p>Deixando claro quais são os objetivos (metas) da instituição e as consequências do alcance.</p>	<p>Não respondeu</p>	<p>Conversas para verificar possíveis desconexões de informações; educação permanente das principais necessidades das áreas; orientações por escrito; incentivo ao desenvolvimento profissional desvinculado a avaliação; condutas administrativas</p>
S37			
<p>Com qualificação, treinamentos, reconhecimento por um trabalho bem feito, mesmo em número às vezes reduzido; realização de atividades em grupo</p>			

14) Quais competências (conhecimento, habilidade e atitudes) que você reconhece no gestor de pessoas?

S1	S2	S3	S4
Habilidade na comunicação, relacionamento interpessoal, ser participativo, ter respeito e reconhecimento profissional de cada membro da equipe	Ouvir, investigar, refletir, dar feedback; ter firmeza de caráter e nas decisões e ÉTICA	A capacidade no princípio da gestão empreendedora; liderança; comunicação; visão sistemática e holística; bom relacionamento interpessoal; habilidade	Liderança, flexibilidade, ser humano em suas atitudes, ter conhecimento da área, educação, respeito e saber se impor nos momentos necessários
S5	S6	S7	S8
Conhecer metas e diretrizes institucionais, técnica de administração de conflitos, trabalho em equipe, leis e estatutos sociais, normas reguladoras de segurança no trabalho, capacidade de persuadir, de análise, de tomar decisões, saber ouvir, dar feedback, saber liderar, iniciativa, responsabilidade, assertividade, respeito, ética, acolhimento, imparcialidade, justiça	Atitude	O gestor de pessoas deve concentrar nos seguintes aspectos: liderança, empatia, discernimento, autoridade, motivação	Conhecer bem a organização e o funcionamento da unidade gerenciada; construir um canal de comunicação clara a fim de transmitir as diretrizes de trabalho, mas também sabendo ouvir o lado da equipe
S9	S10	S11	S12
Conhecimento sobre comportamento humano, flexibilidade, empatia, credibilidade, respeito, desejo de ajudar, capacidade para ouvir, para dar feed-back, sinceridade, vontade e disposição de ajudar; não pré-julgar	Saber ouvir, tomar decisão com justiça, seguir as regras da instituição, agir com confiança, boa comunicação, saber trabalhar as emoções e argumentar diante dos conflitos, ter comprometimento com a equipe e a instituição	Motivação	Conhecimento: tornar executáv e transcrita através das ferramentas de administração; habilidade de se relacionar, gerenciar conflitos e ouvir e ter sempre atitude empática
S13	S14	S15	S16
Além destas três competências serem importantes, acredito que o respeito, pois onde há respeito, há maturidade e responsabilidade.	Ter visão estratégica, conhecimento geral e teórico (não necessariamente técnico), habilidade para motivar, orientar e liderar pessoas e equipes, pro-atividade, objetividade e otimismo	Conhecimento teórico; auto-conhecimento; habilidade de comunicação efetiva; habilidade para tomada de decisão e criação de mudanças, atividades: ética,	humano, resolutivo e dinâmico.

S17	S18	S19	S20
Liderança, saber ouvir, ser justo, flexibilidade.	Liderança, tranquilidade e paciência.	Empatia, comunicação eficaz, colaboração com a equipe, liderança, visão de futuro, ser facilitador, comprometimento e motivação.	Planejamento e organização, liderança, capacidade de julgamento imparcial, comunicação, proatividade, criatividade, capacidade para resolver conflitos, conhecimento profissional.
S21	S22	S23	S24
Tem que haver habilidade, atitude, valores, envolvimento, responsabilidade, seriedade, honestidade.	Reconhecimento da necessidade de uma metodologia, habilidade, participativo, liderança, domínio, realizar as mudanças necessárias, respeitando o princípio ético legal, realizando o treinamento e desenvolvimento das pessoas.	Ser um líder chefe e não um chefe líder.	Não respondeu
S25	S26	S27	S28
Ter conhecimento técnico e científico do setor em que atua, cooperar com a equipe, compartilhar as informações e responsabilidades, comunicação clara e objetiva, gerenciar conflitos.	Ter conhecimento de gestão e das leis trabalhistas. Ser firme, não deixando de ser humano. Dar bons exemplos. Agir com profissionalismo, não beneficiando determinados funcionários em detrimento de outros; ter autonomia para tomada de decisões.	Alguém que seja perspicaz e consiga elencar o que a pessoa tem de bom e de ruim, sem prévios julgamentos, partindo da essência do indivíduo e não do que falam sobre ele.	Demonstrar respeito, cordialidade, desenvolver a escuta, ser ponderado, não adotar condutas no "calor" do momento ser honesto, direto, aberto ao lidar com os funcionários, enfim ser ético. Dar oportunidade para o desenvolvimento das pessoas e deve ter conhecimento teórico sobre como gerir as pessoas.
S29	S30	S31	S32
Todas.	Saber ouvir, flexibilidade, assertivo na tomada de decisões e encaminhamentos.	Todas, pois reconheço (CHA) um conjunto necessário para alcançar uma boa gestão.	Orientador e facilitador entre os interesses da instituição e habilidades do profissional.
S33	S34	S35	S36
Liderança, comprometimento, ética, conhecimento em sua área de atuação, flexibilidade, acessibilidade, dedicação e responsabilidade.	Auto desenvolvimento, liderança, motivação da equipe. Comunicação, otimismo.	Conhecimento de todos os procedimentos e ter habilidade para realizá-los, ser capaz de tomar atitudes com serenidade	Saber ouvir e atuar em parceria com as áreas pertinentes de cada demanda.

S37
As três competências são essenciais, porém penso que a habilidade e atitude são as coisas que o conhecimento não supre; são pessoas, não se forma principalmente a atitude.

Q15) - Destaque, de suas experiências e/ou vivências de gestão de pessoas, impactos positivos relacionados ao seu desempenho.

S1	S2	S3	S4
Retornou ao cargo depois de algum tempo, teve ótima aceitação da equipe e respeito da equipe multiprofissional na ampliação da unidade	Estamos em um momento que o grupo saiu da "zona de conforto". Por isso houve diminuição do absenteísmo, mas as pessoas estão reativas	Conseguir formar uma equipe produtiva depois de muito treinamento, envolvimento e motivação de um grupo que chegou incrédulo na área	Não se considera ainda em condições de responder devido ao pouco tempo no cargo
S5	S6	S7	S8
Realizar rodas de conversa/reuniões com subordinados, adotando postura de líder servidor, não tendo medo de divergências e sabendo ouvir, proporcionando-me feedback valiosos, confiabilidade e parcerias, gerenciar projetos, aprimorar liderança de equipes, etc	Conhecimento, relacionamento com outras pessoas, visão do todo	Pessoas inseridas nas questões relacionadas aos processos assistenciais e administrativos da área; melhoria e implantação de novos processos	Possibilidade de participação de qualquer membro da equipe em reuniões multiprofissionais
S9	S10	S11	S12
Nunca fui tratada com desrespeito; busco sempre tratar as pessoas como gostaria de ser tratada, tive resultados obtidos positivamente utilizando ferramentas institucionais e gerenciais não pulando etapas e iniciando por mim	Fazer carta de elogio: as pessoas se sentem reconhecidas; manteve a palavra diante de um conflito: as pessoas sentiram que podiam confiar; cumprir a regra da instituição: as pessoas setiram que eu estava atuando com justiça e comprometimento	Visibilidade	Aplicação de uma auditoria de assistência com participação e envolvimento de todos os enfermeiros
S13	S14	S15	S16
Construi uma equipe harmônica, responsável, comprometida que presta cuidados com	Atitudes e ações que realizei com funcionários há muito tempo, que na época considerei	Posso relatar a experiência de ser um formador de equipe, maximizando o	Não respondeu

excelência; é uma equipe colaborativa, com espírito de grupo e com índice de absenteísmo muito baixo.	rotineiro, e até hoje são lembradas pelos funcionários como especiais e relevantes, por exemplo, treinamentos, aconselhamento e direcionamentos.	potencial dos enfermeiros e forjando relações e ambientes produtivos, ou quando medeio conflitos interpessoais	
S17	S18	S19	S20
Envolvimento da equipe em projetos da unidade.	Para mim gestão de pessoas é um desafio constante, poréma gestão participativa tem feito com que os funcionários estejam mais envolvidos.	Mudanças de comportamento de funcionários que passam a repensar suas atitudes; bom relacionamento chefia/equipe; trabalho multiprofissional, compromisso e respeito com os pacientes; equipe capacitada.	Trabalhar com planejamento e metas "obiga" uma resposta positiva e maior empenho no alcance dessas metas. Apoiar e estar junto com as equipes se obtem melhores resultados.
S21	S22	S23	S24
Paciência para ouvir as pessoas, tentar resolver da melhor maneira possível, querer que as pessoas façam e cumpram as normas.	Maior produtividade, aumento do envolvimento do profissional com a instituição, diminuição das faltas e valorização das pessoas.	Experiência motivadora e participativa	Estimular a equipe a adquirir mais conhecimento para melhoria contínua da assistência/prática do dia-a-dia e perceber os destaques.
S25	S26	S27	S28
Aprender a gerenciar conflitos e a influenciar positivamente as pessoas para obter compromisso.	Aprende a ouvir mais e entender determinados comportamentos.	Depois de muita dificuldade, consegui um grupo maduro, comprometido que entende porque "tem " ou "não se tem" as coisas; equipe é compromissada com a assistência.	Acredito que o compartilhamento de valores bem como o exemplo. Algumas tarefas vistas como impossíveis de serem realizadas foram pouco a pouco sendo desenvolvidas pela equipe
S29	S30	S31	S32
O trabalho horizontal onde toda equipe está inserida tendo sua importância; o desenvolvimento da confiança com a equipe multi.	Direcionamento dos profissionais, com reflexo na vida profissional e pessoal; valorização profissional; colaboração na tomadade decisões.	Preocupação com um bom ambiente e relações para o trabalho, parcerias estabelecidas, elaborações de diagnósticos e estratégias para a área.	Comprometimento profissional, responsabilidade e lealdade.
S33	S34	S35	S36
Execução das atividades com planejamento e metas; credibilidade do trabalho de sua seção.	Melhora na resposta de execução dos processos internos.	Quando as pessoas correspondem às expectativas no exercício de suas funções.	Envolvimento institucional, diminuição do número de ausências e melhora no relacionamento social de 02 servidores.
S37			

Melhora significativa da comunicação com o grupo e equipe, facilidade para propor mudanças em outros processos.

