

**FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM
CONTABILIDADE, ECONOMIA E FINANÇAS – FUCAPE**

CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO

PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS

EM HOSPITAIS: um estudo comparativo entre os contextos público e
privado.

**VITÓRIA
2011**

CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO

**PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS EM
HOSPITAIS:** um estudo comparativo entre os contextos público e
privado.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração – Nível Acadêmico, na área de concentração Gestão de Pessoas.

Orientador: Profº Dr. Moisés Balassiano

**VITÓRIA
2011**

CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO

**PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS EM
HOSPITAIS:** um estudo comparativo entre os contextos público e
privado.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração na área de concentração Gestão de Pessoas.

Aprovada em 03 de Junho de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº Dr. MOISÉS BALASSIANO
**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade,
Economia e Finanças - FUCAPE**

Profº Dr. VALCEMIRO NOSSA
**Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade,
Economia e Finanças - FUCAPE**

Profª Drª. DENISE SALLES
Universidade Federal Fluminense - UFF

Aos meus Pais: Antônio e Mabel, por me
ensinarem o valor da educação!

Ao meu querido e amado esposo,
dedico esse trabalho, em sua totalidade:
Meu porto seguro, minha razão de ser!

AGRADECIMENTOS

Um dia, ao sair da faculdade, comecei a listar as pessoas que fariam parte da página de agradecimentos deste trabalho. Não me dei conta da quantidade de pessoas! Em poucos segundos, preencheram uma folha em branco. Nesse momento me senti feliz, pois sem a participação de cada pessoa citada, talvez eu não tivesse obtido o sucesso deste trabalho.

Em primeiro lugar, meu agradecimento, em especial ao Senhor Deus que em toda sua majestade, pode me dar condições físicas, psicológicas, emocionais para concretizar esse trabalho. Sei que “todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus” (Rm 8.28), fico grata pelo carinho do Senhor com a minha pessoa.

Aos meus pais queridos, sem seus ensinamentos e perseverança em me formar como filha; pessoa; profissional; esposa e mãe, não teria adquirido o mérito de alcançar esse sucesso, que dedico a vocês dois. A razão da minha vida é vocês!

À minha filhinha Bela que, em seu pequeno entendimento, não compreendia porque mamãe sempre estava um pouco ausente, lendo, com o computador ligado e o pensamento em outro lugar. Peço perdão por ter me abdicado de momentos maravilhosos dos quais não participei. Agradeço suas preciosas orações.

Ao meu querido esposo, minha injeção de vida, a razão de tudo isso ter acontecido e chegado até aqui. Amor, você é tudo para mim!

Aos meus irmãos, tão queridos Juliana e André, dois exemplos para minha vida. Juliana, um exemplo de enfermeira para mim. “Quando crescer quero ser como você!” André, nossa união está atrelada ao olhar, aos pequenos gestos. Amo vocês!

Aos meus queridos sogros, pela presença e apoio nos finais de semana que estive em Aimorés e me dediquei exclusivamente aos estudos e vocês cuidaram carinhosamente da Bela. À minha cunhada Juliana, pela presença e apoio.

À Priscila, pela presença constante, pelo cuidado conosco e com o meu lar. Agradeço por ter trago tranquilidade para nós.

Ao Professor Alfredo, grande mestre que me indicou o caminho a percorrer e através de seus sábios ensinamentos pude compreender a complexidade do assunto abordado.

Ao meu querido professor Moisés, tomo a liberdade de considerá-lo amigo, por todas as vezes que me acolheu em seu escritório, nas orientações que ao final pareciam ser bem mais leves e tranquilas, diante dos conselhos, das palavras e do apoio psicológico. Obrigado por ter aceitado a orientação desse trabalho e compreendido todas as situações embaraçosas pelas quais passei.

Ao Hospital Santa Casa, às minhas colegas enfermeiras e meus queridos funcionários, em especial minha secretária Juliana (peço desculpa por tomar posse de vocês).

À Alta Gestão do Hospital Santa Casa, em especial às Dr^a Penha e Dr^a Regina, que tiveram participação, essencial nesse trabalho. Agradeço à Dr^a Penha, por ter me dispensado para o mestrado e por estar permitindo que o ambulatório se tornasse um laboratório para meu crescimento gerencial. À Dr^a Regina, pela abertura de estudo no hospital público, pelo convite de trabalhar na Santa Casa e pelas sessões de terapia nas caronas matinais.

Aos meus mestres da FUCAPE, da PUC e da FGV, que contribuíram para minha formação profissional e acadêmica. Em especial à minha professora Martha Santos (*in memoriam*), que foi exemplo de enfermeira.

Ao meu avô Duduca (*in memoriam*), que se estivesse conosco, estaria vibrando orgulhoso com essa conquista: sempre nos incentivou a estudar e primava pelo título de Doutor. Estou no caminho.

Ao meu querido Tio João, gostaria de trazer à memória um momento marcante: - *Uma manhã nas férias em Nova Venécia, no quarto adaptado na varanda da vovó, onde conversávamos sobre futuro profissional, eu na flor da adolescência, escutava-o falando das enfermeiras chefes de São João da Boa Vista e Campinas, sobre suas responsabilidades, autonomia, reconhecimento organizacional e salarial.* Nem sabe ele que aquelas palavras foram um pontapé inicial para o despertar da minha profissão.

Aos funcionários e diretores dos Hospitais pesquisados, por terem contribuído para a elaboração desse trabalho.

Aos meus colegas e funcionários da FUCAPE, em especial Michaela, Josélia e Mário Broetto e ao Márcio Pessoa da biblioteca. Sentirei saudades!

Ao meu grupo de oração, pelos nossos encontros semanais que me fortaleciam cada vez mais para a finalização desse trabalho, em especial à Cida, irmã de oração.

Às minhas grandes amigas Catarina, Francine, Letícia e Fátima, pelos conselhos, presença e cuidado. Amo muito cada uma de vocês. Vocês preenchem minha vida aqui no Espírito Santo.

A todos vocês meu amor e respeito!

Gerenciar é muito mais que exercer poder e privilégios;

É muito mais que “fazer acordos”.

Gerenciar afeta as pessoas e suas vidas.

Tanto na empresa como em muitos aspectos.

A prática da Gerência merece nossa maior atenção;

Ela é digna de ser estudada.

“Peter Drucker”

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender e comparar o processo de trabalho gerencial realizado por enfermeiros que atuam como gestores em duas instituições hospitalares de médio porte em um município da Grande Vitória-ES, articulando suas práticas gerenciais ao contexto em que estão inseridos, considerando, as esferas pública e privada, sob a ótica dos enfermeiros gestores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, justificada pela subjetividade contida no cotidiano gerencial dos enfermeiros, considerando todo o contexto da organização hospitalar em que estão inseridos. Os depoimentos dos enfermeiros gestores se deram por meio de entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se quatro categorias de análises: I - Abordagem de aspectos gerenciais, II – Contexto hospitalar em que o gestor está inserido, III - Gestão de pessoas, IV - Aprendizado gerencial. As discussões dos resultados apontam que a gestão de enfermagem está intrinsecamente relacionada à gestão de pessoas, de forma participativa, flexível e democrática, apesar das dificuldades de relacionamento interpessoal. O gerenciamento dos enfermeiros é diretamente afetado pelo contexto e direcionamento dos hospitais em que estão inseridos. O estudo revelou que o tipo de atividade realizada (gestão/assistência) é direcionada pela conjuntura hospitalar. No hospital público essa atividade é mista devido ao quadro de funcionários insuficiente. Mesmo sem realizarem atividades assistenciais, os gestores do hospital privado, assim como os do público, relataram que a assistência faz parte do processo gerencial, direcionando cada vez mais a integração de assistência/gerência. Os enfermeiros possuem dificuldades no uso de ferramentas gerenciais, justificadas pela pouca bagagem teórica e pouca experiência profissional. Assim, os hospitais contribuem e direcionam na formação gerencial dos enfermeiros-gestores.

Palavras Chave: Gestão Hospitalar, Enfermagem, Gestor de Saúde, Administração-Hospitalar.

ABSTRACT

This study aimed to understand and compare the process of management work as performed by nurses acting as managers in two midsize hospitals in Vitoria-ES, articulating their management practices to the context in which they live, considering the public and private spheres, from the perspective of nurse managers. This is a qualitative research, justified by the subjective aspects underlying the nurse's managerial routine, and considering the context of the organization they are inserted in. The statements of the nurse managers were given by semi-structured interviews, using four categories of analyses: I - Approach of managerial aspects, II – Hospital context that the agent is inserted in, III – People management, and IV - Managerial learning. The arguments of the results show that nursing management process is intrinsically related to people management, in a democratic, flexible, and participatory way, in spite of the difficulties of interpersonal relationship. Nurse's management process is straightly affected by the context and addressed by the hospitals they are inserted in. The study reveals that the type of activity done (management/ assistance) is dictated by the hospital situation. In the public hospital this activity is mixed because of the shortage of staff members. Even without caring out assistance activities, nurses-managers in the private hospital, as well as in the public one, related that the assistance is part of the managerial process, directing increasing integration between assistance and management. The nurses have difficulties in the use of managerial tools, justified by the lack of theoretical background and little professional experience. Therefore, the hospital contributes and directs the managerial formation of the nurse-manager agents.

Keywords: Hospital Management, Nursing, Health Manager, Hospital-Administration

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - <i>CONTINUUM</i> DOS GRAUS DE BUROCRATIZAÇÃO	43
FIGURA 2 - VALORES DO HOSPITAL ALFA	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - MITOS E VERDADES SOBRE AS FUNÇÕES GERENCIAIS	40
QUADRO 2 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR QUANTO AO PORTE	65
QUADRO 3 - PANORAMA COMPARATIVO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS ...	83
QUADRO 4 - PERFIL DOS GESTORES DO HOSPITAL ALFA	85
QUADRO 5 – PERFIL DOS GESTORES DO HOSPITAL BETA	87
QUADRO 6 – PANORAMA COMPARATIVO DO PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO PÚBLICO E PRIVADO.....	112

LISTA DE SIGLAS

CC – Centro Cirúrgico

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEP- HINSG/SESA – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil
Nossa Senhora da Glória da Secretaria Estadual de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CME – Central de Material Estéril

CNE/CES – Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação
Superior

CNES/MS – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde –
Ministério da Saúde

COFEN – Conselho Federal em Enfermagem

CTI- Centro de Terapia Intensiva

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

E.S. – Espírito Santo

EUA – Estados Unidos da América

INOVAHOSP- Programa de Melhoria na Qualidade da Assistência
Hospitalar

MEC – Ministério da Educação

M.S. – Ministério da Saúde

MV 2000 - Empresa de Software, Consultoria e Sistema de Gestão de
Saúde

PE – Planejamento Estratégico

PID – Programa de Internação Domiciliar

PS – Pronto Socorro

PSF – Programa Saúde da Família

RT – Responsável Técnico

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

SAME – Serviço Ambulatorial Médico e Estatístico

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Neonatal

UTIP – Unidade de Terapia Pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1 PRINCIPAIS ABORDAGENS DA FUNÇÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO HOSPITALAR	25
2.2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA GERÊNCIA DA ENFERMAGEM	49
2.3 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A DIMENSÃO GERENCIAL	55
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	61
3.1 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	62
3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO	63
3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS	66
3.4 FONTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	67
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS	69
3.6 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....	72
4. RESULTADOS E ANÁLISES DA PESQUISA – ANÁLISE DOS DADOS	73
4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS HOSPITAIS PESQUISADOS.....	73
4.1.1 Hospital ALFA (Contexto Privado)	73
4.1.2 Hospital BETA (Contexto Público)	77
4.2 PANORAMA COMPARATIVO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS	83
4.3 PERFIL DOS GESTORES DE ENFERMAGEM	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS.....	118
ANEXO A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	124

ANEXO B – ORGANOGRAMA HOSPITAL ALFA.....	125
ANEXO C - ORGANOGRAMA HOSPITAL BETA	126
APÊNDICE A – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA ENCAMINHADA AOS HOSPITAIS	127
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	129
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132

Capítulo 1

1 INTRODUÇÃO

A administração dos hospitais e dos serviços de saúde vem sendo realizada de forma amadora, tornando-se incontestável a necessidade de explorar a profissionalização administrativa (NETO; MALIK, 2011; MEZOMO, 2001). Diante dessa forma de gerenciamento, é importante ressaltar que os processos de gestão são fundamentais para a garantia da consecução dos objetivos das instituições da área da saúde (NETO; MALIK, 2011; MEZOMO, 2001).

Considerando a mobilidade e a necessidade do mercado na área da saúde, a gestão tem ficado cada vez mais evidente e os hospitais estão preocupados com a eficiência (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

No setor da saúde, os hospitais carecem cada vez mais de gestores competentes que alcancem os objetivos traçados pelas organizações, com foco na eficiência (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; NETO; MALIK, 2011). A enfermagem é uma categoria que está intrinsecamente envolvida nos processos de trabalho hospitalares e os enfermeiros são considerados atores-chaves nesse processo (BRITO; MELO, 2004).

No processo de trabalho gerencial do enfermeiro estão a organização do trabalho e os recursos humanos por meio de um conjunto de instrumentos inerentes à gestão, tais como: planejamento, supervisão, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção, educação continuada/permanente aliados à saberes administrativos (KURCGANT, 2005).

Diante dessas necessidades, os enfermeiros vêm assumindo e adquirindo postos de trabalho com maior autonomia, complexidade e responsabilidade administrativa, redirecionando um novo papel do profissional enfermeiro diante das relações de saúde em organizações hospitalares (CHAVES, 2005).

A enfermagem, com as suas classes de função (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) no âmbito hospitalar, representa um grupo de trabalho que determina o desenvolvimento e o funcionamento da organização, sendo incontestável a competência do enfermeiro como gestor, assumindo a gestão de pessoas no alcance da potencialidade da equipe de enfermagem, contribuindo para melhor performance dos hospitais (BRITO; MELO, 2004; NETO; MALIK, 2011).

Nesse sentido, o enfermeiro lida constantemente com questões que abrangem uma série de complexidades, pautada não apenas no fato de lidar com pessoas, mas também com o ambiente que o cerca (NETO; MALIK, 2011).

Relacionar-se com pessoas é uma condição *sine qua non* do enfermeiro gestor. Uma relação envolta de pacientes (grande maioria em estado convalescente), um contingente considerável de funcionários da área da enfermagem (muitas vezes desgastados pelo estresse, dupla jornada de trabalho e absorção do estado de saúde dos pacientes), equipe médica com sua presença marcante, pautada nas relações de poder entre outros profissionais, todos envolvidos no processo saúde/doença do paciente/cliente (NETO; MALIK, 2011; BRITO; MELO, 2004; LIBERALI; DALLA'AGNOL, 2008; SOUZA; SOARES, 2006).

Há de ressaltar que, em meio às atividades executadas, o enfermeiro lida também como gerenciador de conflitos (dos diversos atores envolvidos), bem como gerenciador dos processos de saúde, envolvendo aspectos que abrangem a liderança, o controle, a ordem, a previsão e provisão de materiais, de medicamentos,

insumos, equipamentos, dimensionamento de pessoal, controle de despesas e custos, capacitação, dentre outros, alinhados aos objetivos organizacionais (MELO et al., 1996; SOUZA; SOARES, 2006).

Relacionar-se com pessoas é uma arte. Arte de pensar, de decidir, de agir, de fazer acontecer, de obter resultados e lidar com saúde, é a arte de lidar com pessoas. Considerando que as pessoas entram nas organizações com seus valores, crenças e objetivos embutidos e dessa forma encravam formas de trabalhos subjetivas (MOTTA, 1999; DAVEL; VERGARA, 2001).

No tocante ao gerenciamento de pessoas, o gestor tem que ter sensibilidade para trabalhar com a manifestação das individualidades e das potencialidades, adquirindo a garantia de confiança das pessoas, para sustentar os requisitos de transformações organizacionais (DAVEL; VERGARA, 2001).

Nesta configuração, Davel e Vergara (2001) vão mais além, no tocante aos processos de gestão de pessoas e exploram a expressão: gestão com pessoas, onde a subjetividade e objetividade caminham em diferentes abordagens na gestão organizacional e o enfermeiro assume um papel marcante diante da relação multiprofissional nas organizações hospitalares.

Relacionar-se com pessoas significa lidar com a essência da organização, elas conferem vitalidade às atividades e aos processos, inovam, criam e recriam, levando a organização a ter vantagem competitiva. Se as organizações souberem explorar esse potencial humano, elas podem estar com a chave do sucesso nas mãos (DAVEL; VERGARA, 2001).

Considerando todo esse contexto que cerca os gestores de enfermagem, a formação e profissionalização gerencial na enfermagem são importantes para a

mudança de paradigmas nas práticas gerenciais nas organizações de saúde (RESCK; GOMES, 2008).

Melo et al (1996) verificaram que as enfermeiras sentem dificuldades no uso de ferramentas de gestão, alegando falta de um instrumento, de embasamento teórico e de conhecimento técnico sobre o assunto.

O assunto abordado neste trabalho foi motivado pelo fato da pesquisadora ser gestora em uma unidade hospitalar, com experiências profissionais que despertaram a busca deste estudo, bem como na experiência como docente, quando pôde ser observado o processo de articulação entre o ensino e a prática gerencial dos discentes.

Pode-se perceber que o enfermeiro gestor é considerado uma peça fundamental nos processos decisórios institucionais e que qualquer mudança organizacional deve perpassar por ele, considerando que o maior contingente de pessoal está sob sua responsabilidade (NETO; MALIK, 2011; BRITO; MELO, 2004; LIBERALI; DALLA'AGNOL, 2008, SOUZA; SOARES, 2006).

Há de considerar também sua figura como intermediador. O enfermeiro gestor posiciona-se entre os desejos e objetivos organizacionais e a responsabilidade de disseminá-los junto ao pessoal de enfermagem (NETO; MALIK, 2011).

Esse profissional, na função de gerente, sofre pressões únicas no sistema organizacional no alcance de resultados e inserção e garantia de continuidade de normas pré-estabelecidas (MOTTA, 1999).

Existe uma oportunidade, uma confiança da alta gestão hospitalar depositada nesse profissional e uma tendência para que alguns enfermeiros trilhem este caminho. Cabe aos enfermeiros que atuam na área da gestão permanecer com esse

caminho aberto, pela sua profissionalização, habilidades e competências, que fazem o diferencial nesse âmbito.

As atividades administrativas realizadas pelos enfermeiros não se justificam como opção pessoal e sim como uma determinação social (MELO, 2003). Melo (2003) destaca a importância de o enfermeiro assumir esta função por meio de vontade própria.

A função gerencial implica domínio de conhecimentos técnico - administrativo por parte de quem a executa, e deve ser considerada a compreensão da dinâmica das determinações sociais presentes na organização dos serviços de saúde (MELO, 2003). Melo (2003) explicita que:

Há enfermeiros que agem sob o domínio da cotidianidade, sem qualquer reflexão, ou seja, reproduzindo uma prática sem criatividade. Estes enfermeiros se prestam a assumir papéis previamente definidos pelas Instituições, com a finalidade de reproduzir as relações sociais, mascarar as contradições decorrentes e evitar qualquer comportamento novo. Porém, há outros que se aventuram na busca de novos conhecimentos, trazendo-os para o cotidiano de uma forma original e criativa (MELO, 2003, p. 80).

Mediante essa condição social, o meio hospitalar vai definindo práticas de trabalho que ficam incrustadas no gerenciamento realizado pelos enfermeiros, e automaticamente transferindo e interferindo na formação de enfermagem dos discentes. Reproduzindo-a em forma circular, onde o aluno pratica o que aprende no campo hospitalar. O hospital como instituição social assume uma função de formador na área de saúde (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; BRITO et al., 2005).

Melo (2003) aponta a dificuldade que os egressos enfrentam no mercado de trabalho onde os enfermeiros tradicionalmente foram formados desde muito tempo para serem submissos à hierarquia hospitalar. A autora aborda dificuldades pessoais, tais como: a insegurança, medo de perda do emprego, interferindo na

ousadia dos enfermeiros e acomodando nas exigências institucionais (MELO, 2003, p. 85).

Brito (2005) destaca que o despertar para função gerencial pode ter origem pessoal, diante das experiências adquiridas no processo ensino-aprendizagem ou na prática profissional. Quanto ao gerenciamento realizado pelo enfermeiro *in lócus* hospitalar, outra questão a ser considerada, é a existência da distância da prática gerencial em relação à teoria (BRITO, 2005; CHAVES; BRITO, 2005).

As análises sobre essas questões são importantes por gerarem reflexões na formação do profissional enfermeiro. Percebe-se no cotidiano, que os discentes não possuem visão voltada para a área de gestão em enfermagem, nem demonstram a devida importância. A distância do que se aprende em gestão e a sua execução na prática merece destaque. Os alunos possuem dificuldade de associá-las, promovendo distorções acerca do gerenciamento na área da enfermagem (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

No trabalho proposto foi tratado o seguinte problema: **Como são articuladas as práticas de gestão realizadas pelos enfermeiros aos contextos hospitalares?**

O termo gestão, conforme sugestão de Motta (1999, p. 13), será utilizado neste trabalho como alusão de sua generalidade e pureza moderna e ainda não desgastado por uso e desuso a exemplo dos sinônimos administração e gerência, apesar destes, aparecerem ao longo desse trabalho diante do referencial teórico que utiliza tais termos. Outra consideração é que, no Brasil, tais termos significam qualquer posição de direção e chefia, com responsabilidade tecnológica administrativa em organizações públicas e privadas (MOTTA, 1999).

A pesquisa realizada foi orientada nas práticas de gestão e não ao tipo de gênero, o termo enfermeiro será designado ao ator gerencial. É visto que no referencial teórico pesquisas como de Chaves (2005) e Kurcgant (1995; 2005; 2009), Cunha e Neto (2006) e Brito (2004; 2005; 2008), foram relatadas apenas com as enfermeiras, considerando ser a enfermagem uma profissão hegemonicamente e historicamente feminina.

Na evolução da história da saúde as enfermeiras já possuem participação na assistência ao paciente de forma holística e estão cada vez mais ocupando uma das lacunas existentes nas instituições de saúde que são os cargos administrativos (CHAVES; BRITO, 2005). Dessa forma, faz-se necessária a compreensão do papel das enfermeiras neste contexto.

Diante do problema de pesquisa traçado, foi definido o seguinte objetivo geral:

- O objetivo do estudo proposto é compreender e comparar o processo de gestão realizado por enfermeiros que atuam como gestores em duas instituições hospitalares de médio porte em um município da Grande Vitória-ES, articulando suas práticas gerenciais ao contexto em que estão inseridos, considerando os contextos público e privado.

Para alcançar o objetivo geral proposto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o perfil dos enfermeiros-gestores;
- Identificar e confrontar as práticas de gestão dos enfermeiros-gestores dos hospitais pesquisados;
- Delinear os processos de gestão realizados pelos enfermeiros de acordo com aspectos das teorias da administração da Escola Clássica:

Administração Científica, Teoria da Burocracia e da Gestão Contemporânea;

- Conhecer as características organizacionais das instituições estudadas, correlacionando-as ao gerenciamento dos enfermeiros-gestores.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, visando à compreensão mais aprofundada dos processos gerenciais dos enfermeiros gestores em dois hospitais de médio porte em distintos contextos, sendo um público e outro privado.

O instrumento norteador da pesquisa foi delineado por meio de entrevistas semi-estruturadas que continham os objetivos da investigação. Os dados coletados foram analisados em grade temática, sob a ótica de grandes categorias e subcategorias, procedendo-se à análise de conteúdo.

Os resultados apontam para a existência de alguns aspectos gerenciais divergentes e outros convergentes, quando considerado o contexto hospitalar analisado, sob a ótica de análise de teorias da administração: clássica, científica, contemporânea e da teoria da burocracia.

A relevância deste estudo está pautada nas contribuições a respeito da compreensão do papel dos enfermeiros como gestores nas organizações hospitalares, onde a prática gerencial trará contribuições na atuação do enfermeiro-gestor em dois contextos diferentes: público e privado.

Que será delineado na divergência ou convergência das práticas de trabalho, pautado nas relações de trabalho, bem como na forma de gerenciamento perante aspectos das teorias da administração.

A compreensão do processo de gestão em enfermagem no trabalho proposto trará contribuição na forma de gerenciar dos gestores, considerando que eles influenciam a formação de novos enfermeiros e promovem a perpetuidade de uma práxis administrativa adotada pelos hospitais, bem como poderá ser fonte de reflexão para esses gestores.

Além da Introdução, essa discussão está estruturada em quatro capítulos:

- Capítulo 02 – Fundamentação Teórica: Elaborada para embasar as delimitações do estudo, composta por três eixos, o primeiro aborda aspectos da função gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar sob a ótica das teorias da Escola Clássica: Administração Científica, Teoria da Burocracia e da Gestão contemporânea. O segundo eixo aborda a construção histórica da gerência na área da enfermagem e o terceiro aborda a formação do enfermeiro para a dimensão gerencial.
- Capítulo 03 – Procedimentos Metodológicos: São apresentados os caminhos percorridos para a consecução dos resultados.
- Capítulo 04 – Resultados e Análises dos Dados: Descrição da Análise da pesquisa à luz do referencial teórico;
- Capítulo 05 – Considerações Finais: Explanação do alcance dos objetivos traçados, orientado pelas conclusões. Foram delineadas as limitações da pesquisa e sugestões para futuros trabalhos.

Capítulo 2

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PRINCIPAIS ABORDAGENS DA FUNÇÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Este capítulo associa a gestão hospitalar realizada por enfermeiros gestores com a abordagem nas teorias da administração, envolvendo aspectos da escola clássica, envolvendo: teoria científica, teoria da burocracia e a gestão contemporânea. Tais associações são importantes para fundamentar os resultados deste estudo.

Abordar o gerenciamento hospitalar realizado por enfermeiros é pertinente para o embasamento e compreensão deste estudo. Nas organizações hospitalares estão alocados os enfermeiros-gestores, que são atores envolvidos em um sistema de influências históricas, sociais, econômicas e políticas (KURCGANT, 2005).

Feuerwerker e Cecílio (2007) reforçam que sobrevive o hospital que produz melhores produtos por meio de uma agressiva política de incorporações tecnológicas e um crescimento de aperfeiçoamento e controle de seus processos internos. Desta forma faz-se necessária a profissionalização de pessoas capacitadas que atuem nas instituições hospitalares à frente dos processos de gestão para impulsionar a incorporação de tecnologias na organização.

Diante da necessidade de profissionais que assumam postos de controle nas instituições hospitalares estão os enfermeiros assumindo papéis autônomos com responsabilidade de alcançar a visão e missão organizacional (NETO; MALIK, 2011).

As atividades administrativas realizadas por enfermeiros têm sido observadas ao longo dos anos no exercício da profissão, estão regulamentadas legalmente pela lei 7.498/1986. Esse crescimento se deve ao preenchimento de uma lacuna aberta nos serviços de saúde.