Q16) Destaque, de suas experiências e/ou vivências de gestão de pessoas, impactos negativos relacionados ao seu desempenho.

S1	S2	S3	S4
Não respondeu	Pragmatismo e impulsividade levam a reatividade do grupo, nem sempre despertam para reflexão	A não divulgação da experiência acima citada na estruturação do serviço de enfermagem da área (através de publicação)	Idem a resposta anterior
S5	S6	S7	S8
Falta de assertividade nas decisões e abordagens geraram re-trabalho e insegurança	Muitas atribuições de trabalho que deveriam ser direcionadas para outros profissionais	Processos de trabalho difíceis de serem modificados (antigos); pessoas difíceis de serem motivadas	Dificuldade para desenvolver novos projetos motivacionais
S9	S10	S11	S12
Não consigo me lembrar de nenhuma; julgo-me muito cuidadosa e criteriosa na atuação que envolve pessoas; em momentos que foram necessárias intervenções firmes e definitivas, não fiz aleatoriamente, busquei por auxílio e orientações	Não consegui cumprir as metas de treinamento: não fui objetiva; não tive tempo de dedicar-me à equipe, vivenciando suas necessidades: a equipe não acredita na minha organização e motivação	Não reconhecimento das competências	Desânimo e descrédito no sistema por esbarrar nas limitações da medicina do trabalho, RH, suporte psicológico, burocracia e estabilidade; distanciamento da assistência direta; falta de sistemática para ter coesa a equipe
S13	S14	S15	S16
Nada a declarar	Não consegui dar atenção a todos os funcionários devido a demanda e carga de trabalho, principalmente quando eu gerenciava áreas extensas com muitos funcionários.	Quando eu era iniciante na carreira, e tinha que mediar conflitos interpessoais na equipe, e não tinha habilidade suficiente para lidar com a gestão.	Não respondeu
S17	S18	S19	S20

Falta de compreensão da equipe diante de obstáculos.	Em um dado momento eu não percebi o conflito que estava ocorrendo na equipe, porém quando me dei conta, o conflito estava enorme; até hoje estou tentando trabalhar com esta equipe para resgatar a integração entre eles.	Por ser resolutiva, acredito qe algumas vezes resolvo problemas que deveriam ser resolvidos pelos enfermeiros, dificultando o desenvolvimento destes algumas vezes.	Tomada de decisões precipitadas, deixar de ouvir as pessoas, querer "impor" sem construir e consensuar com o grupo.
S21	S22	S23	S24
Ser mais rígida, atender demais as necessidades da escala de funcionários, querer resolver tudo na hora.	Não respondeu	A distância entre gestores e servidores.	Ao aplicar normas e regras estabelecidas pela instuição em determinadas situações, as pessoas não terem o entendimento que estão em uma relação profissional.
S25	S26	S27	S28
Realizar mudanças antes de serem incorporadas pela equipe, inicialmente comunicação ineficiente, importar em resolver assuntos da área	Infelizmente, não acreditar integralmente em tudo que me falam.	Pessoas se sentiam injustiçadas com as normas e rotinas, confronto com desgaste, não compromissados e alto índice de faltas.	Identifiquei, porém não soube desestimular alguns papéis negativos na equipe que lidero; estou colocando em prática.
S29	S30	S31	S32
A falta de política da RH faz com que alguns gargalos não consiga ser sanado o que torna difícil você conseguir motivar seus funcionários.	Falta de apoio na tomada de decisão junto ao funcionário.	Política de RH, conflito de gerações.	Dificuldade em apenas ouvir às vezes é bastante rígida (dura).
S33	S34	S35	S36
Dificuldade no gerenciamento de conflitos.	Processos e necessidades "parados"; dimensionamento de pessoal.	Quando as pessoas faltam, se estressam, se desentendem e não se respeitam.	Comunicação (falha na interpretação dos fatos e lidar com diferentes personalidades principalmente as reativas e autoritárias).
S37			
Em certo momento pessoas da equipe acharam que não receberam o apoio que necessitavam, mas foi para aprenderem a ser mais independentes, com tomada de atitude, não esperando o supervisor.			

Q17) Quais os efeitos que podem ser percebidos na gestão do cuidado a partir da qualificação na gestão de pessoas?

S1	S2	S3	S4
Melhora da qualidade da assistência de enfermagem prestada, cobrança por parte da equipe em alcançar bons resultados	Diminuição da alienação nos cuidados prestados, promoção da saúde em seu conceito mais amplo e não o foco somente na doença	Realizar um trabalho com êxito, motivação profissional para a própria realização pessoal	Uma gestão de pessoas eficaz, estabelecendo as metas necessárias, acaba selecionando pessoas com capacidade e habilidade melhores, proporcionando a melhoria do cuidado
S5	S6	S7	S8
Investir na gestão de pessoas melhora a satisfação e motivação no trabalho, que pode gerar maior envolvimento, produtividade e qualidade nas relações interpessoais	Satisfação no atendimento, identificação dos clientes/profissionais	Pessoas qualificadas e motivadas prestam um cuidado de melhor qualidade	Uma boa gestão de pessoas promove, em relação à gestão de cuidados, diminuição de conflitos (entre a equipe) e melhor interação e manejo com o paciente psiquiátrico
S9	S10	S11	S12
Qualidade de assistência, multidisciplinaridade, junção dos vários saberes em prol do indivíduo, satisfação por parte do cliente e do profissional	Atendimento ético, com satisfação e orgulho de ser profissional de enfermagem; aumento da qualidade da assistência; o paciente sente-se acolhido; responsabilidade e comprometimento se afluem no cuidar	Autonomia, participação, interdisciplinaridade, conscientização (reflexão e ação)	Responsabilidade, participação, envolvimento, respeito e criatividade
S13	S14	S15	S16
É importante no aprendizado de ferramentas "técnicas" para gerir, porém não é o bastante.	Melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente e melhoria nos relacionamentos interpessoais, entendimento da estrutura organizacional, refletindo na satisfação profissional.	Se faz necessário que as pessoas estejam mais satisfeitas, se sintam importantes e participantes da instituição que trabalham. Se sentirem-se respeitados tenderão a exercer o cuidado com mais humanização	Uma equipe mais integrada e comprometida com o serviço.

S17	S18	S19	S20
Maior adesão aos programas e projetos, melhoria nos indicadores de assistência.	Melhor qualidade da assistência, maior satisfação, envolvimento e melhor desempenho do funcionário.	Pacientes melhor atendidos, mais satisfeitos com o cuidado prestado, equipe motivada e melhor qualidade do trabalho.	Realização do cuidado com preocupação pela segurança do paciente, com a equipe de trabalho e com sua própria segurança.
S21	S22	S23	S24
Melhor assistência prestada/qualidade, cliente mais satisfeito	Trabalho humanizado, atingir as metas, diminuir o desperdício.	A satisfação de o servidor sair de casa dizendo com sorriso no rosto "hoje vou trabalhar"	Gestão de pessoas eficiente resulta em funcionários motivados que exercem suas funções com qualidade.
S25	S26	S27	S28
Maior satisfação do cliente, incentivo à atualização profissional e ao compromisso do funcionário com o serviço.	Pessoas mais qualificadas, comprometidas e com perfil para as áreas designadas, desempenharão um melhor papel no cuidado ao paciente.	Uma corresponsabilidade de todos em relação a tudo que é pertinente a assistência.	Se tivermos profissionais qualificados em gestão de pessoas garantiremos que existirá gerentes preocupados com o desenvolvimento das equipes, com competência técnica, habilidades e atitudes, resultando em atendimento de excelência ao usuário.
S29	S30	S31	S32
Melhora da qualidade na assistência, no relacionamento e confiança com seus pares.	Melhora na qualidade da assistência.	Melhor organização, motivação, satisfação conhecimento e segurança do cuidado.	Maior qualidade na assistência.
S33	S34	S35	S36
Quando o grupo assistencial é bem trabalhado pelo gestor, isto reflete na melhora no atendimento, na motivação da equipe e na redução do absenteísmo.	Melhora no fluxo dos procedimentos nas rotinas, saberes, além do desenvolvimento profissional.	A qualificação de pessoas, não só conhecimentos e habilidades, mas dedicação e respeito que produzem efeitos benéficos para os pacientes e a instituição.	Envolvimento nos processos.
S37			
Um cuidado qualificado, desempenhado com zelo, por pessoas dedicadas com auto-estima boa.			

Q18) Você é favorável à introdução de práticas integrativas no HC, tais como: acupuntura, toque terapêutico, etc?

S1	S2	S3	S4
SIM, porque se as pessoas confiam nessas terapias, ajudam a melhorar o aspecto pessoal podendo refletir no quadro clínico	SIM, para que as pessoas se sintam "cuidadas", saiam da postura reativa e se tornem mais dóceis para cuidar dos pacientes	SIM, porque essas práticas se baseiam no princípio holístico de tratamento	SIM, pois acredito que terapias integrativas humanizam a assistência prestada
S5	S6	S7	S8
SIM, porque são tendências nas instituições de saúde, de baixo custo para implantar, propicia prática de clínica ampliada para que o cidadão não seja apenas médico-centrado com enfoque biologizante.	SIM, são terapêuticas favoráveis ao bem estar das pessoas tanto física como mental	SIM, elas podem complementar o tratamento clínico/cirúrgico, além de humanizarem a assistência do usuário externo	SIM, porque acredito que essas práticas poderão melhorar o acolhimento do paciente desde que a equipe médica autorize e o paciente solicite esse procedimento
S9	S10	S11	S12
SIM, pelas diversas crenças, assim como a questão da fé pelas pessoas (seja o cliente ou o profissional) como coadjuvante das outras terapias	SIM, no mundo atual o homem esqueceu as culturas curativas, que por muitos anos eram a única solução	Sim, porque melhoraria a assistência aos clientes e já é uma política do SUS	Sim, o ser humano é uma soma onde todas as parcelas devem ser aplicadas
S13	S14	S15	S16
Sim - não respondeu	Sim, apesar de ser uma área ainda desconhecida pelos profissionais que atuam na área hospitalar, penso que ampliaria a visão do significado de saúde e bem estar.	Sim, porque poderiam trazer inúmeros benefícios aos usuários.	Sim, já experimentei pessoalmente algumas dessas práticas e conheço os benefícios dela; se for usada com segurança e conhecimento.
S17	S18	S19	S20
Sim; não respondeu	Sim porque isto pode trazer um equilíbrio emocional tanto para o funcionário como para o paciente.	Sim porque acredito que melhora a qualidade de vida e do trabalho	Não, por princípio, não acredito em algumas formas de medicina alternativa.
S21	S22	S23	S24
Sim, aliviar o stress, tensão, prevenir doenças do servidor, como a depressão, etc.	Sim, por porque o mundo acredita e defende outro mecanismo de tratamento e porque nosso cliente tem essas	Sim, o fato da gestão se preocupar com os servidores com energia positiva ou energização do ambiente acho que	Sim, porque os tratamentos alternativos trazem muito conforto, resolução às pessoas quando são feitas juntamente com o

	possibilidades.	aumenta a autoestima.	tratamento tradicional.
S25	S26	S27	S28
Sim, das práticas citadas acima, conheço somente a acupuntura que considero favorável no controle da dor, diminuindo o uso de medicamentos para analgesia.	Sim, a partir do momento que o funcionário sente-se melhor e se conhece mais, ele passa a cuidar melhor dos pacientes/clientes.	Sim, só fazem bem, não desagregam nosso cuidado.	Sim, é uma realidade a ser considerada, pois desenvolve uma relação mais humanizada pela abordagem holística do indivíduo.
S29	S30	S31	S32
Não	Sim, são formas alternativas que auxiliam no tratamento dos pacientes e não depende só da equipe médica.	Sim, pela necessidade observada destas práticas também no contexto hospitalar.	Sim, são práticas que procuram o equilíbrio do indivíduo como um todo e que colaboram na recuperação e manutenção da saúde.
S33	S34	S35	S36
Sim, acredito que essas práticas poderiam ser utilizadas em nossos funcionários na tentativa de reduzir o estresse do trabalho e também na busca do equilíbrio emocional.	Sim, acredito que as práticas integrativas auxiliam na assistência ao usuário.	Sim, porque as pesquisas nos mostram que essas práticas são benéficas aos pacientes.	Sim, hoje pela diversidade de opiniões, crenças, culturas e estresse, temos absorver terapias alternativas.
S37			
Sim são práticas alternativas com muito bom resultado.			

Q19) Você acha que o hospital caminha nessa direção?

S1	S2	S3	S4
Não	Não	Não	SIM, acho que caminhamos devagar, mas já estamos vendo um trabalho realizado por terapeutas ocupacionais em diversas enfermarias, o que já é um começo
S5	S6	S7	S8
NÃO saberia responder; sabe que tem iniciativas no CECOM e alguns ambulatórios, mas comparado com outras instituições ou a	SIM, acho que em ritmo lento para algumas soluções	SIM, ainda há muito que se caminhar nessa direção.	Não

rede básica o HC caminha em ritmo bastante lento			
S9	S10	S11	S12
Não	Não	Não	Não
S13	S14	S15	S16
Sim, de forma muito retraída, temos a iniciativa dos cuidados paliativos que pode propiciar entrada dos cuidados com práticas integrativas.	Não	Não	Não
S17	S18	S19	S20
Não	Não	Não	Não
S21	S22	S23	S24
Não	Sim, muito, muito lentamente, quase não existe.	Não	Sim, na instituição já existe algumas oficinas em parceria com CECOM e GGBS oferecendo aos funcionários.
S25	S26	S27	S28
Não	Não	Não	Não
S29	S30	S31	S32
Não	Não	Não	Não, caminha lentamente com alguns trabalhos individuais realizados em áreas isoladas.
S33	S34	S35	S36
Não	Não	Sim, caminha num ritmo ainda lento.	Não
S37			
Não			

Q20) Você acha que o hospital moderno está em crise?

S1	S2	S3	S4
Não	SIM, a alienação dos profissionais do conceito de promoção à saúde em virtude da priorização do foco nas patologias e, com isso, na produtividade por procedimentos	SIM, penso que são vários, dentre eles o stress da vida moderna, a repercussão da desmotivação política no investimento da saúde	Não
S5	S6	S7	S8
SIM, altos investimentos em tecnologia e no estabelecimento da "linguagem científica" cada vez mais vai segmentando a prática médica e desconstruindo o vínculo com o usuário e demais profissionais; a linguagem que decifra a dor na perspectiva do saber está se perdendo	SIM, mudanças de paradigmas das pessoas, comportamento, disciplina	SIM; os fatores são necessidade de inserção efetiva do trabalho em equipe multiprofissional; equipamentos com TI que acompanhem a inovação	SIM, falta de visão ampliada para cuidar do indivíduo como um todo
S9	S10	S11	S12
SIM, falta de vontade política; não ser instituição lucrativa (pública), trabalho fragmentado, não articulado com os níveis secundário e primário; falta profissionalização para administrar recursos financeiros insuficientes e/ou mal utilizados	SIM, fatores como aumento das ações preventivas primárias, falta de recursos humanos especializados	Sim, pois se não implantar boas práticas na gestão para torná-la eficiente e que seja sustentável	Sim, funcionamos com um ou mais vínculos de trabalho, alta rotatividade, qualificação desejável, recurso financeiro escasso, alta demanda de atenções variadas. Multidisciplinaridade existente porém ,articulada. complexidadexterminalidade
S13	S14	S15	S16
Não	Não, cada vez mais será buscado novas tecnologias e hospitalização, mas a busca será por desospitalização. A crise financeira existe devido ao uso de tecnologias de alto custo	Não	Sim, dificuldade em lidar com o novo, com novos paradigmas de saúde, novas prioridades, novas maneiras de lidar com velhos problemas.

S17	S18	S19	S20
Sim, rotatividade de profissionais, mercado de trabalho com grande número de profissionais não qualificados.	Sim, falta de gestão participativa onde cada um tenha consciência dos gastos e receitas que obtém; além disso as instituições hospitalares são médico-centradas.	Sim, acesso limitado a assistência à saúde, dificuldade dos profissionais em aliar tecnologia e relações humanas.	Sim, formação dos profissionais que atuam no sistema, valorização pela tecnologia em detrimento da pessoa, falta investimento na saúde.
S21	S22	S23	S24
Sim, dificuldade de resolução dos problemas, os processos são demorados devido a própria estrutura o serviço público.	Sim, a quebra do individualismo do poder da medicina, o avanço tecnológico, o alto custo do tratamento e o retorno da assistência, as novas possibilidades de tratamento.	Não	Não
S25	S26	S27	S28
Sim, falta de preparo dos profissionais para conseguirem lidar com todo avanço tecnológico, novas descobertas, aumenta o entusiasmo e esquecem que por traz daquela doença existe um ser humano, com suas necessidades e que necessita, além do tratamento da sua doença atual, de acolhimento, respeito e ética. Parece que a cada dia os profissionais estão distanciando-se do paciente cada vez mais (paciente como um todo e não apenas a parte afetada).	Sim, atravessa a falta de condições e o não envolvimento da nova geração, com o trabalho. Mentalmente são apenas executores que ligam trabalham as provas destinadas e se desligam.	Sim, as políticas de saúde: existe grande divergência entre o setor público tanto no que tange a recursos humanos, tecnológicos e distribuição de recursos. A não qualificação dos recursos humanos também está presente no setor privado	Sim, falta de recursos, sucateamento de equipamentos, gestores despreparados, pois para administrar faz-se necessário um gestor competente, capaz de entender de pessoas, dinheiro, tecnologia e processos necessários.
S29	S30	S31	S32
Sim, falta de recursos, sucateamento de equipamentos, gestores despreparados, pois para administrar faz-se necessário um gestor competente, capaz de entender de pessoas, dinheiro, tecnologia e processos necessários.	Sim, muitos em "crise de identidade" e também pelo reflexo econômico do país. A saúde brasileira está em crise.	Sim	Sim, alto custo, maior valorização da tecnologia dura, limitação no acesso.

S33	S34	S35	S36
Não	Sim, humanos, financeiros e gerenciais.	Sim, despreparo das equipes de saúde, do médico, do enfermeiro, equipe de enfermagem, farmacêutico, fisioterapeutas.	Sim, rápido crescimento versus distribuição e o progresso tecnológico versus equidade.
S37			
Sim, o funcionalismo, a burocracia, os muitos departamentos, processos tecnológicos ultrapassados.			

Q21) Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade do mesmo contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a Política Nacional de Humanização - PNH? Porque?

S1	S2	S3	S4
Através de maior comunicação e relacionamento interpessoal	Integração de pesquisas biomédicas à pesquisas de cunho mais educacional e humanista. Promover cultura de saúde. Promover estudos "multidisciplinares" com a mesma ênfase que são promovidos estudos "multicêntricos", algumas vezes desconexos das necessidades culturais	Penso que se investir mais em gestão de pessoas, aplicando alguns acertos administrativos tais como: pessoa certa nos lugares certos, com certeza obterá resultado positivo, pois ainda há muito bons profissionais que vestem a "camisa" a UNICAMP.	Com recursos humanos qualificados para manipular a tecnologia sem deixar de lado a parte humana
S5	S6	S7	S8
SIM, para que ocorra de fato trabalho em redes com equipes multiprofissionais, que ocorra identificação e respeito aos desejos, necessidades e interesses de usuários e trabalhadores; fortalecimento de trabalho em equipe; responsabilidade social e compromisso com a cidadania	SIM, nosso produto é o fator humano; devemos olhar para esse projeto do PNH com carinho e acreditar que é possível	SIM, não se pode pensar em uma instituição de saúde sem a efetiva participação do usuário externo	SIM, porque vai melhorar o trabalho integrado das equipes e, conseqüentemente, o acolhimento do paciente nos serviços em que ele for atendido