As instituições hospitalares estão em busca da inserção de tecnologias avançadas e de ponta, equipamentos para a prestação de procedimentos (que é um diferencial) ou mesmo a inserção de gestão tecnológica em informação, importante na reorganização gerencial dos hospitais, tendo em vista a necessidade de sobrevivência dos mesmos no setor de saúde, bem como a competitividade entre as organizações (CHAVES, 2005).

Chaves (2005), explica a reorganização das organizações hospitalares oriunda das inovações presentes no mercado, onde os dirigentes se sentem pressionados para a revisão de padrões antigos, para adaptação de formas de gestão e processos de trabalhos dinâmicos e ágeis, capazes de modificar as estruturas da organização, a fim de alcançar a sobrevivência e eficiência.

Neste contexto, o lugar dos hospitais na formação em saúde e as demandas dos próprios em relação à formação de profissionais para atenção e gestão hospitalar estão em processo de redefinição, tendo em vista a busca por qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos nos sistemas de saúde (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Não basta apenas que os gestores possuam domínio técnico administrativo. É necessário encontrar gestores que possuam habilidades complexas, com capacidade analítica, de julgamento, de decisão, de liderança e com disposição de enfrentar riscos e trabalhar com incertezas (MOTTA, 1999).

Considerando as características do gestor, Davel e Vergara (2001) definem o gestor como um sujeito com capacidade de lidar com um conjunto de saberes, saber-fazer e saber-ser, onde a subjetividade cria uma dimensão valorosa nas organizações.

Nessa função, as práticas gerenciais do enfermeiro estão voltadas fundamentalmente, para o aumento da produtividade e da competitividade da organização. Focando a produtividade e competitividade, cabe ao enfermeiro gestor tanto o controle de gastos e despesas como a capacitação de pessoal, no auxílio da organização no tocante a gestão financeira (BRITO, 2005).

O papel de capacitação de pessoal é de suma importância para o enfermeiro, considerando que a enfermagem representa o maior número de profissionais no quadro de pessoal das instituições hospitalares e que são as pessoas que mobilizam a maior quantidade de recursos (material, equipamentos e insumos), principalmente nos setores fechados, cabe ao gestor o controle no tocante às despesas e custos com o paciente (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Diante disso, as organizações hospitalares, sejam públicas ou privadas estão abrindo mais espaço para a inserção do enfermeiro nos cargos gerenciais, apesar destes profissionais estarem ocupando cargos de gestão desde a institucionalização da profissão (BRITO; 2005, BRITO et al., 2008; BOCCHI; FÁVERO, 1996).

A necessidade da expansão dessa função nos tempos atuais tem demandando busca de máxima eficiência dos hospitais, de entrada de novas tecnologias, de gestão de pessoas e gestão de processos (MOTTA, 1999).

Ocorre, então, uma mudança do perfil dos enfermeiros que pode ser justificada à constante dinâmica que ocorre no cenário econômico e social no

mercado de trabalho, exigindo que os profissionais desenvolvam respostas às exigências e necessidades das organizações hospitalares (MANENTI, 2008).

Nas organizações hospitalares, o processo de trabalho do enfermeiro pode ser visto sob duas vertentes: gerencial e assistencial. O enfermeiro gestor tem um diferencial em relação ao enfermeiro assistente: a responsabilidade pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

O enfermeiro gestor tem um papel importante na gestão de pessoas com relação ao planejamento, execução e avaliação dos processos de enfermagem mediante o poder de delegação (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Chaves (2005) destaca que dentre as habilidades humanas, conceituais e técnicas dos enfermeiros, a humana foi a área mais evidenciada no gerenciamento realizado pelos enfermeiros, daí a potencialidade de os enfermeiros gestores lidarem estritamente com o relacionamento interpessoal com papel fundamental na gestão de pessoas, diante disso verifica-se que a gestão de pessoas está, intrinsecamente, relacionada ao gerenciamento nas organizações hospitalares.

Frente à gestão de pessoas, o gestor tem papel essencial voltado para a liderança, objetivando influenciar outros colaboradores a se comprometerem com a busca das metas organizacionais. Segundo Motta (1999), liderança é considerada uma peça da função gerencial, envolvendo aspectos motivacionais e solução de conflitos.

Cabe ressaltar que além da gestão de pessoas, o papel do enfermeiro gestor tem influência na coordenação de atividades essenciais, como: administração de recursos financeiros e materiais, assistência ao paciente, planejamento estratégico,

e o desenvolvimento de programas de educação e saúde (CHAVES, 2005; HAUSMANN, 2006).

Mediante o papel gerencial dos enfermeiros, Trevizan et al. (2005) em um estudo sobre a função dos enfermeiros em âmbito hospitalar (privado), identificam a falta de identidade do enfermeiro frente às atividades exercidas, dicotomizando o ofício profissional entre a assistência e a gerência.

Diante da assistência e gestão realizadas por enfermeiros, na pesquisa de Bocchi e Fávero (1996) realizada com 19 enfermeiros chefes de unidades, os autores evidenciaram que 71,82% das atividades realizadas por eles eram voltadas para questões administrativas, 19,43% eram delegáveis e 8,75% estavam relacionadas à assistência de enfermagem.

Sendo assim, a falta de identidade dos enfermeiros gestores reside na diversidade de atividades realizadas. Independente dessas questões, Motta (1999), descreveu uma dificuldade de definir a função gerencial *per se*. O autor cita que o trabalho gerencial é atípico e ambíguo; sendo difícil descrevê-lo diante da dificuldade de contrastá-lo com outras funções produtivas passíveis de definições sobre as atribuições.

O exercício da função gerencial no Brasil realizado por enfermeiros é uma questão ainda mesclada por desentendimentos e incompreensões (TREVIZAN; MENDES, 2002). A inserção da gerência no processo de trabalho do enfermeiro e o redirecionamento de sua carreira tem sido a causa da polêmica na profissão (TREVIZAN; MENDES, 2002).

Torna-se complacente salientar que os enfermeiros tradicionalmente foram formados desde muito tempo para serem submissos dentro de uma hierarquia

hospitalar ficando em indefinição em relação ao papel administrativo dentro destas instituições (MELO, 2003). A falta de definição administrativa dos enfermeiros revela uma gestão delineada pelo “AMADORISMO GERENCIAL”, pautada no improviso (SILVA, 2008).

A falta de identidade do enfermeiro gestor pode estar relacionada com a complexidade do meio gerencial nas organizações hospitalares e suas indefinições e caracterizações frente ao trabalho assistencial com atribuições claras e definidas. A falta de divisão do trabalho, como proposta pela visão tradicional, nesse sentido, tem prejudicado os enfermeiros gestores a se colocarem como tal (CHAVES, 2005; RIZZOTO, 1999).

As demandas pelos serviços gerenciais têm, ao longo do tempo, sido embutidas nas ações realizadas pelo enfermeiro. Esses profissionais sentem dificuldade de se posicionarem com personalidade mediante normas que vêm sendo colocadas institucionalmente por tradição e formação (RESCK; GOMES, 2008).

Quanto ao conflito de identidade, Pimenta (2009), salienta que isto é verificado devido a realização de atividades simultâneas, tanto gerenciais, quanto assistenciais. Apesar de essa habilidade ser inerente ao enfermeiro, isto é um fator que dificulta os traços identitários do enfermeiro gestor.

Essa crise de identidade do profissional enfermeiro fica fragilizada mesmo diante do compromisso e responsabilidade com o que é executado (TREVIZAN et al., 2005; JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008; BRITO et al., 2008; CHAVES, 2005).

Além da falta de identidade, o enfermeiro acaba sendo imposto pela cultura hospitalar no qual está inserido, impedindo-o dessa forma de potencializar suas

habilidades (PROCHNOW et al., 2007). Nos estudos de Guerra (2008), em organizações hospitalares tanto públicas, como privadas, a autora expõe uma influência cultural sobre as práticas de gestão dos enfermeiros, onde a cultura incorpora o exercício da gerência em enfermagem.

Melo (2003) cita que a cultura organizacional é um aspecto relevante no processo de trabalho da enfermagem diante da tradição e burocratização de rotinas e normas, sendo um impasse no gerenciamento realizado pelas enfermeiras.

Com relação à prática assistencial/gerencial, essas atividades variam de acordo com os setores em que os gestores estão inseridos nos hospitais: setores abertos e setores fechados. Em um hospital privado, nos setores fechados foi observado que a atividade assistencial faz parte da ação gerencial, assumindo uma conformação diferente em relação aos demais setores (BRITO et al., 2008; CHAVES, 2005).

Apesar de as ações assistenciais serem mais presentes em setores fechados, Pimenta (2009), descreve em sua pesquisa em um hospital público que a assistência ao paciente pôde ser relatada pela maioria dos gerentes, independente das áreas, co-relacionando esse aspecto com o déficit de pessoal.

Apesar da crise de identidade estar permeada pela assistência e gerência, Melo (2003) considera que a gestão não pode ser realizada isolada da assistência, essas atividades são complementares e não excludentes, lembrando Florence na Guerra Criméia, onde só conseguiu traçar estratégias no campo de Guerra inserida nas atividades assistenciais junto aos soldados.

Nesta configuração, há uma correlação da assistência com a gerência dos enfermeiros que ocupam cargos de gestão (LAUTERERT et al., 1999). Há de se

considerar que a enfermagem por formação histórica é essencialmente uma profissão voltada para a prática do cuidado. O direcionamento primário de suas ações é voltado à assistência e isto é inerente à profissão (NETO; MALIK, 2011).

A assistência em enfermagem reserva mais conhecimento às ações gerenciais, uma vez que o gestor está inserido holisticamente nas necessidades do paciente, da equipe de enfermagem, da equipe médica e da organização que está inserida, cabendo-lhe um maior domínio dos processos de trabalho (KURCGANT, 2005). A prática demonstra que o enfermeiro alcança o paciente por meio de funções administrativas, ou que ela se perde no exercício dessas mesmas funções (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Diante desse paradoxo, a busca pela identidade diante da gestão de enfermagem vem ao longo dos anos sendo pautada nos princípios dos modelos administrativos de Taylor, Fayol e Weber, promovendo na figura do enfermeiro-gerente uma situação de conflito no tocante a prática administrativa (MELO, 2003).

No estudo de Pimenta (2009), o autor evidencia que a gestão dos enfermeiros está fortemente pautada nos aspectos da teoria geral da administração, mediante a divisão técnica do trabalho, a especialização, a hierarquização, rotina das atividades, com enfoque normativo e pouca participação da equipe.

As demandas institucionais para esse profissional ficam a cargo do alcance dos objetivos do hospital, burocratizado pelos processos internos a favor de privilégios dos valores da organização (TREVIZAN et al., 2005). A burocratização é oriunda de três fontes: do serviço de enfermagem, da organização em si; e da expectativa da equipe médica (TREVIZAN et al., 2005).

A burocratização se faz presente nas práticas organizacionais hospitalares, sejam públicas ou privadas, podendo ser evidenciada em 43% das atividades exercidas pelo enfermeiro gestor (GUERRA, 2008).

Quando os enfermeiros se inserem nas organizações, confrontam-se com processos de trabalho elaborados sobre rotinas pré-estabelecidas, sendo que deles é esperado o cumprimento de normas e regulamentos burocráticos, subordinados à hierarquia da organização, com pouca abertura para o que é novo, pouca habilidade para lidar com situações inesperadas e para fatos não contemplados (TREVIZAN; MENDES, 2002).

Trevizan et al. (2003, 2005) e Pimenta (2009) relatam que o profissional fica ocupado em seu maior tempo com questões administrativas e normativas, posteriormente em gestão de pessoas e por fim na assistência propriamente dita, que de fato é o que é inerente à formação profissional, podendo ser evidenciado também nos estudos de Bocchi e Fávero (1996) e Melo (2003).

A burocracia não considera o crescimento pessoal e o desenvolvimento da personalidade das pessoas, gerando conformismo e criando um sistema rígido de controle e autoridade que deve ser revisto, possuindo meios restritos para resolução de conflitos, onde a comunicação e a criatividade são limitadas, promovendo condicionamento das pessoas (CHIAVENATO, 2000).

Considerando as características essenciais nas organizações burocráticas como hospitais, que possuem normas e procedimentos burocráticos, um tipo de organização complexa de atingirem seus objetivos e de sobreviverem, a integração do lado humano em um processo de reciprocidade e adaptabilidade devem ser consideradas e mantidas (CHIAVENATO; 2000).

Sobre a burocratização, podemos observar que no modelo burocrático de Weber (CHIAVENATO; 2000), a organização se baseia na racionalidade, na adequação dos meios aos fins, objetivando a máxima eficiência, presente nas organizações hospitalares (TREVIZAN et al., 2003, 2005; PIMENTA, 2009; BOCCHI; FÁVERO, 1996; MELO, 2003).

As organizações hospitalares têm almejado essa eficiência (TREVIZAN et al., 2005) se enquadrando no tipo de sociedade burocrática. O conjunto de normas, regras racionais e impessoais, regulamentos e hierarquia, citados por Chiavenato (2000) formam um aparato administrativo que pode ser percebido na gestão realizada por enfermeiros em hospitais (TREVIZAN et al., 2005; MELO, 2003).

Esse conjunto de regras e normas é observado na teoria da administração científica atribuindo ao gerente a função de reunir todos os conhecimentos tradicionais, que no passado possuíam os trabalhadores, e classificá-los, tabulá-los e reduzi-los a normas, leis e fórmulas úteis aos operários para a execução do seu trabalho (CHIAVENATO, 2000, p. 49).

Diante do excesso de burocracia e atribuições, os enfermeiros encontram inúmeras dificuldades (MELO, 2003). Alguns fatores que interferem na organização e execução do processo gerencial podem ser citados: recursos humanos (número reduzido de enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem com pouca qualificação); dificuldade de trabalho dentro de uma equipe multiprofissional, gerando uma sobrecarga de trabalho (MELO, 2003).

Sendo assim, o próprio contexto hospitalar cria um ambiente voltado à gestão e controle de processos, almejando gestores com características multifuncionais (NETO; MALIK, 2011).

O enfermeiro, mesmo que promova a assistência direta ao paciente, acaba lidando com a gestão, uma necessidade do mercado na área da saúde, exigindo profissionais com um olhar voltado ao gerenciamento de serviços, de pessoas e de um contexto complexo de conflitos da organização: cliente/paciente, equipe multiprofissional e conflitos de identidade (FERNANDES et al., 2003; HAUSMANN, 2006).

Com relação aos conflitos organizacionais, no que diz respeito às relações dos atores envolvidos nos serviços de saúde, independente da formação profissional, o hospital é um sistema (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Um sistema envolvido pela burocracia, um lugar de ordem, de reprodução, de forças instituintes e de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesses e disputa (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Nesse contexto pode-se compreender, no setor hospitalar, um pouco da relação dos enfermeiros com toda a equipe da saúde e corpo médico, onde está presente a figura do médico, dominante e gerenciador dos seus processos de trabalho, e do enfermeiro, de subserviente para gestor dos serviços hospitalares, como meio no processo do trabalho (PERROCA; SOLER, 1998).

Dessa maneira a figura do enfermeiro perpassa por uma disputa de poder dentro das organizações e por mais que a enfermagem venha adquirindo autonomia mediante a administração hospitalar, ela estará intrinsecamente ligada aos serviços médicos que muitas vezes são auto-controláveis. Neste panorama enfermagem e medicina estão situados no mesmo patamar (BRITO, 2004).

Essa necessidade do mercado diz respeito à busca por clientes exigentes (mudança do perfil desse consumidor), serviços de qualidade, máxima excelência e ao considerável avanço tecnológico, mudanças nos processos de trabalho e questões voltadas para o financeiro (FERNANDES et al., 2003; TREVIZAN et al., 2005).

Os enfermeiros vêm, sucessivamente, adotando formas de trabalho pautadas nos princípios da escola científica e clássica da administração para o gerenciamento dos serviços. A conduta autoritária pode ser reflexo da fragmentação das atividades, da impessoalidade nas relações e um trabalho de enfermagem rígido e centrado no poder (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Formiga e Germano (2005) salientam que o saber de administração presente na formação do enfermeiro concilia princípios de administração científica, modelo desenvolvido por Frederick Winslow Taylor e da Teoria Clássica da Administração idealizada por Henri Fayol.

Por outro lado, abre-se uma nova face do gerenciamento em enfermagem. Em um estudo sobre a conduta gerencial em um hospital privado, Fernandes, e Trevizan (2003), verificam que as enfermeiras vêm assumindo uma gestão mais participativa e democrática com a formação de equipes e descentralização do trabalho.

Vemos então que essa forma de gerenciar é uma maneira de inserir os demais membros nos objetivos que se quer alcançar, assim estimulando a criatividade, gerando satisfação no trabalho e promovendo o desenvolvimento do indivíduo, abrindo espaço para gestão contemporânea na área da enfermagem (FERNANDES et al., 2003; TREVIZAN et al., 2005).

Nesta ótica, Trevizan e Mendes (2002) salientam atitudes implícitas nas ações dos enfermeiros, deixando de ser meros executores de tarefas e de normas ditadas, para assumir uma postura de auto-determinação de suas funções ajustadas aos seus princípios, associada a medidas administrativas e usando de criatividade ao planejamento das ações de enfermagem.

Nessa configuração, o espaço da gestão contemporânea pode ser visualizado no estudo de Spagnol e Ferraz (2002), diante da mudança de gestão realizada por enfermeiras na Santa Casa de Minas Gerais, deixando de ser pautada nos aspectos da teoria clássica da administração, passando pela gestão contemporânea, uma gestão mais participativa, flexível, aberta ao diálogo, à horizontalização das ações e da hierarquia.

Apesar de o estudo ter possibilitado uma observação sobre a administração contemporânea, Spagnol e Ferraz (2002), relatam que ainda existe um paradoxo de gestão no contexto hospitalar, cercado pela relação de poder e controle centralizado na figura do enfermeiro, com ações contraditórias, um ambiente complexo cercado por traços da gestão clássica e tendências da gestão contemporânea, pautados em um momento de transição, podendo ser observado também nos estudos de Melo (2003) e Hausmann (2006).

Outra questão considerada na gestão contemporânea e excluída na gestão clássica e científica é a humanização, que se faz presente não apenas no atendimento ao cliente/paciente, mas em todos os processos envolvidos de pessoal (MANENTI, 2008).

A forma humana das relações de trabalho deve ser considerada com todos os membros da equipe, auxiliando em questões em que se faz necessário lidar com frustrações, medos, incertezas e mudanças (MANENTI, 2008). Pela humanização

são percebidas as emoções e a busca pela aproximação, a fim de se manter o respeito e a cordialidade (MANENTI, 2008).

A humanização está presente na abordagem humanística na forma abordada na teoria das relações humanas, uma teoria que se contrapõe à teoria clássica. A abordagem humanística foi vista nos EUA, na década de 30, diante da transferência da tarefa (visão científica) e da estrutura organizacional (visão clássica), para ênfase nas pessoas envolvendo aspectos psicológicos e sociais (CHIAVENATO, 2000).

A necessidade de participação da equipe, aliada às necessidades do cliente, modifica os princípios hierárquicos, reducionistas e mecanicistas de Taylor, diante dos valores contemporâneos das organizações de saúde em conjunto com a transformação desse mercado (FERNANDES et al., 2003).

Brito et al. (2008), reforçam que a vivência e prática gerencial dos enfermeiros está associada aos processos de reestruturação dos hospitais.

A gestão contemporânea se contrapõe a teoria clássica da administração no sentido de um dirigente ser eficaz pela sua especialidade em defender os objetivos da organização com capacidade de comandar e coordenar um trabalho coletivo de forma racional, sem considerar as intercorrências, interferência do meio e conflitos (MOTTA, 1999).

As situações inesperadas tornam-se não-controláveis e diante disso temos a abertura de uma gestão mais flexível na era moderna. Essa forma de gerenciar confronta-se continuamente com questões ambíguas, arbitrárias e mutáveis (NETO; MALIK, 2011; MEZOMO, 2001).

Há que se considerar as pressões políticas de coalizão de poder e as perspectivas organizacionais, que geram mobilidade e flexibilidade no estilo

gerencial (MOTTA, 1999). Nas organizações contemporâneas as funções administrativas têm adquirido maior semelhança entre os níveis hierárquicos, reduzindo assim nítidas separações entre gerência superior e inferior (MOTTA, 1999).

Os mitos fazem parte de um mundo racional e previsível alinhados a aspectos da teoria científica e clássica fazendo um paralelo com a imprevisibilidade do meio ambiente que traçam as verdades dos dirigentes na compreensão da administração contemporânea (MOTTA, 1999).

Diante disso, a exposição dos mitos e verdades sobre as funções gerenciais descritos por Motta (1999) está destacada no QUADRO 1:

Perspectiva Clássica Gestão Técnica, Racional e Previsível	Perspectiva Contemporânea Gestão Irracional e Imprevisível
1. Gestor é uma pessoa com status, autoridade e poder. Decisões são rápidas mediante análise das informações, supera obstáculos, é confiante e seguro no sucesso das decisões; 2. Atuação baseada em ações ordenadas e planejadas com processo decisório racional e impessoal; 3. Preocupação prioritária com políticas, diretrizes e desenvolvimento com foco no futuro da organização; 4. Trabalho programado, fases previsíveis e problemas antecipados para enfrentar contingências e superar dificuldades; 5. Instrumentos de trabalho: objetivo, planos, programas, metas, resultados e prazos; 6. Reúne para planejar e resolver problemas; 7. Recebe informações fundamentais para a tomada de decisões; 8. Comportamento formal e	1. Gestor tem status duvidoso, o poder e a autoridade são obtidos mediante as injunções. As informações são obtidas de várias maneiras. É tenso, nervoso e incerto quanto aos resultados das decisões. Negocia assuntos ganhando e perdendo; 2. Atuação baseada em ações desordenadas e intermitentes, decisões são indutivas e influenciadas pela lealdade pessoal e mediante comunicações verbais; 3. Preocupação prioritária com operações atuais e soluções de problemas; 4. Trabalho não programado, imprevisível, enfrentamento constante de contingências e de problemas desconhecidos; 5. Instrumentos de trabalho: surpresas, sustos, contingências, problemas; 6. Reúne-se para discutir dificuldades de rotinas e debater temas que poderão gerar problemas; 7. Recebe informações fundamentais através de contatos pessoais, comunicação verbal, telefônico, bate-papo informais e em reuniões de última hora; 8. Comportamento informal e interativo;

contemplativo;	
9. Trabalho sistematizado com redução de tarefas;	9. Trabalha assistematicamente, superficial e um grande número de tarefas exercendo funções diferentes do que se refere sua tarefa;
10. Trabalho prospectivo, orientado em soluções e integrado com as diversas áreas da organização.	10. Trabalho restritivo, de curto prazo, orientado por problemas e fragmentado de outras áreas da organização.

QUADRO 1: MITOS E VERDADES SOBRE AS FUNÇÕES GERENCIAIS.

Fonte: Motta (1999)

Nota: Adaptado pela autora.

A necessidade de a gestão realizada pelos enfermeiros adaptar-se a um sistema aberto, pode ser visualizada no modelo proposto por Gouldner (CHIAVENATO, 2000). Mesmo diante da burocracia, o autor considera a expectativa da incerteza e os processos imprevisíveis desprezados no modelo burocrático de Weber (CHIAVENATO, 2000), sendo fundamentados na relação interativa e dependente da organização com o seu ambiente.

O sistema aberto de gerenciamento proposto por Gouldner (CHIAVENATO, 2000) em muito se assemelha a aspectos da gestão contemporânea, onde o gerenciamento é sensível à ambiência, cercado por um conjunto de fatores internos, externos e características individuais (CHIAVENATO, 2000).

Diante da inserção do ambiente presente na gestão, Chiavenato (1997) vai além ao utilizar o termo desburocratização dos processos de gestão. O autor sinaliza uma preocupação não apenas em reduzir o papelório e formalidade escrita, mas uma transformação gradativa do modelo mecânico e fechado para um modelo orgânico e aberto.

O modelo orgânico e aberto considera a interação de pessoas (CHIAVENATO, 1997). A gestão dos processos deve envolver as pessoas, seus potenciais e suas interações, com capacidade de adaptação ao ambiente, onde a organização deixa de ser um sistema mecânico e determinístico, como visto na

teoria clássica e científica, passando a um sistema orgânico, com o ajustamento das demandas internas e externas (CHIAVENATO, 1997).

Tanto o nível gerencial quanto o técnico abrangem participação no gerenciamento. Na atualidade os dirigentes creditam às experiências vivenciadas, os hábitos, a história organizacional, mantendo uma proximidade da realidade com o planejamento e a execução das atividades.

A gestão realizada pelos enfermeiros deve considerar o ambiente, os processos, os conflitos organizacionais e pessoais, a inovação tecnológica, estando inseridos em um aparato administrativo. Com a abertura do sistema e a consideração do ambiente, verificam-se a geração de conflitos, presentes na gestão contemporânea (GUERRA, 2008)

A gestão de conflitos é inerente à gestão de pessoas, fazendo parte nas relações humanas (CHIAVENATO, 1997; GUERRA, 2008). O conflito é um elemento que está incorporado e presente na função gerencial; o conflito da forma tradicional, mas em sua grande maioria como um fator predisponente às mudanças, encorajador que promove uma visão interacionista (GUERRA, 2008).

O enfermeiro-gestor assume situações de conflitos, que pode ser positiva para punccionar a criatividade da equipe, o desenvolvimento e a execução de atividades, ou, negativa no sentido de dificultar o serviço de enfermagem (SPAGNOL et al., 2010).

Com relação à burocracia, transformações rápidas e inesperadas do ambiente favorecem o rompimento do modelo burocrático; com o crescimento de atividades e da organização, a complexidade de tecnologias modernas, mudanças administrativas e da filosofia da organização, gera-se uma maior flexibilidade,

podendo ser observadas nas novas abordagens gerenciais dos enfermeiros (FERNANDES et al., 2003).

Apesar da abertura da gestão de enfermagem estar se voltando para a gestão contemporânea, podemos destacar que a burocratização em boa medida é salutar para os processos gerenciais dos enfermeiros (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

A ausência de um organograma institucional, a determinação de atribuições, perfis e funções (focando a divisão hierárquica) bem como a padronização dos serviços, gera uma cultura de indefinição do enfermeiro, enquanto dificulta a gestão realizada pelos mesmos (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

A falta de sistematização gera ausências de informações válidas para o gerenciamento e planejamento, pautando as decisões em hábitos, crenças e informações restritas, conseqüentemente levando os dirigentes a terem sua análise própria sobre processos decisórios (MOTTA, 1999).

Apesar da gestão contemporânea se ajustar ao ambiente, ela necessita de ações flexíveis, ágeis e menos normativas, no sentido que nas organizações com gestão opostas à burocracia, possuem certa dificuldade nos processos organizacionais (MOTTA, 1999).