S9	S10	S11	S12
SIM, é necessário que a questão das relações humanas caminhe junto com a evolução tecnológica, atentando e cumprindo com boas práticas; respeito, ética, cordialidade, atenção, educação, acolhimento, informação, etc.	SIM, o hospital precisa humanizar o cuidado valorizando o trabalho das equipes, aumentando a responsabilidade dos envolvidos e promovendo a saúde	Sim, pela precarização do trabalho, baixo investimento em educação permanente, pouca participação na gestão e baixo vínculo com os usuários	Sim, alguns aspectos não foram contemplados como a referência e contra referência, entendimento e respeito do básico ao quaternário, equipes múltiplas de difícil convivência, colegiados ineficientes.
S13	S14	S15	S16
Sim, porque quando pensamos e trabalhamos com a humanização, pensamos no melhor para o paciente.	Sim, porque o usuários dos hospitais não se contentam somente com as novas tecnologias, muitas de alto custo; o ser humano adoecido fica fragilizado e busca também o atendimento respeitoso, digno, cortês e acolhedor.	Sim, porque é importante o equilíbrio entre tecnologia, recursos farmacêuticos (novas drogas), UTI's e PNH	Sim, é essencial trabalhar de forma humana
S17	S18	S19	S20
Sim; não respondeu	Sim porque não há como falar em atendimento de qualidade se não temos o atendimento humanizado, lembrando que a PNH tem o foco em gestores, trabalhadores e pacientes.	Sim, porque melhora a qualidade do atendimento e a satisfação de funcionários e usuários do SUS.	Sim, para um atendimento mais satisfatório, individualizado e humanizado.
S21	S22	S23	S24
Sim, necessitamos de um SUS mais humanizado ou seja, um SUS de todos e para todos(integralidade, universalidade e equidade).	Sim, esse é um programa que valoriza o trabalho da equipe multidisciplinar em favor de uma melhor assistência integral ao cliente.	Sim, na visão do plantão noturno, em geral ela fica sempre esquecida.	Sim, porque a PNH ao ser implantada em uma instituição, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, levando mudanças no modo de gerir e cuidar.
S25	S26	S27	S28
Sim, para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário e o acolhimento deparar no serviço.	Sim com a evolução da tecnologia é fundamental atrelar a questão da humanização para garantir o respeito e a	Sim, porque para o " cuidado" é necessário, mas as pessoas devem ser desenvolvidas para esta	Sim, porque a implantação da PNH reafirmaria os princípios e diretrizes do SUS, garantindo

	ética com o ser humano.	atitude...isso não pode ser idealizado como "DOM". Somos indivíduos como engenheiros são.	mudanças positivas no modelo de atenção e gestão, envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários no processo de produção de saúde.
S29	S30	S31	S32
Sim, assim todos terão o direito de saber quem são os profissionais que cuidaram deles. Haverá o aumento da gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários e a educação permanente será implantada o que acarreta na melhora do serviço prestado.	Sim, somos pessoas cuidando de pessoas; esta relação por si só já é humanizada, mas precisando aprimorar.	Sim, não respondeu.	Sim, é o caminho, pois a nossa cultura não é a de dividir/compartilhar as responsabilidades e decisões, principalmente com o usuário, mas que se faz necessário para obtenção da produção e promoção da saúde.
S33	S34	S35	S36
Sim, seria imprescindível a aplicação da PNH, no entanto a equipe multiprofissional deve trabalhar a PNH; mas é preciso uma força conjunta para implementá-la.	Sim. Não respondeu	Sim, porque sem a humanização pode haver muita inteligência e tecnologia, mas não o sentimento de respeito, dedicação dirigido ao paciente, onde as pesquisas comprovam que esses sentimentos são importantes na melhoria e cura dos enfermos.	Sim, diminuir a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, bem como a dificuldade à complementariedade entre a rede básica e o sistema de referência.
S37			
Sim, essa necessidade é sentida com muita clareza em nossos clientes, estamos atrasados nesse ponto.			

Q22) Na perspectiva de evolução dos hospitais, você entende a necessidade de contemplar a possibilidade de implantar efetivamente a integração com a rede básica? Por quê?

S1	S2	S3	S4
SIM, porque visa o bem estar e conforto do cliente, com o acolhimento dos familiares, a presença do acompanhante, o jeito que se faz o cuidado e a maneira com que se relaciona com os mesmos	SIM, para deixar metas claras de humanização, para que os profissionais enxerguem além das tarefas o paciente como pessoa integral, parte da família e sociedade	SIM, desde que se ofereça um serviço estruturado para amparar e sustentar esse programa	SIM, porque devemos levar em consideração as necessidades sociais, estabelecer vínculos e valorizar o grupo de trabalho
S5	S6	S7	S8
SIM, para sustentar o SUS é fundamental o pacto entre os diferentes níveis de gestão. Para efetivar a linha de cuidado e o seguimento do usuário nos diferentes níveis de atendimento há que haver essa integração	SIM, esse link entre os hospitais e a rede vai ser um facilitador na assistência e acompanhamento dos casos	SIM, para que o usuário externo seja acompanhado fora das instituições hospitalares	SIM, porque vemos boa adesão/continuidade do tratamento, sendo que na psiquiatria essa integração com o capes já é realizada de maneira bem estabelecida
S9	S10	S11	S12
SIM, o indivíduo vem da sociedade e para ela deve voltar em boas condições físicas, mental e caso não seja possível, pelo menos estar com familiares, amigos na própria casa, no bairro, enfim, no seu ambiente, sendo assistido localmente	SIM, a integração com a rede básica dá continuidade ao tratamento proposto no hospital, garantindo a recuperação e manutenção da saúde do cidadão	Sim, temos que produzir saúde nas mais variadas dimensões	Sim, garantia de assistência ao usuário ao longo de sua necessidade, sendo assistido adequadamente em cada fase de seu processo saúde - doença - saúde
S13	S14	S15	S16
Sim, para dar continuidade ao "tratamento" e acompanhar a evolução dos pacientes em domicílio.	Sim, para sustentabilidade da rede hospitalar, para o atendimento humanizado, retornando o paciente para a assistência de menor complexidade e mais próximo possível de sua residência.	Sim seria importante e imprescindível a integração com a rede básica, para a organização no uso de recursos, e melhor atendimento aos usuários, estabelecimento de metas de trabalho e parcerias.	Sim, melhorar a assistência, diminuir o número de atendimento nos hospitais.

S17	S18	S19	S20
Sim, para dar continuidade a assistência e "desafogar" o hospital terciário; encaminhar demandas que são primárias.	Sim, porque o paciente deveria primeiramente procurar a rede básica, o clínico geral e não ir direto para as especialidades. A rede básica é quem deveria ser a "reguladora" de todo o sistema de saúde.	Sim, a integração entre os serviços melhora a qualidade do atendimento uma vez que cada serviço é utilizado para seu real fim (pronto-socorro para atendimentos de emergência e UBS para baixo risco); diminui a espera.	Sim, porque o usuário pertence à rede básica, onde ele recebe todo o cuidado preventivo de sua saúde. Após migrar para o nível secundário e terciário, ele deve retornar para a continuidade no tratamento/acompanhamento. A UBS deve conhecer e acompanhar seu tratamento.
S21	S22	S23	S24
Sim, a integração com a rede básica é muito importante, talvez o número de internações diminuiriam se houvesse essa integração.	Sim, para dar continuidade a assistência.	Sim, quando um paciente sai de alta e retorna para casa é importante a continuidade do tratamento na sua comunidade.	Sim, porque o indivíduo, antes de ser tratado na instituição hospitalar, ele pertence a uma área de cuidado básico. Quanto melhor é a comunicação, integração entre rede básica/rede hospitalar, o indivíduo recebe um tratamento de acordo com suas necessidades e tem uma rede de apoio ao seu alcance.
S25	S26	S27	S28
Sim, para dar continuidade a assistência dos pacientes através do processo de referência e contra referência.	Sim, é de extrema importância a integração com a rede básica. Para que haja continuidade da assistência com qualidade deve haver uma comunicação efetiva entre os hospitais e a rede básica. Desta forma o paciente/cliente sente-se acolhido.	Sim, porque a hierarquia deve funcionar para os dois lados. E os novos pacientes necessitam do acompanhamento da rede básica. Esta, por sua vez, com mais informação tende a atender melhor e de forma personificada.	Não tem como desarticular o binômio hospital/rede básica. O hospital como instituição auto referenciada deve sim organizar o fluxo de pacientes para encaminhá-los a rede básica, viabilizando o sistema de referência e contra referência.
S29	S30	S31	S32
Sim, pois dessa maneira redução de estrangulamentos do sistema. Maiores possibilidades de ensino e serviço e o	Sim, para que o paciente dê continuidade ao seu tratamento, até mesmo próximo de sua residência, e os hospitais se "desafoguem".	Sim, para melhora da humanização e continuidade dos objetivos e metas terapêuticas introduzidas no contexto	Sim, muitos atendimentos aqui realizados, poderiam estar sendo feitos pela rede básica, com a consequência de

principal: ganhos organizacionais e financeiros por parte dos hospitais. E o maior beneficiário será o doente.		hospitalar.	não liberação de vagas para casos que necessitam estar aqui.
S33	S34	S35	S36
Sim, a rede básica é o início do atendimento no nível hierárquico do SUS; se os hospitais não conseguirem essa integração, muitos casos que poderiam ser atendidos na rede básica, virão para os hospitais e os pronto-socorros terão sobrecarga. A rede básica deve ser contra-referenciada sempre.	Sim, a referência e contra-referência é essencial para a assistência ao usuário e facilita e contribui para um cuidado individualizado.	Sim, porque essa integração torna mais ágil o diagnóstico e o tratamento.	Sim para realizarmos cada vez mais a política nacional de humanização.
S37			
Sim, essa integração é essencial para os pacientes; são atendidos respeitando a necessidade real de intervenção, principalmente nos níveis primários e secundário de atendimento. Para isso tem que haver comunicação efetiva entre rede básica e hospital, um tem que saber a dificuldade do outro, e como está trabalhando para minimizar o impacto que um causa no outro.			

Q23) Qual o papel do hospital nessa visão contemporânea da clínica ampliada?

S1	S2	S3	S4
Fazer com que o cliente retorne a sua rotina diária mesmo com algumas limitações	Atendimento de problemas de saúde mais complexos, com mais tecnologia(dura, leve e leve-dura) e devolver o paciente/família à sociedade	Preparar o profissional e despertar nele a importância de sua atuação pessoal e profissional na recuperação do cliente externo	Papel fundamental no atendimento secundário e terciário
S5	S6	S7	S8
Repensar seu modelo hegemônico caracterizado por prática centrada em procedimentos e fragmentada em especialidades que gera altos custos para o sistema. O processo do cuidado hospitalar deve estar articulado com a atenção integral do paciente	Reabilitar as pessoas para a sociedade e família	Efetivar a parceria com a rede básica de saúde; efetivar o processo da clínica ampliada para assistência aos usuários	No caso da psiquiatria, acredito que a melhor forma de aplicar o conceito de clínica ampliada é estabelecer novas pontes entre diferentes equipes multiprofissionais
S9	S10	S11	S12
Estar inserido, integrado referenciando fazendo contra-referência, estar alinhado com o SUS, cumprindo sua vocação e obrigação social	Participar e cumprir as diretrizes para a promoção da saúde; atuar com empenho e determinação	Produzir saúde e aumentar a autonomia dos sujeitos, família e comunidade, integrar a equipe multiprofissional e elaborar projetos terapêuticos	Facilitador para os diferentes atores deste contexto; encontrar o significado e forma de execução do que é compartilhar, reconhecer limites, abertura de espaço para outras formas terapêuticas, etc
S13	S14	S15	S16
Dar subsídios à rede para o melhor acompanhamento do seus pacientes.	É a realização da assistência de alta complexidade, com a utilização de tecnologia complexa e proporcionar segurança na assistência devido à retaguarda dos profissionais especializados e ao parque tecnológico	Ainda ser um hospital terciário, com assistência para pacientes críticos.	Estimular e estabelecer protocolos através de reuniões com a rede básica para melhoria da assistência, fortalecendo essa parceria e essa comunicação.