Considerando a pesquisa de Jericó, Peres e Kurcgant (2008) e o modelo burocrático proposto por Gouldner (CHIAVENATO, 2000), a busca pela estabilidade de equilíbrio nos processos, variam de excesso de burocratização até a ausência da burocracia, sugerindo graus de burocracia e conduzindo ao estudo das dimensões da burocracia de Hall (CHIAVENATO, 2000), tornando-se, grau e dimensões inter-

dependentes, corroborando a idéia de burocracia absoluta, visualizada da seguinte forma:

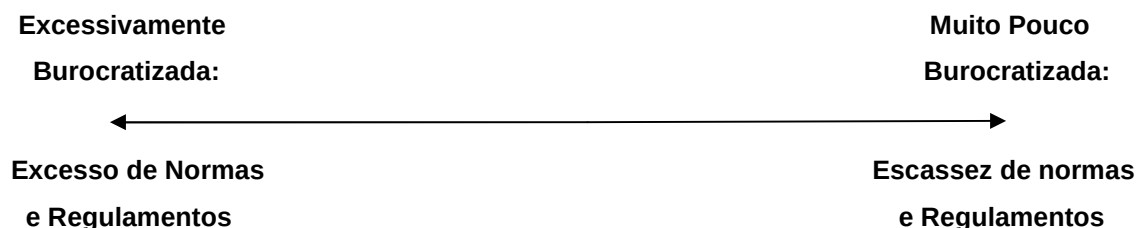


Figura 1 - *Continuum* dos Graus de Burocratização

Fonte: Chiavenato (2000).

No modelo de Gouldner (CHIAVENATO, 2000) não há um tipo de burocracia, mas um conjunto com uma infinidade de aspectos burocráticos, indo do extremo ao inverso e conduzindo às dimensões da burocracia de Hall (CHIAVENATO, 2000), sendo uma abordagem mais adequada do que considerar uma organização burocrática ou não burocrática.

Independente do estilo gerencial, nos tempos modernos o enfermeiro administrador tem um papel fundamental com relação ao controle, distribuídos nas seguintes atribuições: assiduidade, pontualidade, disciplina, materiais, equipamentos, dentre outras (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Segundo Bocchi e Fávero (1996), o enfermeiro fica responsável em realizar o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. A inserção dos colaboradores no planejamento das atividades diárias e dos processos onde os mesmos estão envolvidos torna as atividades organizacionais executáveis (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Esse tipo de habilidade em lidar com gestão de pessoas e promover um intercâmbio entre os sujeitos envolvidos consiste em um diferencial na gestão

contemporânea, uma vez que a gestão científica preza pela separação de quem planeja e de quem executa (CHIAVENATO, 1997; 2000).

Embora o planejamento seja uma atribuição do enfermeiro-gestor, há uma inexistência do planejamento formal, sendo elaborada informalmente e sem sistematização (BOCCHI; FÁVERO, 1996; PIMENTA, 2009; SILVA, 2008).

Segundo Marx e Morita (2003), na prática administrativa no serviço de enfermagem devem estar envolvidos os três “**as**” do processo que consistem em: A1) AÇÕES: específicas, coordenadas, sistematizadas, preventivas e corretivas, A2) ASSEGURAR: racionalização do tempo, simplificação dos métodos, evito do desperdício e retrabalhos e A3) AGILIZAR: produtividade e eficiência nas respostas.

Nesse contexto, todos os processos estão relacionados à sistematização da assistência da enfermagem, almejando respostas rápidas e flexíveis aos clientes/pacientes para a gestão organizacional (MARX; MORITA, 2003).

A prática gerencial depende de formação profissional, experiência, competência, habilidade e a personalidade dos sujeitos envolvidos nesta área (MARX; MORITA, 2003; CUNHA; NETO, 2006).

O perfil do enfermeiro gestor frente aos processos administrativos deve estar focado na integração de qualificações técnicas e administrativas, bem como na busca de um amplo conhecimento na área da saúde, tendo a organização e o foco na obtenção de resultados com equipes multiprofissionais e interdisciplinares como aliados (MARX; MORITA, 2003).

O interesse do gestor deve estar voltado para a busca constante e para a superação da excelência e desafios, bem como investimento em pesquisas com busca em resultados, mediante uma postura inovadora, determinada, tenaz e

perseverante, com uma visão estratégica e global do negócio (MARX; MORITA, 2003).

Além do planejamento, a supervisão e a avaliação, são recursos pouco utilizados pelos enfermeiros gestores (MELO, 2003). Para Hausmann (2006), a supervisão de enfermagem é utilizada como ferramenta de controle ao invés de ser um instrumento de gerenciamento que promove reflexão sobre a prática.

Na pesquisa de Brito et al. (2008), as enfermeiras gerentes relataram que o papel gerencial permite uma maior visibilidade na organização e que o tempo de casa gera maior autonomia e poder para a gestão.

Tal situação pode ser descrita nas competências para o exercício da gerência. Apesar de maior autonomia e visibilidade, isso envolve um preço e pode ser visto na carga excessiva de responsabilidade destes profissionais, bem como na sobrecarga de trabalho (BRITO et al., 2008; MANENTI, 2008).

O trabalho na área gerencial é desgastante, rodeado por uma carga excessiva de trabalho, inclusive nos momentos de lazer (MOTTA, 1999). As situações inesperadas e tarefas imprevistas fragmentam a ação do gestor com atitudes que poderiam ser pautadas na racionalidade, porém isso nem sempre é realidade; na maioria das vezes as ações gerenciais são pautadas nas interações, opiniões e ações isoladas na medida em que os problemas vão surgindo (MOTTA, 1999).

Associado a responsabilidade e sobrecarga de trabalho, esses profissionais trabalham com quadro de pessoal inadequado e insuficiente, devido a questões estruturais das organizações hospitalares, pressionados pela assistência qualificada

e personalizada aos clientes (TREVIZAN et al., 2005; PIMENTA, 2009; MANENTI, 2008).

Lautert, Chaves e Moura (1999), citam a sobrecarga de trabalho como um fator determinante ao stress na profissão dos enfermeiros, gerando ansiedade, insegurança, desconforto e ameaça ao bem estar físico, interferindo com a satisfação no ambiente de trabalho.

A gestão de pessoas nas organizações hospitalares, com número reduzido de colaboradores, a baixa qualificação profissional, pouco trabalho em equipe, excessos de burocracia e de atribuições, promove sobrecarga de trabalho e impasses na gestão de enfermagem (MELO, 2003; PIMENTA, 2009; MANENTI, 2008).

Trevizan et al. (2003) sugerem a reinvenção da atuação gerencial. Os autores recomendam que a função seja pautada nos sentimentos, nos valores e na ética pessoal, onde a sensibilidade é um sentimento fundamental para que o gestor se sinta realizado. O modo de ser-cuidado é essencial porque transforma as atitudes, de forma: tranqüila, integrada e confiante (TREVIZAN et al., 2003).

Os valores, as atitudes individuais e as experiências administrativas são variáveis que determinam o comportamento de um indivíduo e que o influenciam nas decisões gerenciais (MOTTA, 1999).

A abordagem das pessoas como essência das organizações é também feita por Davel e Vergara (2001). Os autores inserem a participação do indivíduo na organização, mediante um conjunto de idéias posicionais, relacionais, subjetivas e temporárias, sendo presente nos traços da gestão contemporânea.

O enfermeiro gestor relaciona-se estritamente com pessoas, diante de contextos complexos humanos, extrapolando o termo gestão de pessoas para gestão com pessoas, proposto por Davel e Vergara (2001).

Ao lidar com questões subjetivas voltadas para o interior do indivíduo, a objetividade da gestão tradicional perde foco, ganhando espaço para o ser humano em sua totalidade, perdendo para o indivíduo funcionalista (DAVEL; VERGARA, 2001).

Guerra (2008) salienta que a complexidade de sentimentos, características, expectativas são um conjunto de elementos subjetivos, cabendo ao enfermeiro-gestor ter habilidade de se colocar nas relações de conflitos. A diversidade de valores, crenças, sentimento e censo de verdade, fazem com que diversificação se oponha aos modelos clássicos de gestão, historicamente pré-estabelecidos nessa profissão, levando ao modelo contemporâneo (CHIAVENTO, 1997; 2000, MOTTA, 1999).

Nas organizações hospitalares visualiza-se a melhora na mudança da gestão, pautada na participação e horizontalização dos processos, garantindo aos enfermeiros, atuação com mais autonomia, integração e flexibilidade (FERRAZ; SPAGNOL, 2002; CHAVES, 2005; DAVEL; VERGARA, 2001).

Essas mudanças podem ser visualizadas nas organizações contemporâneas, onde adquirem transações ambientais em todos os níveis hierárquicos, com participação dos colaboradores nos processos decisórios e tomada de decisão descentralizada, com informações que deixam de ser sigilosas e tornam-se acessíveis (MOTTA, 1999).

A reinvenção gerencial dos enfermeiros depende também do contexto hospitalar em que estão inseridos, na pesquisa de Ferraz e Spagnol (2002) no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte e de Chaves (2005) em um hospital privado, as autoras, ressaltam que a gestão hospitalar e os processos insituíntes têm interferência direta sobre o trabalho desses sujeitos.

Manenti (2008) associa o contexto dinâmico de mudanças da gestão dos enfermeiros relacionado a três eixos: social, institucional e individual.

Quanto à questão individual, Guerra (2008), salienta a necessidade de habilidades e competências gerenciais do enfermeiro nessa função, em sua pesquisa, a autora nos revela que os enfermeiros gestores não se davam conta de suas funções, dos fatores intervenientes e das competências gerenciais, estando submetidas ao interior das organizações hospitalares (GUERRA, 2008).

A competência é uma ferramenta para o gerenciamento, é um estoque de recursos individuais, uma fonte de valor com um conjunto de capacidades humanas, baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes individuais (FLEURY, 2002).

No eixo institucional, os modelos de gestão adotados pelas organizações hospitalares influenciam as práticas gerenciais dos enfermeiros, impulsionando a ampliação do espaço e a postura de gestor dos mesmos (RESCK: GOMES, 2008).

Organizações que não estão delineadas por processos de gestão como linha norteadora constituem uma ausência de um eixo condutor do trabalho institucional (SILVA, 2008).

A ausência de um plano de gestão promove contradições nos processo de trabalho, desigualdade de saber e fazer, com diferenças sociais e de acessos influenciando as práticas gerenciais do enfermeiro (SILVA, 2008).

Socialmente, a desvalorização do enfermeiro gestor no âmbito hospitalar é um dos temas que gera conflito frente aos processos executados (PIMENTA, 2009). No estudo de Pimenta (2009), é feito um paralelo do saber administrativo destes profissionais frente às demais profissões.

2.2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA GERÊNCIA DA ENFERMAGEM

As observações de Florence Nightingale foram importantes para a administração da enfermagem. Ela fez o uso sistemático de registros e estatísticas, como taxas de mortalidade, taxas de infecção, entre outros. Em 1958 foi homenageada pela *Royal Statistical Society* por meio do trabalho “Sistema da Srt^a Nightingale para padronizar Estatísticas Hospitalares” (LIRA; BONFIM, 1989). Florence estabeleceu diretrizes e caminhos para a gestão hospitalar (FORMIGA; GERMANO, 2005).

A enfermagem moderna surge como finalidade de organizar a forma hierárquica na saúde através de Florence Nightingale. No Hospital Saint Thomas em Londres, Florence estabeleceu novos princípios para as enfermeiras, atendendo a ascensão capitalista em 1860 e fragmentou a profissão em níveis diferenciados: *Nurses e Ladies Nursies* (LIRA; BONFIM, 1989).

Por meio dessas duas categorias profissionais, as *nurses* eram jovens de classes sociais menos favorecidas e faziam habilidades associadas ao trabalho manual, como cuidado de feridas e do ambiente hospitalar e auxílio aos incapacitados (RIZZOTO, 1999; FORMIGA; GERMANO, 2005; SANTOS et al., 2005; MURTA, 2007).

As *Ladies Nurses* eram jovens de posição social mais elevada, destinadas a supervisão, o ensino e a difusão do sistema Nightingale, cabendo-lhes pensar concretizadas nos postos de comando (RIZZOTO, 1999; FORMIGA; GERMANO, 2005; SANTOS et al, 2005; MURTA, 2007).

Apesar da classificação de funções/responsabilidades criada por Florence, Rizzoto (1999) salienta que a sociedade de um modo geral não sabe discernir os papéis na enfermagem. Além de as pessoas não saberem que existe uma hierarquia na categoria, não conseguem diferenciar o atendimento recebido pelos distintos membros da equipe, gerando um problema na identidade da figura do enfermeiro (RIZZOTO, 1999).

A enfermagem é uma das poucas profissões da área da saúde com tantas estratificações profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem. Sendo assim o trabalho de enfermagem é realizado de forma parcelada, fragmentada e rotinizada (KURGANT, 2005).

Vê-se o modelo médico, único, ainda predominante e marcante socialmente, mediante forças instiuiúntes e relações de poder (CECÍLIO, 1997).

O modelo biomédico, centrado na figura do médico, causa alguns impactos na enfermagem, no tocante ao papel da subalternidade em relação à medicina (PROCHNOW et al., 2007; PERROCA; SOLER, 1998).

Algumas razões podem ser citadas: gênero, a parcialidade na transmissão do saber das disciplinas comuns e o significado social assumidos pelos objetos: o curar, com o papel da medicina e o cuidar, como papel da enfermagem, sendo o curar dominante ao cuidar (RIZZOTO,1999).

Desde a institucionalização da enfermagem moderna, há evidências da dimensão do saber administrativo, tanto que acarretou na divisão técnica do trabalho como na enfermagem proposta por Florence: alguns agentes administrando os serviços e a assistência e outros executando. (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Mesmo diante da configuração histórica do papel do enfermeiro, ainda existem na sociedade dificuldades na compreensão do trabalho realizado pelas diferentes categorias profissionais.

A tecnificação, as normas e rotinas que asseguram uma homogeneidade na assistência de enfermagem, mesmo que realizadas por pessoas com qualificações diferentes e por mais esforço que a equipe de enfermagem faça para distinguir as diversas categorias, elas não são visualizadas socialmente (RIZZOTO, 1999).

Os conceitos de Florence sobre a enfermagem abrangem multi-funções, dentre elas: enfermagem, assistência social, nutrição, administração, e outras; sendo todas apoiadas em observação sistematizada, supervisão e registros estáticos extraídos de sua experiência prática no cuidado aos pacientes (MURTA, 2007; FORMIGA; GERMANO, 2005).

Consequentemente, havia disciplina na assistência prestada e era mantido o controle e ordem local (MURTA, 2007; FORMIGA; GERMANO, 2005).

Em 1854, na Guerra da Criméia, Florence incorporou questões de administração nos cuidados à saúde de forma mais intensa, na direção dos hospitais militares dos campos de Scutari (Turquia), onde faltava organização de enfermagem em qualquer aspecto (FORMIGA; GERMANO, 2005; MURTA, 2007).

Florence organizou a lavanderia, a cozinha e com noções de biossegurança reduziu a mortalidade dos feridos, coordenou voluntárias de enfermagem para

assistência aos feridos e orientou enfermeiras de outros hospitais que também recebiam os feridos de guerra (FORMIGA; GERMANO, 2005; MURTA, 2007).

No Brasil, a enfermagem iniciou suas atividades na época da colonização, quando houve a abertura de hospitais e das Santas Casas (MURTA, 2007). O cargo de enfermagem mais importante na estrutura administrativa da Saúde Pública brasileira foi ocupado pela americana Ethel Parsons, como Superintendente Geral do Serviço de Enfermagem Brasileira, durante o período de 1921 a 1931 (RIZZOTO, 1999).

Nessa época eram solicitadas, a esse órgão, enfermeiras diplomadas para prestarem serviços em todos os hospitais brasileiros, bem como para dirigirem os serviços e em alguns casos organizarem escolas para enfermeiros (RIZZOTO, 1999).

Apenas em 1921, chegaram ao Brasil as primeiras enfermeiras norte-americanas chefiadas por Ethel Parsons para que o modelo norte-americano pudesse ser referência ao modelo brasileiro de enfermagem. O modelo utilizado por Parsons era baseado no modelo Nigthingale (RIZOTTO, 1999).

Apesar da referência do modelo de Florence Nigthingale trazida por Ethel Parsons, a enfermagem brasileira copiou os modelos de assistência e de ensino nos moldes e direção das enfermeiras norte – americanas, começando pela Escola Anna Nery, assumindo o modelo biomédico como paradigma para o ensino e assistência (RIZOTTO, 1999).

Segundo a Lei 775/49 de 6 de agosto de 1949 que dispõe sobre o ensino de enfermagem e dá outras providências a respeito desta categoria profissional, pode ser citada em especial a demarcação do enfermeiro como administrador dos

serviços de enfermagem, no artigo 21º: “As instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorrido sete anos após a publicação desta lei, não poderão contratar, para a direção dos seus serviços de enfermagem, senão enfermeiros diplomados” (LIRA; BONFIM, 1989; SANTOS et al., 2005). Tal lei define a figura do enfermeiro gestor como essencial aos serviços de saúde.

Nos anos 50 e 60, foi enfatizado o modelo norte americano de assistência baseado nos princípios científicos específicos e na incorporação do tecnicismo como forma de organização do trabalho. A partir da década de 70 surgiram as teorias de enfermagem norte americanas como busca na consolidação de ciência e na busca de status social (RIZOTTO, 1999).

As teorias de enfermagem criaram um corpo de conhecimentos exclusivos na assistência de enfermagem e através delas, o enfermeiro alcança a busca de autonomia e especificidade. Porém o histórico mostra que não há como transpor um modelo (norte americano) para o Brasil sem considerar a compreensão da realidade e prática (RIZOTTO, 1999).

Em vários decretos, leis e resoluções podem ser identificadas uma preocupação da enfermagem como uma profissão voltada também para a área da gestão, como por exemplo, no decreto nº 50.387/61 de 28 de março de 1961, no qual no artigo 9 estabelece a administração dos serviços de enfermagem, nos estabelecimentos hospitalares e saúde pública sob responsabilidade da enfermagem (SANTOS et al., 2005).

Na resolução de nº 4 de 25 de fevereiro de 1972 que dispõe sobre o currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia, nota-se no 3º artigo a abrangência de disciplinas e a atuação do profissional enfermeiro com a administração aplicada à enfermagem.

Nesse instrumento jurídico é evidente a inserção da administração em todos os âmbitos de formação e atuação do enfermeiro, seja na habilitação de enfermagem médica cirúrgica, na habilitação de enfermagem em obstetrícia e na habilitação de enfermagem em saúde pública.

Pode se observar no 9º artigo dessa resolução, a exigência de estágio supervisionado de no mínimo 1/3 de todas as disciplinas contempladas na habilitação de enfermeiros, o que discorre na área de gestão por grande parte das faculdades. O que é vivenciado como docente é a preocupação nos estágios supervisionados com a parte assistencial e pouco foco na área gerencial.

No governo de José Sarney entrou em vigor a lei que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem (Nº 7498, 25 DE JUNHO DE 1986). A preocupação com a gestão realizada pela enfermagem pode ser vista no artigo 11, cabendo-lhe privativamente e dentre várias atividades as de administração nos chama a atenção:

a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública e privada e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras de serviços; c) Planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; d) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem (SANTOS et al., 2005, p.52).

Em virtude das Chefias de Serviço ou Unidades de Serviço serem privativamente realizadas por enfermeiros, em 1988 o COFEN resolve baixar a norma de **responsabilidade técnica do enfermeiro** (a) nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas e privadas onde exista assistência à saúde (SANTOS et al., 2005).

Na Resolução do COFEN-100 que baixa normas para a qualificação de enfermeiro como especialista, dentre os oito objetos de especialização, tem-se como

o VIII objeto a administração dos serviços de enfermagem, qualificando o enfermeiro como especialista no gerenciamento de atividades de enfermagem vinculadas a assistência e incluindo:

a)Acessoria, auditoria, consultoria especializada, em programas de saúde públicos e privado; b) Administração de serviços de enfermagem em nível hospitalar, ambulatorial e de centros de saúde; c) Administração da área de enfermagem nas entidades de saúde públicos e privados.

Enquanto a enfermagem busca novos caminhos, as instituições hospitalares, preocupam-se com a eficiência e sustentabilidade e voltam seus olhos para os lucros, onde deixaram de fazer “caridade” (MEZOMO, 2001; NETO; MALIK, 2011).

Ocorre no Brasil uma transformação na função dos hospitais, que deixavam de ser caritativos e se tornavam empresas voltadas para o lucro, concomitante a isso ocorre uma mudança no papel da mulher na sociedade e a enfermagem é vista com outros olhos, frente às necessidades destas instituições (RIZOTTO, 1999).

A figura do enfermeiro deixa de ser apenas voltada aos cuidados e passa a ser mais valorizada, principalmente no tocante a gestão da assistência, da equipe de enfermagem (KURCGANT, 2005).

O profissional enfermeiro é visto como controlador e gestor de custos lucros, no que diz respeito ao controle de materiais, equipamentos, insumos e nas necessidades reais de aquisição dos mesmos. O enfermeiro é co-participante dos processos administrativos das organizações (KURCGANT, 2005).

2.3 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A DIMENSÃO GERENCIAL

Para compreensão do enfermeiro no ambiente de gestão, torna-se importante uma abordagem dos aspectos de gestão hospitalar inseridos na formação do

docente de enfermagem, considerando que eles podem impulsionar a escolha da área de atuação e esclarecer o real papel dos enfermeiros-gestores nas organizações hospitalares.

De acordo com a resolução 290/2004, do Conselho Federal de Enfermagem, o gerenciamento dos serviços de saúde é uma das 42 especialidades em que o enfermeiro pode atuar.

A formação dos enfermeiros no gerenciamento dos serviços de saúde carece uma melhor compreensão (RESCK; GOMES, 2008). Brito (2005) destaca que as instituições de ensino superior de enfermagem possuem um foco voltado mais para a assistência e pouco para a gestão. Tal situação pode ser evidenciada, na portaria nº 1.721, de 15/12/1994, definida pelo Ministério da Educação para o curso de enfermagem.

De acordo com essa a portaria, o conteúdo e a duração do curso de graduação em enfermagem deve conter as três áreas temáticas: I (Ciências Biológicas e Ciências Sociais - 25% da carga horária do curso), II (Fundamentos de Enfermagem - 25% da carga horária do curso) e III subdividida em: Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem – 35 % da carga horária de todo o curso e Administração em Enfermagem, com carga horária de 15% de todo curso (RESOLUÇÃO CNE-CES, Nº 3, 7/11/2001).

A cadeira de Administração em Enfermagem (com conteúdos pertinentes à administração do processo de trabalho e da gestão de assistência de enfermagem), geralmente contempla 02 ou 03 disciplinas, com carga horária teórica de 120 a 200 horas em um total de 3500 horas/aula.

Neto, Malik (2011) expõem que a formação é direcionada ao aprendizado da assistência direta aos cuidados do paciente. Apenas nos períodos finais da graduação e em outros níveis de especializações é que são contempladas disciplinas voltadas com um olhar mais profundo para a gestão (CIAMPONE; KURCGANT, 2004).

Mesmo com carga horária insuficiente, Formiga e Germano (2005) salientam que a valorização da gestão realizada por enfermeiros, se expressou pelo aumento da carga horária dos conteúdos de administração na graduação, bem como na ampliação de cargos gerenciais nos serviços hospitalares e rede básica, atendendo uma necessidade do mercado.

Na prática, os discentes realizam estágios voltados propriamente para a assistência à saúde, com cuidado do paciente e da equipe de enfermagem mediante a figura do professor-enfermeiro e do enfermeiro assistente responsável pelo setor de trabalho. São poucos campos de estágios com um olhar do aluno junto ao enfermeiro gestor.

Isso pode ser visualizado nos estudos de Bocchi e Fávero (1996). As autoras notaram que das atividades realizadas por enfermeiros chefes em um hospital universitário, apenas 0,32% estão voltadas ao ensino. Assim, os alunos ficam ligados diretamente à assistência ao paciente, levando a inferir que os alunos não participam do processo administrativo realizado pelos enfermeiros (BOCCHI; FÁVERO, 1996).

Nesse contexto, torna-se relevante salientar a participação dos enfermeiros facilitadores nos campos de estágios hospitalares, no processo de formação acadêmica, onde a integralização é emergente no tocante a horizontalização dos

processos ensino x profissão, em uma mesma linguagem, como repasse de conhecimento tácito aos discentes (RESCK; GOMES, 2008).

Vê-se que a formação administrativa do profissional da área de enfermagem é inserida na graduação com uma carga horária que necessita ser reformulada (CIAMPONE, KURCGANT; 2004). Essa disciplina necessita de uma atenção especial perante a formação adquirida e as necessidades do mercado de trabalho (BRITO; 2005).

A importância de um redirecionamento curricular pode ser percebida nas citações de Bocchi e Fávero (1996):

Aos cursos de graduação em enfermagem sugerimos que sejam abordados em profundidade com temas referentes ao papel do enfermeiro com relação ao processo decisório, privilegiando a gerência como fator determinante para atingir o paciente e os objetivos organizacionais, mediante o planejamento, coordenação, direção e controle da assistência de enfermagem (BOCCHI; FÁVERO, 1996; p.10)

Com relação à profissionalização do enfermeiro que está inserido no mercado, Lautert, Chaves e Moura (1999), observaram em sua pesquisa, que entre os enfermeiros que estavam em busca de especialização, a procura pelo curso de administração se destacou, denotando um direcionamento destes profissionais frente aos processos hospitalares que exigem eficiência e a busca da qualidade.

A formação gerencial torna-se importante na definição da função deste profissional. Kurcgant (1995) aponta que embora haja um constante crescimento das enfermeiras na área de gestão, o papel delas ainda não está definido dentro das instituições hospitalares.

Apesar do papel dos enfermeiros gestores ainda estar indefinido, Bocchi e Fávero (1996) em seus estudos evidenciaram que as atividades das enfermeiras são em sua grande maioria de cunho administrativo (71%). As autoras ressaltam que se

a enfermeira de fato prevalece com atividades essencialmente administrativas, que aspectos gerenciais deveriam estar intrínsecos na formação das mesmas, onde a formação gerencial deveria ser pré-requisito no exercício da função.

Brito (2005) considera duas questões referentes a esta divergência: a primeira delinea as instituições de ensino superior de enfermagem com um foco voltado mais para a assistência e pouco para a gestão e a segunda que a prática gerencial se dá no cotidiano de trabalho diante das experiências vividas (enfermeiras estão aprendendo a gerenciar, sendo necessária a incorporação de novas habilidades e conhecimentos).

Chaves e Brito (2005) ressaltam que apesar do distanciamento da prática gerencial das enfermeiras com relação à teoria, foi levantado outro ponto com relação à capacidade de administrar; além das enfermeiras estarem aprendendo a gerenciar, existe a desproporção entre as funções e habilidades compatíveis com os preceitos teóricos.

Isto é um paradoxo onde muitas vezes este profissional está exercendo a função sem saber suas habilidades, evidenciado por duas questões: ou as enfermeiras estão desempenhando suas funções sem aplicabilidade dos saberes, (gerencia sem aplicação do conhecimento) ou pode ser uma falta de consciência da existência destas habilidades (não tem noção a cerca de gerenciamento), tornando-se um problema de identidade profissional (CHAVES; BRITO, 2005).