S17	S18	S19	S20
Não respondeu.	Fazer o atendimento de pacientes de alta complexidade e orientar as equipes de saúde, por exemplo, equipe de PSF a conduzir seus pacientes quando solicitado.	Prestar assistência multiprofissional aos pacientes/família com dignidade, respeito e competência.	Elaboração de projetos terapêuticos em equipe multidisciplinar, valorização do auto-cuidado e da participação do usuário na proposta de tratamento.
S21	S22	S23	S24
Infelizmente no hospital só trata de doença que levou o paciente até o hospital, mas muitas vezes não sabe o que aconteceu com este paciente anteriormente.	Valorizar e divulgar outras iniciativas, já implementada e que melhora comprovadamente a vida das pessoas.	Socorrer a rede pública nas doenças de alta complexidade	A instituição precisa estimular nos profissionais que trabalham nela, que, ao abordar um paciente, não tratar apenas um diagnóstico e sim ter uma visão holística do paciente (tipo de população, trabalho, comunidade, etc)
S25	S26	S27	S28
Atender as necessidades vigentes do cliente e, após alta hospitalar, encaminhar para acompanhamento primário através da referência e recebê-lo novamente na contra-referência.	Não respondeu.	De participação ética pois daqui saem muitos pacientes crônicos que hora precisarão de nós e hora deverão ter o acompanhamento do atendimento primário e secundário.	Fazer com que todos se responsabilizem com os pacientes, valorizando-os como sujeitos ativos. Cada profissional dentro de suas atribuições e competências se responsabiliza pela construção do projeto terapêutico.
S29	S30	S31	S32
Prestar serviços com qualidade, efetividade, eficácia, eficiência, legitimidade, equidade, o que depender tanto de uma organização interna do cuidado quanto de um comportamento coordenado e integrado a rede..	Por ser o hospital uma unidade terciária (inserida no SUS) atendendo os pacientes mais complexos; os pacientes menos complexos devem ser atendidos na rede básica.	Não respondeu.	Colaborar na construção e implantação de protocolos clínicos, fluxogramas e na comunicação efetiva entre as unidades; envolver e capacitar os profissionais.

S33	S34	S35	S36
Não tenho domínio sobre o conceito de clínica ampliada, mas acredito que o hospital deve receber os casos mais graves e complexos e assim que solucionados, encaminhar para os níveis hierárquicos do SUS, inferiores (primário e secundário).	Garantir a contra-referência.	Uma integração informatizada não só com a rede básica mas com todos os hospitais.	Que exista verdadeiramente a interdisciplinaridade e exista entendimento dos demais serviços de saúde à respeito do que é verdadeiramente a clínica ampliada.
S33			
O papel penso que é mais na comunidade e menos dentro do hospital, com políticas preventivas e de promoção da saúde.			

Q24) Você acha que é viável o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional? Por quê?

S1	S2	S3	S4
SIM, porque cada pessoa presta o cuidado de forma integral e em conjunto em prol da melhor qualidade prestada ao cliente	Sim, para integrar saberes	SIM, só poderá haver bons resultados quando os profissionais se comunicarem mais, respeitando cada campo de atuação individual para a finalidade única que é a recuperação rápida e eficaz do cliente	SIM, o trabalho multiprofissional é importante; na unidade C, em uma das especialidades, ocorre a visita multidisciplinar, onde todos são ouvidos e o paciente é visto em todos os aspectos
S5	S6	S7	S8
SIM, porque os demais profissionais estão se capacitando e agregando conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem a disputa saudável de interesses no compartilhamento do saber e das propostas de intervenções e saúde	SIM, todos devem participar do desenvolvimento desse trabalho pois todos estão envolvidos na recuperação dos pacientes	SIM, devido a necessidade da interação dos diversos profissionais na prestação de uma assistência de melhor qualidade	SIM, isso já vem sendo realizado na psiquiatria com resultados satisfatórios

S9	S10	S11	S12
SIM, porque o indivíduo é um todo e necessita para a recuperação de sua saúde, dos diversos saberes para propiciar a recuperação da saúde e/ou o não agravamento de doenças. Trabalhar de forma conjunta agrega conhecimentos que facilitará diagnosticar, tratar e recuperar a saúde do indivíduo e também propicia o conhecimento do outro (colega de trabalho) gerando respeito e cooperação	Sim. Todos podem contribuir conforme o seu conhecimento técnico e prático em benefício do cidadão	Sim, precisa estar pautado na relação entre as equipes, integração das especialidades, respeito nas relações hierárquicas e conhecimento	Sim, os que produzem saber detem poder da mudança. A cultura deve sofrer mudanças porque o poder oferece "status" e domínio e conseqüentemente facínio e orgulho.
S13	S14	S15	S16
Sim - não respondeu	Sim, porque todos os integrantes da equipe multiprofissional têm funções próprias de suas categorias, podendo melhorar a assistência ao paciente com a aplicação dos diversos conhecimentos e atuações, podendo ser um trabalho compartilhado e integrado.	Sim, fundamental. Mas estamos muito longe disto, ou seja, esta mos engatinhando nesse discurso. A formação dos profissionais, precisaria trabalhar e sedimentar mais esse tipo de trabalho. Hoje estamos só no discurso.	Sim. Não respondeu.
S17	S18	S19	S20
Sim; não respondeu	Sim para que o paciente possa ser atendido de forma holística.	Sim, porque possuímos uma equipe capacitada e comprometida com o trabalho.	Sim, cada profissional tem papel importante no tratamento do paciente, com visões diferentes e coadjuvantes para adoção de condutas
S21	S22	S23	S24
Sim, em um hospital terciário como o HC, deve haver o desenvolvimento multiprofissional, porque toda a assistência e o cuidado devem estar alinhados com outros profissionais para que o cliente saia mais satisfeito e a recuperação mais rápida.	Sim, soma informações, conhecimento e beneficia o cliente final.	Sim, é de suma importância a integração multiprofissional.	Sim, porque a linha de tratamento moderno é cuidar/tratar das pessoas holisticamente. Assim, cada profissional traz seu conhecimento e juntamente fornece um tratamento melhor/completo ao paciente.

S25	S26	S27	S28
<p>Sim, é possível desde que haja comunicação eficiente entre todos os profissionais. O resultado seria um atendimento preciso e efetivo ao cliente.</p>	<p>Sim, acredito que é imprescindível o trabalho em equipe multiprofissional, pois todos podem contribuir com os conhecimentos de sua área de atuação, com um único objetivo que é a recuperação da saúde do indivíduo.</p>	<p>Sim, já trabalhei nesse formato e obtivemos muitos sucessos desde a interação entre as equipes multiprofissionais como maior eficácia nas resoluções para os pacientes e seus familiares e também com maior subsídios a estes.</p>	<p>Sim, é um processo irreversível se pretendemos alcançar a integralidade do cuidado, os saberes específicos dos profissionais se complementam, garantindo cuidado resolutivo e de qualidade.</p>
S29	S30	S31	S32
<p>Sim dessa maneira o cliente é visto como um todo e todas suas necessidades são sanadas; isso faz com que sua alta seja planejada sendo mais rápida o que consequentemente atende outro cliente, ajudando nos custos das unidades.</p>	<p>Sim, nosso objetivo é único: assistência adequada e com qualidade para o restabelecimento da saúde do paciente.</p>	<p>Sim, porque com o trabalho da equipe atendemos de forma integral a necessidade dos paciente e da instituição de forma mais efetiva.</p>	<p>Sim, o HC é composto por equipe multidisciplinar, mas que ainda precisa aprender a compartilhar, respeitar e aceitar idéias, opiniões, conceitos...</p>
S33	S34	S35	S36
<p>Sim, porque a equipe multiprofissional bem alinhada e com foco na assistência de seus clientes, trabalha em busca do mesmo resultado: a recuperação do paciente ou a oferta de conforto (cuidado paliativo); no entanto, para a execução das atividades em equipe multiprofissional é importante que não exista relações de poder ou disputa de espaços políticos e que todas as categorias profissionais se respeitem mutuamente e reconheçam a importância de cada membro da equipe no trabalho.</p>	<p>Sim, havendo flexibilização e interação entre as equipes, o paciente será atendido com presteza e sua assistência com qualidade.</p>	<p>Sim, porque a equipe multiprofissional é abrangente e produz rapidamente os melhores resultados.</p>	<p>Sim, o trabalho em equipe facilita o desenvolvimento das ações e condutas a serem tomadas para a resolução rápida e eficaz dos processos. Porém é um processo de contínua reflexão e todos os grupos tem que estar preparados com ferramentas para um objetivo comum que é a resolução das metas estipuladas.</p>
S37			
<p>Não respondeu</p>			

Q25) Como você considera a inserção do enfermeiro no desenvolvimento do trabalho na equipe multiprofissional?