No âmbito da formação em saúde, também há mudanças significativas, em razão da compreensão atual acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

O próximo capítulo descreve as análises e os resultados da pesquisa à luz do referencial teórico utilizado. Na condução do estudo foram percorridas as etapas descritas na trajetória metodológica, buscando a consecução dos objetivos propostos.

Capítulo 3

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório e analítico com abordagem qualitativa, com foco na investigação dos processos de gestão que os enfermeiros gestores vêm desenvolvendo nos hospitais estudados, considerando os contextos que estão inseridos: público e privado.

A escolha da pesquisa qualitativa deveu-se à necessidade da compreensão dos processos de trabalho mediante a relação direta do pesquisador com os entrevistados no âmbito hospitalar, utilizando a descrição da realidade contextualizada e preocupando-se com todo o processo e não apenas com o resultado.

Segundo Creswell (2010) este tipo de pesquisa ocorre em um cenário natural com a utilização de variados métodos que são interativos e humanísticos, buscando a participação ativa dos entrevistados e a interpretação de dados por meio da lente pessoal do pesquisador. Segundo o autor, o **eu pessoa** torna-se inseparável do **eu pesquisador**, buscando-se um raciocínio complexo multifacetado, interativo e simultâneo.

Para Vergara (2005, p. 257) a pesquisa qualitativa engloba a subjetividade, a descoberta e a valorização da visão de mundo dos sujeitos. As amostras são intencionais, selecionadas por tipicidade ou por acessibilidade. Os dados são coletados por meio de técnicas pouco estruturadas e tratados por meio de análises de cunho interpretativo (MINAYO, 2003).

Busca-se aprofundar a realidade dos atores envolvidos. O foco não é a quantidade de respostas nem um resultado numérico baseado na objetividade mas sim na qualidade das mesmas, obtidas mediante a subjetividade do cotidiano tal como vivenciado pelos sujeitos em seus ambientes de trabalho.

Diante disso, a análise de conteúdo expressa nas entrevistas e na compreensão dos relatos dos enfermeiros gestores é a ferramenta para este trabalho, fugindo da lógica positivista e na busca da essência do fenômeno (BARDIN, 2010).

3.1 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que exercem função gerencial, tais como gestores gerais e de unidades, em dois hospitais de médio porte em um município da Grande Vitória/ES. Foi selecionado um hospital de caráter público e o outro privado. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos sujeitos, no mês de setembro/2010.

Foram excluídos enfermeiros que atuavam exclusivamente na assistência ao paciente. Não houve exclusão de idade, tempo de serviço e sexo dos entrevistados, uma vez que foi considerada a compreensão do processo de gestão realizada pelos sujeitos, independente do sexo.

Diante dos critérios traçados, foram selecionados dez sujeitos de pesquisa (cinco em cada hospital), porém foram entrevistados oito enfermeiros gestores, justificado por um profissional afastado por motivos de saúde no hospital público e vacatura no hospital privado.

A consideração mais importante sobressai no reconhecimento dos enfermeiros que estavam nessa função formalmente reconhecidos como gestores pela instituição, mediante vínculo expreso pelo departamento de recursos humanos da instituição ou por meio de portaria/ofício hospitalar. Houve abordagem de todos os enfermeiros presentes, um total de oito gestores, nos dois hospitais.

A escolha destes sujeitos retrata a importância que os mesmos representam nas instituições hospitalares, diante das relações sociais, onde os gestores de enfermagem estão inseridos no centro dos processos de trabalho envolvido pelas diferentes relações: pacientes, colaboradores (administrativos e assistenciais) e a alta gestão destes hospitais, por serem sujeitos importantes para o alcance dos objetivos traçados pelas instituições onde estão inseridos.

3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

As Instituições hospitalares pesquisadas não foram selecionadas aleatoriamente. Foi realizado um levantamento dos hospitais públicos e privados da Grande Vitória/ES, por meio do site do DATASUS, que possui o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - CNES/M.S. e do site da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - SESA. O CNES (2010) é uma base de dados, que tem como finalidade operacionalizar as informações no Setor de Saúde.

As informações são importantes para auxiliarem no gerenciamento, a fim de que o mesmo se torne eficaz e eficiente. O CNES (2010) visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas: federal, estadual e municipal. O

cadastramento dos estabelecimentos de saúde é feito em todo o território nacional através da portaria PT/SAS 511/2000 (DATASUS, 2010).

O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. É base para os serviços de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS e também nos estabelecimentos privados (DATASUS, 2010).

Logo após a pesquisa e análise das instituições, foram escolhidos dois hospitais gerais de médio porte, sendo um público de esfera estadual e um privado na Grande Vitória/ ES.

A escolha do hospital privado teve como base as características de infraestrutura comparadas ao hospital público, como: porte hospitalar, recursos humanos, complexidade de atendimento, dentre outros.

Ressalta-se que hospital de médio porte é aquele que compreende o número entre 50 a 150 leitos hospitalares (BRASIL, 1977). Não deve ser considerado como leito hospitalar:

- a) Cama destinada à acompanhante;
- b) Camas transitoriamente utilizadas nos serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
- c) Camas de pré-parto e recuperação pós-anestésica ou pós-operatória;
- d) Camas da Unidade de Tratamento Intensivo;
- e) Berços destinados a recém-nascidos saudáveis;
- f) Camas instaladas nos alojamentos de médicos e pessoal do hospital (BRASIL, 1977, p.18).

Apesar do conceito e definição dos termos em saúde terem sido elencados em 1977 pelo Ministério da Saúde, apenas em 2002 o Sistema de Classificação Hospitalar quanto ao porte foi regulamentado mediante a portaria nº 2.224 – GM, que classifica os hospitais de porte I ao IV, da seguinte forma:

ITENS DE AVALIAÇÃO								
PONTOS POR ITEM	A N. ° DE LEITOS	B LEITOS DE UTI	C TIPO DE UTI	D ALTA COMPLEXIDADE	E URGÊNCIA EMERGÊNCIA	F GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	G SALAS CIRÚRGICAS	PONTOS TOTAIS
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	---	1	Pronto Atendimento	---	Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/ Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	---	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	Máximo 27
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	---	Acima de 08	

QUADRO 2: SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR QUANTO AO PORTE.

Fonte: Portaria nº 2.224/GM (BRASIL, 2002).

Segundo a Portaria nº 2.224/GM (BRASIL, 2002), a pontuação determina o porte do hospital, sendo considerada a seguinte classificação de pontuação: Porte I (de 01 a 05 pontos), Porte II (de 06 a 12 pontos), Porte III (de 13 a 19 pontos), Porte IV (de 20 a 27 pontos).

Quanto ao hospital geral, é aquele destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas (BRASIL, 1977).

A escolha destes dois cenários (público e privado) foi feita para servir de ferramenta para um estudo comparativo dos processos de gestão realizados por enfermeiros – gestores. É importante destacar que não foram levadas em consideração questões de certificação e acreditação hospitalar. Nenhum dos dois hospitais foi considerado neste trabalho, modelo ou referência de um ao outro.

Foram levadas em consideração características similares, a fim de não permitir muitas disparidades dos hospitais estudados. Para a escolha dos hospitais, foram levados em consideração: a natureza da organização, o número total de funcionários, tipo de unidade hospitalar, a localização municipal, o nível de atenção hospitalar e o tipo de atendimento hospitalar.

3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Posteriormente à análise e delineamento das instituições foram realizados contatos telefônicos com as direções dos hospitais e agendadas reuniões, onde foi apresentada a proposta da pesquisa e solicitada a autorização para que a instituição fosse objeto de estudo (APÊNDICE A).

Após a autorização da pesquisa, foi encaminhado protocolo de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – CEP – HINSG/SESA, sendo a pesquisa aprovada nesse comitê (ANEXO A).

Cabe ressaltar que todos os projetos de pesquisa desenvolvidos em estabelecimentos de saúde públicos do estado devem passar pela apreciação do CEP – HINSG, sendo este hospital referência para a SESA no tocante à elaboração de pesquisas (HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA, 2010).

Os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde. A autorização para início da pesquisa foi validada após a apresentação da carta de aprovação do CEP – HINSG/SESA aos hospitais (ANEXO A).

Foi resguardada a identidade das instituições, bem como dos sujeitos de pesquisa envolvidos no presente trabalho.

3.4 FONTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista com roteiro norteador contendo perguntas abertas (APÊNDICE B). As entrevistas foram importantes para a obtenção do contato com os sujeitos, estabelecendo um canal direto e de confiança entre a pesquisadora e os entrevistados, bem como observação sistemática da forma que são expressas as respostas, onde a pesquisadora contextualizou o entendimento do processo de trabalho dos gestores.

Vergara (2005) ressalta a importância da consideração não só dos aspectos verbais, como também os paraverbais e não verbais. Sendo assim, o entrevistador deve ficar atento em como as respostas são dadas, bem como na entonação, pausa, postura, nos gestos e no olhar, dentre outros. Dessa forma, a interpretação do pesquisador interage ativamente no processo da coleta de dados, assumindo uma postura de co-participante da pesquisa, por meio de sua leitura (ANDRADE, 2009).

Quanto aos procedimentos de coleta de dados, Creswell (2010, p.198) define que:

Incluem estabelecer as fronteiras para o estudo, coletar informações através das observações e entrevistas desestruturadas (ou semi-estruturadas), documentos e materiais visuais, bem como estabelecer protocolo para registrar as informações.

Laville e Dionne (1999) ressaltam a importância do pesquisador mediante a pesquisa, colocando-o como **pesquisador-ator**, agindo e exercendo sua influência, com preferências, inclinações e interesses embutidos em seu sistema de valor.

O objetivo deste estudo é compreender o processo de gestão realizada por enfermeiros, considerando o contexto em que estão inseridos: público e privado. A técnica de coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, mediante um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B), utilizado no dia e hora do local de trabalho dos enfermeiros gestores. Os dados foram coletados no mês de setembro de 2010.

Antes da validação do roteiro de entrevista, como instrumento de coleta de dados, foi feito um piloto com profissionais gerenciais na enfermagem, a fim de que fossem feitas as adaptações para a versão final.

O roteiro de entrevista do presente estudo possui 25 perguntas e foi dividido em 03 partes: a primeira diz respeito à caracterização do respondente, a segunda à formação profissional e gerencial e a terceira à atuação do entrevistado na área de gestão em enfermagem.

As questões no roteiro de entrevista foram elaboradas a partir dos principais aspectos abordados nas contribuições teóricas que influenciam na busca dos objetivos propostos.

Antes das entrevistas, foi direcionado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) em duas vias, onde uma via ficará arquivado com a pesquisadora e a outra foi disponibilizada ao entrevistado. No termo, foi exposto ao entrevistado: a titulação do trabalho, a justificativa, o objetivo do trabalho, os riscos e benefícios.

Foi explicado o procedimento e disponibilizados os contatos telefônicos e o email da pesquisadora e do orientador, a fim de permitir que os entrevistados pudessem se retirar da pesquisa, sem qualquer penalidade, bem como ter informações a respeito da mesma.

O roteiro de pesquisa foi usado como ferramenta de coleta de dados e foi utilizado um gravador para obter os registros da entrevista, para que nenhuma informação importante fosse perdida. Também foram realizados alguns registros manuais. A duração média das entrevistas foi de quarenta e cinco minutos.

Não foi levada em consideração, qualquer informação relacionada à questão econômica e financeira dos hospitais, apenas dados quantitativos de produção. Tais informações são apresentadas no tópico de Resultados e Análises da Pesquisa/Análise dos Dados em Caracterização dos Hospitais pesquisados.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Após a coleta de dados nos hospitais, deu-se início à fase de tratamentos dos dados.

Quanto à codificação dos sujeitos, a representatividade dos mesmos ao longo da apresentação dos resultados foi feita pela letra *G*, por se tratar de *ENFERMEIRO - GESTOR* e foi acrescentada junto a esta letra, a letra *A*, quando se tratar de gestor de enfermagem em *SETOR PRIVADO* e *B* quando se tratar de gestor de enfermagem em *SETOR PÚBLICO*, seguidos por um número (em ordem numérica), definidos aleatoriamente, diante das entrevistas.

Atendendo aos preceitos éticos, a representatividade dos hospitais estudados foi nomeada da seguinte forma: *ALFA* para o hospital privado e *BETA* para o hospital público.

Após as entrevistas, seguiram-se as análises dos dados. A gravação foi transcrita na íntegra, respeitando todas as informações colhidas. Após a transcrição, foi feita uma leitura superficial, seguida de uma leitura profunda, procedendo-se a

tabulação de dados, de acordo com as categorias que foram estabelecidas conforme as informações colhidas.

Segundo Creswell (2010), após a codificação, pode ser gerado um número de temas (categorias), extraídos da coleta de dados, aparecendo como principais resultados no estudo, devendo demonstrar perspectivas múltiplas dos sujeitos de pesquisa, fundamentada por suas atuações.

As categorias de análise podem ser definidas conforme a grade de análise escolhida. No caso de grade aberta (como se aplica o presente trabalho), as categorias de análise surgem ao pesquisador, diante de sua identificação na extração do conteúdo (LAVILLE; DIONE, 1999).