S1	S2	S3	S4
O enfermeiro continua ainda muito preocupado com as rotinas da unidade; necessita aprender a delegar mais, se envolver mais com o todo, ser participativo com a atenção voltada ao cliente, com a educação continuada e cobrar resultados	O enfermeiro deve integrar ou "alinhar" as atividades de cuidado de todos da equipe multiprofissional, interagir mais com o paciente, identificar necessidades biofísicas e espirituais	Muito importante por ser o enfermeiro o profissional que permanece mais próximo do cliente e por mais tempo	Acho que o enfermeiro é capaz de fornecer informações do dia-a-dia do paciente que são relevantes ao seu tratamento, enfim, é a equipe de enfermagem que passa 24h ao lado do paciente
S5	S6	S7	S8
O trabalho em saúde é coletivo. A enfermagem geralmente adota o papel de "braço direito" do médico. Preservando a autonomia profissional e seguro de seu conhecimento, o enfermeiro pode influenciar o processo terapêutico e o estilo da dinâmica da equipe	Extremamente necessária, afinal o enfermeiro tem conhecimento fundamentado na assistência	O enfermeiro é o profissional que lida com o cuidado integral e devido a essa característica permeia o trabalho dos demais profissionais da equipe	O enfermeiro tem um papel fundamental e único de observar, acompanhar, cuidar e avaliar o quadro do paciente em tempo integral. Sendo que essas informações são essenciais para o desenvolvimento e a execução do plano terapêutico para a equipe multiprofissional
S9	S10	S11	S12
Necessária, contudo ainda incipiente; mas considero que tem papel fundamental na questão educativa em relação ao auto-cuidado, adesão ao tratamento, orientações ao paciente, familiar, cuidador, seja na comunidade, em instituição de saúde e hospitais	O enfermeiro tem uma bagagem de conhecimento técnico-científico imenso, que pode, inclusive, atuar como líder neste processo	Além de desempenhar sua parte técnica, o enfermeiro atua como facilitador entre os demais profissionais, mas sabemos que isso não é prática no contexto hospitalar e sim na saúde pública	Indispensável. O enfermeiro é aquele que "une" (destaque do pesquisador por não entender a letra) os atuantes do e no cuidado. Tem a formação do todo, cuida do espaço, da tecnologia dura, do ser doente, faz a interface com o acompanhante e participa de toda a terapêutica aplicada.
S13	S14	S15	S16
Fundamental e imprescindível. Diria necessário.	O enfermeiro é fundamental, pois é o único profissional que permeia todos	Seria importante esta inserção, mas não vejo isto ocorrendo no dia-a-dia.	O enfermeiro deve conhecer bem seu papel de cuidador para poder

	os espaços por onde o paciente percorre e está as 24 horas próximo do paciente, mas precisa fundamentar as suas ações e se posicionar perante a equipe multiprofissional.	O enfermeiro ainda não compreendeu esse tipo de trabalho; não fez parte de sua formação e também de outros profissionais da área da saúde. Esta deveria ser uma meta a ser atingida. As ações dos profissionais seriam complementares, umas as outras, e trariam inúmeros benefícios aos usuários do SUS	representar este ponto de vista, na discussão multiprofissional do cuidado. Ele está presente, ou mais presente que todos os outros profissionais; por isso, será importante sua participação na definição dos tratamentos, desde que com conhecimento.
S17	S18	S19	S20
O enfermeiro tem papel fundamental diante da quantidade de informações e direcionamento do cuidado.	O enfermeiro deveria ser o que conduz a equipe multiprofissional, pois ele é quem tem a visão generalizada do paciente e ele é quem está 24 horas junto do paciente.	O trabalho do enfermeiro é essencial e imprescindível na equipe multiprofissional, pois o mesmo tem grande contato com o paciente/família. Além disso, é o profissional cuja essência é o cuidado ao ser humano - fator que considero indispensável para o atendimento do paciente/família.	Considero importante e imprescindível na participação, colaborando na elaboração do plano de cuidados, adoção de condutas junto ao paciente e familiares, fazendo uso do raciocínio clínico.
S21	S22	S23	S24
Não respondeu	Ele ainda é o detentor do maior número de informações, devido a sua profissão, ter o maior tempo de contato com o paciente, podendo colaborar muito com a equipe multiprofissional.	O enfermeiro tem um olhar crítico e resolutivo dos problemas.	É essencial devido a visão e formação generalista do enfermeiro.
S25	S26	S27	S28
Considero o enfermeiro um elo direto do usuário com os demais profissionais.	Fundamental.	Peça fundamental como todos, mas como este fica mais exposto ao paciente acaba tendo mais informações sobre as ocorrências ou situações do paciente.	Vejo o enfermeiro como um elo de ligação entre os profissionais, familiares e pacientes. Não existe assistência adequada ao paciente sem a participação ativa e decisiva do enfermeiro.

S29	S30	S31	S32
Considero ótima, pois o enfermeiro é o elo facilitador entre os profissionais, familiares e clientes. Educar, explicar e acompanhar o cliente na equipe multi é o principal e este papel cabe ao enfermeiro.	Importante porque ele é membro dessa equipe, não consegue desenvolver suas atividades isolado.	De extrema importância para desenvolver o trabalho sistematizado e de integração com os outros profissionais.	É o profissional com capacidade para ser o elo entre os membros, pois sua formação ainda é direcionada para a visão global do indivíduo e é quem está mais tempo diretamente com o paciente/cliente.
S33	S34	S35	S36
O enfermeiro é um membro fundamental na equipe, pois é o profissional que permanece 24h próximo ao paciente e consegue ter uma visão holística de suas necessidades. O enfermeiro faz uma interface com todos os outros profissionais que cuidam do paciente.	Acredito que o enfermeiro deva ser o facilitador dos processos assistenciais; manter comportamento ético, para assim garantir o bom andamento da assistência ao cliente.	O enfermeiro consegue estabelecer um elo de ligação entre o tratamento médico e os demais profissionais membros da equipe.	Profissional que trabalha a humanização, reflete sobre os valores e conceitos da instituição, do cliente e dos colaboradores.
S37			
.Não respondeu			

Q27) Se sim, em sua visão, para a evolução do hospital, como articular a tecnologia dura com mais humanização? Explique sua resposta.

S1	S2	S3	S4
Não respondeu	Utilizar teorias humanistas para dar sentido às crises situacionais e contextualizá-las em um todo na promoção da saúde; que os profissionais enxerguem como participantes de uma obra coletiva de promoção da saúde	Através da comunicação com outros membros da equipe e com o cliente, facilitando a terapêutica do cuidado, pelo vínculo existente com o cliente	Em primeiro lugar a tecnologia leve deve ser bem implantada para depois adequar a tecnologia dura
S5	S6	S7	S8
Resignificando o vínculo do profissional da saúde com o usuário; resgatando a linguagem do afeto, da escuta e da	Não respondeu	Inserindo o trabalho em equipe multiprofissional e a PNH	Não respondeu

parceria(todos decidem juntos), não tendo medo de ser questionado, adotando postura menos onipotente, investigando melhor as necessidades e desejos deste usuário. A busca pela cidadania e garantia de direitos é de todos nós.			
S9	S10	S11	S12
Resgatando valores morais, éticos no campo das relações pessoais, respeitando a todos; fazendo cumprir e zelando pela missão da instituição em todos os níveis hierárquicos	Não respondeu	Precisamos analisar qual o contexto em que está inserido a tecnologia; somos uma profissão dinâmica e não devemos permitir que algumas ações sejam interpretadas como desumanas.	Educação e entendimento. Entendimento que as áreas que recuperam, mantem e promovem saúde devem se articular para atingir os objetivos. Educar-se para não massificar, generalizar e sim ter o cliente como único.
S13	S14	S15	S16
Não respondeu	Precisamos oferecer a assistência com a modernidade presente nos equipamentos e terapêuticas de alta tecnologia, mas de forma humanizada, com respeito à pessoa, com cortesia, sensibilidade, com o acolhimento e priorização das necessidades do paciente e seus familiares.	Com discussão, reflexões, leituras, inserção dessa discussão nos anos de formação (graduação e pós-graduação) dos alunos da Un ICAMP	Não respondeu
S17	S18	S19	S20
Não respondeu.	Investindo em tecnologia leve, conseguimos articular a tecnologia dura com mais humanização.	Investindo em tecnologia leve.	Utilizar a tecnologia sem esquecer do indivíduo, sua privacidade e o que for mais adequado no seu tratamento/prognóstico
S21	S22	S23	S24
Não respondeu.	Diminui o tempo de espera para utilização de equipamento, oferecer roupa para o paciente durante o exame, como	Não respondeu.	A tecnologia dura relaciona-se ao material/ambiente. Ela, ao ser inserida ao atendimento humanizado, devemos

	ressonância magnética, medicina nuclear, em local tão frio, agilizaro laudo como também essa tecnologia deveria ser mais disponível em todo país.		oferecer instrumentáiiios e ambientes confortáveis, climatizados, agradáveis aos pacientes, visitantes e profissionais.
S25	S26	S27	S28
Disponibilizar equipamentos modernos e suficientes para atender os usuários nas áreas e estruturar as áreas físicas de modo que favoreça o cuidado dos clientes e sua promoção e prevenção à saúde, como por exemplo camas com grades para evitar quedas.	Através de discussões multidisciplinares, tendo como foco principal o respeito e a valorização da pessoa humana	Acredito que, sem um trabalho de desenvolvimento das habilidades técnicas e a necessidade do entendimento psicológico do cuidar sem esse peso de quem for da área da saúde é um domde Deus e o quanto isto nos consome, será impossível chegar a isso.	Através de ações de acolhimento, valorização do indivíduo e sua doença. Não há como desarticular a tecnologia dos processos de humanização. Humanizar também é tecnologia, todos necessitamos também de produção de conhecimento.
S29	S30	S31	S32
Realizando educação permanente, pois pessoas qualificadas irão utilizar melhor as inovações tecnológicas e com isso prestarão melhor cuidado aos clientes. Lembrando que a valorização de todo funcionário é muito importante; ressaltar sempre a importância de seus atos humanos X máquinas.	A tecnologia dura é necessária, mas são "pessoas" que as operam, e estes devem ser trabalhados através de momentos de discussão e reflexão para melhorar a prática e compreender as ações da enfermagem.	Não respondeu.	Está principalmente na formação do profissional para não esquecer que a "clínica é soberana" e que o ser humano não é uma máquina.
S33	S34	S35	S36
As instituições gastam muitos recursos financeiros com a tecnologia dura, no entanto, a tecnologia leve que envolve as pessoas, existe pouco investimento. Não adianta ter o melhor aparelho de tomo ou ressonância e a equipe não saber lidar com o paciente que foi diagnosticado com uma neoplasia e está na fase de negação ou raiva. è preciso desenvolver a humanização e a sensibilidade dos profissionais de saúde.	Precisamos entender que a máquina auxilia no cuidado e não faz por nós.	Não respondeu	Com o avanço da tecnologia dura temos que acompanhá-la sem desconsiderar a gestão de pessoas que manipulam esta tecnologia e ficar atento às informações, questionamentos e considerações dos usuários.
S37			
Não, promover a saúde é mais amplo, é mudança de hábitos e de berço, e constante.			

Q28) Você acha que só a tecnologia de equipamentos e procedimentos pode dar conta da visão de promoção de saúde? Por quê?

S1	S2	S3	S4
NÃO, porque precisamos ter maior interação com o cliente através de diálogos, vínculo e seu bem estar	NÃO, porque envolve iniciativas pessoais. ATITUDES de profissionais e pacientes. Cuidado, afeto-reflexivo e não apenas procedimentos	NÃO, se não tivermos uma visão holística para o cliente e ouvir, identificando suas necessidades individuais, não há como atingir o objetivo de promoção da saúde	NÃO, porque a visão clínica do paciente no seu tratamento, não leva em conta só a parte de equipamentos, mas sim a humanização
S5	S6	S7	S8
NÃO, porque a tecnologia de equipamentos e procedimentos são mais direcionados ao diagnóstico e tratamento de doenças(atenção centrada na patologia). Promoção da saúde é mais que tratar doença	NÃO, não existe promoção da saúde só com equipamentos e tecnologia	NÃO, os profissionais da área da saúde devem ter a seu dispor a melhor tecnologia, sem que seja necessário indispor dos aspectos humanitários necessários para a promoção da saúde	NÃO, porque a saúde física/mental não se restringe a aspecto tecnológico, há um componente emocional que deve ser verdadeiramente considerado buscando a promoção da saúde
S9	S10	S11	S12
NÃO porque preparar o profissional para operar equipamentos, para enxergar o ser humano em "fatias", o distancia da pessoa como um todo, com suas necessidades, tratar e/ou cuidar de forma fragmentada, não é promover saúde	NÃO, porque não há tecnologia sem o homem, mas pode haver o homem promovendo o cuidar sem a tecnologia	Não. Isso implica de como cada um vê o mundo e aceita as transformações em relação a um posicionamento político da saúde na sua dimensão ampliada,	Não. O usuário é também um ser com características psicossociais, humanitárias e somente as doenças são dependentes de tecnologia.
S13	S14	S15	S16
Não, apesar desta tecnologia, tem o fator humano, como principal fator da produção de saúde.	Não, porque racionalmente o paciente busca a tecnologia, mas emocionalmente há a necessidade das ações que levam à humanização para que, juntos proporcionem o bem estar e promoção da saúde.	Não, para a promoção da saúde, há necessidade de um conjunto de práticas que viabilizem a mesma. O ser humano é um ser bio-psico-social, e seria muito restritivo a ele que só a tecnologia poderia promover saúde.	Não, porque a tecnologia precisa ser manipulada e interpretada.

S17	S18	S19	S20
Não, precisamos capacitados.	Não, porque a promoção da saúde é feita através de relacionamento entre pessoas(trabalhador de saúde e usuário.	Não - não respondeu	Não, há necessidade de utilização da sensibilidade humana do profissional da saúde para o cliente sentir-se acolhido, ouvido e ser participante de seu tratamento.
S21	S22	S23	S24
Não, porque tem que haver humanização nos cuidados e procedimentos.	Não, porque a educação, orientação e cuidados preventivos fundamentados em acolhimento e valorização da pessoa, leva à promoção de saúde.	Não, o contato com o indivíduo é insubstituível.	Não, porque na tecnologia da saúde, envolve relações humanas (comunicação), conhecimento (especialistas/profissionais) e equipamentos/ambiente; a junção das três que forma/fornece o tratamento ao paciente.
S25	S26	S27	S28
Não, considero importante o papel dos profissionais de saúde como educadores.	Para promoção da saúde não basta apenas avanços tecnológicos; muitas vezes a solução está em mudanças de hábitos, orientações quanto a alimentação equilibrada, apoio psicológico e social.	Não, é necessário lidar com as pessoas. Pessoas desgastam as outras, machucam, etc. O trabalho deve começar dentro dos colaboradores e eu sei que isso é possível...é trabalhoso mas possível.	Não, nada substitui as relações; é preciso equilíbrio entre as tecnologias reforçando sempre que o indivíduo precisa de produção de conhecimento tanto quanto das relações, do acolhimento.
S29	S30	S31	S32
Não, tem que ter uma boa gestão de pessoas para que toda "máquina" funcione.	Não porque uma boa conversa, atenção, saber ouvir o paciente, auxilia muito.	Não - não respondeu.	Não, porque com a experiência de 17a na assistência, presenciei, por várias vezes, o mesmo tratamento dispensado com respostas diferentes de indivíduo para indivíduo.
S33	S34	S35	S36
Não porque as pessoas ainda são chave na promoção da saúde, são elas que podem ser os elementos que promovem mudanças no comportamento e na	Não, se a relação com a máquina for de co-dependência e o mesmo não funcionar, como fica a assistência?	Não porque o paciente não é uma máquina; ele tem sentimentos.	Não, observamos que com a evolução tecnológica das condutas de saúde tem se distanciado do cliente e das queixas sociais e

<p>prevenção de doenças. A tecnologia de equipamentos auxilia principalmente no diagnóstico precoce ou no tratamento das doenças, mas não consegue atuar na prevenção</p>			<p>psicológicas, deixando difícil o processo da humanização.</p>
<p>S37</p>			
<p>Ouvindo a voz dos clientes que usam as tecnologias; se algo está ultrapassado, tem que haver investimento e uma programação para troca e substituição. Exemplos: camas manuais, postos de enfermagem sem local apropriado para acomodar materiais, quartos escuros, banheiros dos pacientes sem segurança, etc.</p>			

Q29) Como a área da saúde da UNICAMP poderia encontrar um ponto de equilíbrio entre inovações tecnológicas e promoção de saúde?

S1	S2	S3	S4
<p>Através de maior comunicação e relacionamento interpessoal</p>	<p>Integração de pesquisas bio-médicas à pesquisas de cunho mais educacional e humanista. Promover cultura de saúde. Promover estudos "multidisciplinares" com a mesma ênfase que são promovidos estudos "multicêntricos", algumas vezes desconexos das necessidades culturais</p>	<p>Penso que se investir mais em gestão de pessoas, aplicando alguns acertos administrativos tais como: pessoas certas nos lugares certos, com certeza obteremos resultado positivo, pois ainda há muito bons profissionais que vestem a "camisa" a UNICAMP</p>	<p>Com recursos humanos qualificados para manipular a tecnologia sem deixar de lado a parte humana</p>

S5	S6	S7	S8
<p>Aprimorando integração com AME's e Rede Básica; aprimorando a prática da clínica ampliada, reconhecendo a importância da integralidade do processo assistencial (cuidado com referenciamento, pós-consultas, orientações em alta hospitalar, atenção na coleta de dados e anamnese, etc); avaliando melhor a aplicação dos recursos, o custoXbenefício de determinado equipamento/procedimento/exame</p>	<p>Aprimoramento dos profissionais; oferecer possibilidades; ser facilitador; cuidar de quem cuida</p>	<p>Inserindo as diretrizes da PNH na formação dos profissionais; inserindo a necessidade de quebrar o paradigma da visão curativa da assistência e a impotência de prevenir e promover a saúde entre seus profissionais; no acolhimento dos alunos (internos, residentes, graduandos e escolas técnicas), colocar os conceitos sobre o uso adequado da tecnologia e a importância da promoção da saúde, pois na sua formação a visão curativa predomina</p>	<p>Trabalhando com educação permanente e promovendo comprometimento dos familiares dos pacientes com o tratamento; criação de uma equipe voltada somente para o acolhimento</p>
S9	S10	S11	S12
<p>Não percebo a inovação tecnológica no nosso hospital na forma que ocorre em instituições privadas de porte semelhante; as diversas áreas não recebem por parte da administração o mesmo tratamento em relação às tecnologias; coexistem distâncias enormes por exemplo enfermarias e UTI; o paciente deve ser visto como único e o mesmo em qualquer espaço que esteja necessitando ser visto em sua integralidade</p>	<p>O ponto de equilíbrio seria primeiro investir no cuidador, dando-se condições básicas para exercer a sua função; é gratificante introduzir as inovações tecnológicas, que harmoniosamente auxiliaria na promoção de saúde</p>	<p>Acredita que se as inovações tecnológicas estiverem pautadas nos conceitos da bioética com finalidade de buscar melhores cuidados na saúde para todos, mais resolutiva e responsável, dará certo. Na UNICAMP falta a "escuta"em todas suas vertentes</p>	<p>Treinamentos, seminários para desenvolvimento pessoal. A tecnologia foi criada e constantemente modificada para facilitar o trabalho dos integrantes que precisam da maior atenção para manter o equilíbrio. Introdução de várias terapêuticas além da medicina tradicional.</p>
S13	S14	S15	S16
<p>Treinamento, evolução tecnológica em equipamento, facilitando e respeitando o trabalho do profissional.</p>	<p>Em uma política, para todos os profissionais de desenvolvimento de competências e habilidades com foco na humanização - planejamento estratégico</p>	<p>Trabalhando mais sobre a ótica da multiprofissionalidade, incluindo esta discussão no conteúdo programático dos alunos de graduação, promovendo</p>	<p>Investindo em educação continuada sempre e investindo no desenvolvimento da tecnologia.</p>

	com a inserção de programas. Encontramos profissionais que infantilizam a pessoa adoecida, pensando que está humanizando a sua assistência, o que deixa os pacientes mais esclarecidos e com melhor formação, insatisfeitos com a assistência.	eventos/reflexões sobre essa maneira de trabalhar.	
S17	S18	S19	S20
Com a capacitação profissional.	Investindo não só em tecnologia dura como também em tecnologia leve(processos relacionais) e leve-dura(saberes que embasam as intervenções.	Capacitando a equipe multiprofissional.	Não esquecer o sujeito, valorizando suas queixas, sua clínica. Utilização racional das tecnologias evitando maiores danos aos pacientes.
S21	S22	S23	S24
Não sei responder essa pergunta, mas acho que o ser humano hoje, está muito carente de atenção, e há muita inovação tecnológica, e isso assusta as pessoas. Acho que o equilíbrio está em ser mais humano, dialogar mais, explicar, orientar mais.	Precisamos atualizar o nosso parque tecnológico, já está ficando ultrapassado; abrir novas frentes, dar mais espaço a nova qualidade de vida, ambiente mais natural, abordagem mais holística focada no paciente, nos profissionais e não na doença.	Informatizando o sistema, interligado com a rede pública.	A instituição deve estimular os profissionais, o lado humano (relação/comunicação) para poder oferecer um tratamento humanizado. Atualmente o foco está nos equipamentos/exames/ambiente; é preciso que todas as tecnologias andem juntas.
S25	S26	S27	S28
Não respondeu.	Formando grupos de trabalho para discussões dos pontos positivos e "negativos" das inovações tecnológicas.	Hoje só vejo o trabalho por uma determinada área. Vejo como um grupo em lidar com o profissional, trabalhando suas frustrações, seu papel dentro da instituição e sua maturidade em lidar com esse cuidar que é tão complexo e exigente de quem o executa.	Usando as tecnologias leve-duras, oferecendo o melhor para o seu usuário, usando saberes e práticas num processo de humanização.

S29	S30	S31	S32
Com novas políticas de gestão.	Através de um processo contínuo de momentos de discussão e reflexão entre os profissionais de enfermagem para que não perca de vista a essência da nossa profissão.	Treinamentos, capacitações, investimentos e alinhamento das propostas.	Com a formação, capacitação e sensibilização dos profissionais.
S33	S34	S35	S36
É um grande desafio, pois a aquisição de inovações tecnológicas traz visibilidade para o HC, no entanto, é preciso ter pessoas qualificadas para trabalhar com essas inovações e que principalmente saibam atuar em equipe multiprofissional com um plano terapêutico multiprofissional em busca dos melhores resultados para os pacientes.	Não respondeu.	As inovações tecnológicas trazem benefícios principalmente na área de diagnóstico, mas a promoção da saúde traz o bem estar ao paciente.	Retomando o envolvimento profissional; oferecendo melhorias na estrutura física; envolver e conscientizar a equipe médica à respeito da PNH; incentivar o servidor comprometido com a instituição; trabalhar com metas estruturadas para toda equipe multidisciplinar e interdisciplinar.
S37			
Não respondeu.			

ANEXO 1 - PARECER DO CEP/FCM/Unicamp

27

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 26/10/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 1017/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0793.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "POSSIBILIDADES E DESAFIOS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA CONTRIBUIR DE FORMA EFETIVA NA GESTÃO HOSPITALAR".
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Flora Marta Giglio Bueno
INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/10/2010
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/10/11 (O formulário encontra-se no site acima).

II - OBJETIVOS

Identificar as competências necessárias para que o profissional enfermeiro contribua de forma efetiva no processo de gestão hospitalar.

III - SUMÁRIO

Aplicar uma entrevista gravada e um questionário a ser respondido por 22 profissionais da área de saúde que estão envolvidos com a direção/gestão de atendimento no complexo Hospitalar da UNICAMP.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto de doutorado bem redigido, embasado na literatura e com objetivo claro. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

27 - 1 -



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

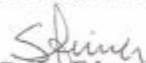
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de outubro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

ANEXO 2

ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO – HC UNICAMP

Relatório internações Geral

2013 (clique para alternar a visibilidade)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Número de internações	1306	1067	1243	1364	1275								6255
Média Diária de internações	2.87	2.52	2.98	3.20	3.14								2.94
Média Diária de Pacientes	351.64	349.64	361.67	370.63	363.54								359.42
Porcentagem de Ocupação	83.92	83.44	86.31	88.45	86.76								85.78
Quantidade de Pacientes Dia	10901	9790	11212	11119	11270								54292
Média de Permanência	9.02	9.23	8.94	8.24	8.52								8.79
Coefficiente Morte Hospitalar	5.71	7.35	5.18	6.89	6.90								6.39
Coefficiente Especifico Morte Hospitalar	4.47	5.18	3.99	4.07	6.12								4.89

2012 (clique para alternar a visibilidade)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Número de internações	1293	1182	1351	1163	1311	1205	1304	1314	1188	1312	1172	1113	14908
Média Diária de internações	2.77	2.83	3.23	2.82	2.99	2.94	3.01	3.15	2.80	3.15	2.79	2.87	2.95
Média Diária de Pacientes	363.74	356.55	374.08	365.73	371.03	367.53	366.48	370.41	368.73	367.80	354.83	336.45	363.61
Porcentagem de Ocupação	86.81	85.09	89.27	87.28	88.55	87.71	87.46	88.40	88.00	87.78	84.68	80.29	86.78
Quantidade de Pacientes Dia	11276	10340	11596	10972	11502	11026	11301	11483	11082	11402	10645	10430	133095
Média de Permanência	9.64	8.66	8.53	9.23	9.13	8.90	8.94	8.66	9.37	8.59	9.05	8.60	8.94
Coefficiente Morte Hospitalar	6.92	6.20	7.21	5.21	7.54	7.26	7.00	4.30	7.28	5.87	5.27	6.51	6.38
Coefficiente Especifico Morte Hospitalar	5.30	4.69	5.22	4.12	5.08	4.76	5.98	3.39	5.25	4.44	3.91	4.70	4.74

Cirurgias Realizadas

Coeficiente de Letalidade e Mortalidade dos Centros Cirurgicos

2013 (clique para alternar a visibilidade)

Total Cirurgias HC	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	1179	1000	1114	1252	1238								5783

Centro Cirúrgico Ambulatorial	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	426	370	425	524	569								2314

Centro Cirúrgico Central													
ELETIVO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	468	375	427	479	422								2171
Óbitos	3	3	4	5	3								18
Coeficiente de Letalidade	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00								0.01
Coeficiente de Mortalidade	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00								0.00
URGÊNCIA	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	285	255	262	249	247								1296
Óbitos	9	19	6	21	19								74
Coeficiente de Letalidade	0.03	0.07	0.02	0.08	0.07								0.27
Coeficiente de Mortalidade	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01								0.03

2012 (clique para alternar a visibilidade)

Total Cirurgias HC	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	1151	1103	1322	1076	1281	1151	1268	1300	1086	1373	1012	953	14175

Centro Cirúrgico Ambulatorial	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	443	410	522	435	518	461	491	580	400	577	367	327	5531

Centro Cirúrgico Central													
ELETIVO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	445	401	493	394	461	422	446	533	402	491	379	352	5239
Óbitos	1	0	3	2	7	2	0	5	4	4	4	0	32
Coeficiente de Letalidade	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02
Coeficiente de Mortalidade	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
URGÊNCIA	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgias Efetuadas	263	292	307	247	282	268	331	296	284	305	266	274	3405
Óbitos	19	23	14	9	16	10	21	7	10	11	10	15	165
Coeficiente de Letalidade	0.07	0.07	0.04	0.03	0.05	0.03	0.06	0.02	0.03	0.03	0.03	0.05	0.51
Coeficiente de Mortalidade	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.06

Exames de Laboratório e Imagem

Totais Anuais									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total Laboratório	1.760.975	1.950.981	2.034.537	1.997.948	2.172.063	2.349.857	2.696.760	2.747.384	2.713.164
Total Radiologia	117.438	126.992	123.923	121.840	125.612	130.332	131.266	134.813	151.689

2012 (clique para alternar a visibilidade)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Exames Laboratoriais	228.362	195.046	243.846	214.236	230.208	218.731	241.116	246.063	226.166	247.060	221.088	192.242	2.713.164
Exames Radiologia	10.508	13.014	11.692	10.739	18.556	12.623	12.956	13.786	12.363	13.657	11.624	10.171	151.689
Totais	238.870	208.060	255.538	224.975	257.764	231.354	254.072	259.849	238.529	260.717	232.712	202.413	2.864.853

Atendimentos

Totais Anuais									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Consultas Urgências/Emergências	72.403	75.871	76.856	76.121	76.143	78.640	100.286	80.291	
Consultas Ambulatoriais	282.353	273.700	249.060	247.478	237.974	242.468	236.066	259.408	
Procedimentos Especializados	1.781.967	1.982.953	2.007.345	1.938.562	2.083.689	2.183.695	2.318.901	2.452.488	

2011 (clique para alternar a visibilidade)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consultas Urgências/Emergências	6.930	6.901	7.450	7.469	6.212	5.533	5.596	5.954	6.645	6.779	6.634	6.188	80.291
Consultas Ambulatoriais	18.681	21.102	23.138	20.150	27.564	22.846	23.476	27.522	20.209	19.429	20.536	14.755	259.408
Procedimentos Especializados	211.898	195.522	208.616	204.309	226.470	206.198	210.266	221.815	212.258	200.550	196.887	157.499	2.452.488
Totais	237.509	223.525	239.404	231.928	260.246	234.577	239.338	255.291	239.112	226.758	226.057	178.442	2.792.187

Transplantes

2013 [\(clique para alternar a visibilidade\)](#)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
TRANSPLANTE CARDIACO	2		2	1	1								6
TRANSPLANTE DE CORNEA	9	7	8	6	7								37
TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	4	1	5	2									12
TRANSPLANTE HEPATICO TOTAL	1	5	4	5	6								21
TRANSPLANTE RENAL	12	7	11	8	12								50

2012 [\(clique para alternar a visibilidade\)](#)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
TRANSPLANTE CARDIACO	2	1	2	1	1	1	1		3	1	1		14
TRANSPLANTE DE CORNEA	3	7	8	4	10	3	11	10	2	7	7	8	80
TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	5	5	7	5	3	4	6	5	2	6	3	2	53
TRANSPLANTE HEPATICO TOTAL	6	4	3	1	3	3	3	3	5		4	3	38
TRANSPLANTE RENAL	9	12	7	7	6	6	4	9	8	5	8	6	87

Nutrição

2012 (clique para alternar a visibilidade)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Refeições	82.778	80.785	89.726	89.070	90.514	90.732	91.483	90.288	88.334	89.725	91.125	90.773	1.065.333
Almoço	23.426	22.535	25.606	25.327	23.899	24.395	24.770	24.417	23.308	24.014	24.933	25.445	292.073
Jantar	14.884	18.227	18.463	18.107	18.235	18.033	18.645	17.754	17.418	17.982	19.104	17.788	212.580
Desjjum	12.969	12.745	14.136	13.195	13.248	13.693	13.956	13.715	13.206	13.095	12.969	11.936	158.863
Merenda	10.281	9.283	9.666	9.858	9.847	9.978	9.929	9.899	9.388	10.601	9.964	9.890	118.584
Ceia	7.884	7.827	8.501	9.034	9.488	9.971	8.685	9.556	9.253	9.468	9.731	9.114	108.512
Sondas	10.620	8.436	9.900	9.881	11.296	10.273	10.587	9.825	11.703	10.619	10.888	13.070	127.098
Mamadeira/Papa	2.734	3.732	3.454	3.668	4.501	4.389	4.911	5.122	4.060	3.966	3.536	3.550	47.623