No processo de categorização do estudo proposto foi cabível utilizar a etapa de classificação das categorias, que repartiu elementos comuns e os reuniu de acordo com o tema geral. A classificação foi composta por quatro categorias e vinte subcategorias:

I - Abordagem de Aspectos Gerenciais:

- Oportunidade de Gerenciar
- Tipo de Atividade (Assistencial/Gestão)
- Concepção sobre Gestão em Enfermagem
- Sistematização de Atividades Gerenciais
- Conflitos Gerenciais
- Autonomia Gerencial
- Motivação Gerencial
- Responsabilidade e Complexidades Gerenciais
- Forma/Meios de Alcançar Objetivos

II - Contexto que o Gestor está Inserido:

- Gestão do Hospital Aliada à Gestão de Enfermagem
- Contexto Organizacional – “O Hospital” –
- Reconhecimento do Gestor
- Cultura Organizacional

III - Gestão de Pessoas:

- Organograma Institucional
- Quadro de Pessoal
- Relação com Superiores
- Relação com Subordinados
- Relação com Outros Profissionais Inseridos no Hospital

IV - Aprendizado Gerencial:

- Formação Gerencial na Graduação
- Profissionalização Administrativa

As categorias de análises foram definidas com base no referencial teórico constituído pelas teorias da administração (CHIAVENATO, 2000), gestão contemporânea (MOTTA, 1999, CHIAVENATO, 1997) e pela contribuição dos estudos de Brito (2004; 2005; 2008), Melo et al. (1996), Chaves (2005; 2008), Trevizan (2002; 2008), Spagnol (2002; 2010), dentre outros estudiosos, que abordam o gerenciamento de enfermagem.

A seguir, serão apresentadas as limitações metodológicas, seguida da caracterização dos hospitais estudados e perfil dos gestores de enfermagem.

3.6 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Considerando que todo método tem possibilidades e limitações, torna-se necessário antecipar-se às críticas que o leitor poderá fazer ao trabalho (VERGARA, p.61, 2000). Sendo assim, neste tópico serão apresentadas algumas limitações metodológicas relacionadas a presente investigação:

- A necessidade de acessar os sujeitos nos seus postos de trabalho pode ter prejudicado a obtenção de repostas em profundidade devido às interferências e/ou receio, consciente ou não, de fornecer respostas corretas;
- Este estudo não permitirá generalizações para os demais hospitais, uma vez que devem ser consideradas várias especificidades contidas nesse trabalho, como: porte hospitalar, contexto hospitalar, recursos humanos, infra-estrutura, entre outras;
- Outra limitação pode estar relacionada com a experiência profissional da pesquisadora na área de gestão de enfermagem. Contudo procurou-se certo distanciamento, embora, “admita-se a inexistência da neutralidade científica” (VERGARA, p.62, 2000);
- Os dados quantitativos e algumas informações foram repassadas pelos próprios hospitais.

Capítulo 04

4. RESULTADOS E ANÁLISES DA PESQUISA – ANÁLISE DOS DADOS

Neste trabalho, os hospitais citados a seguir serviram de campo de pesquisa para que fossem alcançados os objetivos traçados. Diante dos contextos em que os gestores estão inseridos, foi importante traçar o perfil das instituições, a fim de conhecer a realidade em que os mesmos estão inseridos, sendo que estes aspectos contribuem para a discussão proposta.

As informações aqui contidas são provenientes de consultas documentais, bem como informações que foram coletadas nas entrevistas e cedidas pelos hospitais pesquisados.

4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

4.1.1 Hospital ALFA (Contexto Privado)

O hospital ALFA Ltda, sediado em um município da Grande Vitória/Espírito Santo, é reconhecido como hospital da rede privada. O hospital é considerado um hospital geral de médio porte, não possui qualquer atividade de ensino e está inserido no nível de atenção em alta complexidade hospitalar em: neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica e hemodinâmica. O atendimento é referenciado e também por demanda espontânea, oferecendo seus serviços a diversas operadoras de saúde.

O hospital fornece serviços para o Sistema Único de Saúde por meio da Secretaria Estadual de Saúde/SESA de forma contratual. Os serviços prestados são

internações clínicas, na tentativa de suprir demandas originadas nos Prontos Atendimentos e Serviços Cirúrgicos em formato de pacotes hospitalares.

O hospital foi fundado na década de 70 por cinco médicos e sócios, concebido através da visão de futuro dos seus fundadores, que enxergavam grandes oportunidades de trabalho e investimentos na região da Grande Vitória.

No início, o hospital era apenas maternidade e casa de saúde e foi pioneiro na região, com projeto de arquitetura idealizado para permitir futura expansão e desenvolvimento das suas instalações. Nos primeiros anos de funcionamento, o hospital contava com 30 apartamentos, centro cirúrgico, centro obstétrico, berçário, Radiologia, laboratório de análises clínicas e um pequeno pronto atendimento.

Ao completar 10 anos de atendimento nos serviços prestados, o hospital ampliou sua estrutura. A primeira expansão contou com a construção de um novo bloco de apartamentos, ampliação do pronto socorro e um moderno centro de diagnóstico. A partir deste crescimento, tornou-se o hospital ALFA Ltda.

Atualmente o hospital possui 124 leitos, distribuídos em: leitos privativos, de enfermaria, UTI, UTIN, UTIP e salas cirúrgicas. De acordo com BRASIL (1977), são considerados leitos, apenas os leitos privativos e leitos de enfermaria, logo foram considerados 90 leitos no hospital. Os leitos privativos e de enfermaria contemplam urgência/emergência, eletivos e cirúrgicos.

Hoje com mais trinta anos de história o hospital ALFA, mostrou que para atingir essa conquista é necessário ser um hospital em constante evolução, além de ter cada vez mais vocação para a vida.

O planejamento estratégico do hospital ALFA está em reconstrução, mas o negócio do hospital está focado em “Solução e Satisfação em Saúde ao Cliente”. A missão e visão são definidas como:

Missão: Promover soluções em saúde, com excelência, buscando a satisfação do cliente e a sustentabilidade da empresa.

Visão: Alavancar o negócio, pelo equilíbrio técnico e administrativo financeiro, sendo referência hospitalar no estado do Espírito Santo no ano de 2012.

Os Valores do Hospital Alfa são expressos por uma rede de valores, conforme figura abaixo:



Figura 2 - Valores do Hospital Alfa
Fonte: Hospital ALFA Ltda (2011).

O organograma do hospital ALFA (ANEXO B) está bem definido, é institucionalmente reconhecido. Isso facilitou o acesso aos gestores na etapa de coleta de dados. O organograma de enfermagem é representado da seguinte forma:

1. Coordenação geral de enfermagem - responsável pelos gestores de área;
2. Gerente do pronto socorro;
3. Gerente da unidade de terapia intensiva;

4. Gerente das unidades de internação (B, C, D, E e F) e quimioterapia;
5. Gerente do centro cirúrgico e central de material estéril.

Para este trabalho foram entrevistados todos os gerentes com exceção do gerente do centro cirúrgico devido à vacatura. A ordem numérica descrita pelos gestores acima corresponde à ordem dos relatos nos resultados.

Como o hospital ALFA é privado, os tipos de vínculos presentes na instituição são regime celetista e serviços terceirizados. O hospital não trabalha com pagamento autônomo. Os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e de fisioterapia são terceirizados e a instituição não tem a informação do número de atendimentos.

O corpo clínico médico trabalha em regime de contrato por pessoa jurídica. Os profissionais médicos realizam os procedimentos e o hospital fatura e repassa os valores, de acordo com estabelecido em contrato.

O hospital possui 467 funcionários em regime celetista. O corpo médico e o bioquímico não se inserem nesse quantitativo. Na prestação de serviços terceirizados, o hospital possui 149 funcionários.

Considerando a área da enfermagem, desse total, 209 são técnicos de enfermagem (44%) e juntamente com os enfermeiros (11%), representam 55% de todo o corpo de colaboradores do hospital. Com relação à área da enfermagem vemos que a proporção bruta geral de enfermeiros é de 01 enfermeiro para 4 técnicos de enfermagem.

.A produção hospitalar apresentada representa o período janeiro a julho de 2010 e elucidam dados de produção ambulatorial e unidades de internação.

Os dados de produção hospitalar foram: 32.519 atendimentos no pronto socorro, 2.717 internações nas unidades de internação e 2.847 cirurgias. Os dados ambulatoriais e de serviço de terapia de assistência ao diagnóstico são terceirizados e o hospital não disponibilizou essa informação.

O hospital é todo informatizado com o sistema de gestão hospitalar MV2000, os dados estão integrados aos diversos setores do hospital e a enfermagem utiliza o sistema como ferramenta de trabalho.

4.1.2 Hospital BETA (Contexto Público)

O hospital BETA é sediado em um município da Grande Vitória/Espírito Santo. Em seu município é o único hospital da Rede Pública Estadual e todo o atendimento tem origem do Sistema Único de Saúde/SUS.

O hospital é considerado um hospital geral de médio porte e apesar de não ser hospital-escola, a instituição possui atividade de ensino, através de campos de estágios de várias faculdades privadas expressos em contrato de parceria.

O hospital está inserido no nível de atenção em alta complexidade hospitalar e média complexidade ambulatorial e é referência do serviço de urgência e emergência. A inauguração do hospital se deu entre a década de 60 e 70.

Na década de 90, o hospital passou por uma reforma geral, aumentou o número de leitos, ampliou as salas cirúrgicas e criou o setor de médio risco, daí em diante passou a se chamar hospital BETA.

Atualmente o hospital possui 78 leitos, distribuídos em leitos de enfermaria (clínica/cirúrgica), médio/alto risco e repouso, hospital-dia, CTI e salas cirúrgicas. Considerando a caracterização de leitos hospitalares (BRASIL, 1977), apenas os

leitos das enfermarias, do médio/alto risco e o repouso adulto são considerados leitos hospitalares, totalizando 64 leitos.

O planejamento estratégico do hospital BETA foi elaborado em parceria com uma faculdade privada, que utiliza as dependências do hospital como campo de estágio. Cabe ressaltar que esse planejamento não foi elaborado em conjunto com representantes da Secretaria de Saúde do Estado/SESA, sendo reconhecido apenas institucionalmente. O reconhecimento do planejamento junto à SESA é de suma importância, mediante a necessidade de atingir os objetivos traçados pelo hospital, uma vez que a SESA é o órgão responsável pelo hospital.

Atualmente o hospital está elaborando um novo planejamento estratégico, por meio de um programa estadual de reestruturação da rede hospitalar estadual, chamado Programa de Melhoria na Qualidade da Assistência Hospitalar - INOVAHOSP.

O INOVAHOSP é um dos projetos estruturantes da SESA, que visa a consolidação da oferta da atenção hospitalar em todas as regiões do estado. Por meio do estabelecimento de metas, o programa contribui para o desenvolvimento de um parque hospitalar no estado, socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, de prestar serviços de qualidade e que atenda às demandas da população capixaba, preenchendo o vazio da assistência (JUSBRASIL, 2010).

O INOVAHOSP prevê, ainda, o monitoramento dos serviços, utilizando indicadores como ferramentas de grande importância, com informações que permitam aos gestores o acompanhamento dos processos e dos resultados. O fortalecimento e a melhoria da qualidade dos hospitais ampliam a condição do acesso e otimizam os recursos para a atenção do cuidado em saúde (JUSBRASIL, 2010).

De acordo com o programa de melhoria, a implantação deste novo sistema, estimula a descentralização da gestão com responsabilidade dos gerentes locais, melhora o controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços prestados, incentiva a criação e utilização dos sistemas de informação, gerencia e melhora a gestão da clínica, além de tornar as organizações mais transparentes e permeáveis ao controle social (JUSBRASIL, 2010).

As estratégias de consolidação do INOVAHOSP passam pelas linhas assistencial, econômica, gerencial, educacional, parcerias com gestores locais e cooperação técnica horizontal (JUSBRASIL, 2010).

O negócio do hospital BETA está focado em “Prestar Assistência Hospitalar” e foram disponibilizados sua missão e valor:

Missão: Prestar assistência hospitalar ao adulto com qualidade, ética e compromisso social, valorizando os princípios da humanização, otimização de recursos e melhoria de resultados.

Visão: Ser reconhecido pela qualidade e humanização do seu atendimento, precisão dos seus resultados, gestão democrática, obtendo o título de acreditação até 2015.

Os princípios do hospital BETA são:

- Assistência humanizada;
- Satisfação dos clientes através da excelência na prestação de serviços;
- Desenvolvimento de recursos humanos, contínuo e com foco em resultados;
- Imagem Institucional acreditada;
- Organização, estrutura e controles, sistematizado, otimizado e contínuo;

- Tecnologia aprimorada de acordo com as exigências técnicas;
- Gestão Participativa.

O organograma de enfermagem do hospital BETA é diferente do hospital privado, não está definido e não é reconhecido institucionalmente. O hospital disponibilizou seu organograma (ANEXO C). Observa-se que o mesmo não contempla a área de enfermagem. Essa questão dificultou o acesso aos gestores na etapa de coleta de dados.

Sendo assim, fez-se necessário um tempo maior no hospital, na busca pelo reconhecimento institucional dos gestores de enfermagem, mediante observação das relações de trabalho, assim como, pesquisa aos demais colaboradores, pelo reconhecimento das chefias de área.

Os sujeitos de pesquisa no hospital Beta foram definidos de acordo com a abordagem feita junto aos enfermeiros assistenciais, à direção, aos próprios gestores e demais colaboradores.

Foi observado que, tacitamente, existem as gerências locais, mas os colaboradores operacionais sentem dificuldades a quem se portar hierarquicamente, devido a indefinição da própria gerência de enfermagem. Observou-se também que os gerentes possuem dificuldades de reconhecerem-se entre si.

Mediante as entrevistas e a contribuição dos gestores, foi elaborado o organograma de enfermagem que representa, atualmente, a real posição dos gestores dentro da instituição. Foi verificada a presença de:

1. Coordenador geral de enfermagem – “Responsável” pelos servidores atuantes, nas gerências das seguintes áreas:

2. Gerente do pronto socorro (médio/alto Risco, repouso, pequenas cirurgias e “leitos de corredor”¹);
3. Gerente do centro de terapia intensiva;
4. Gerente da ala cirúrgica (centro cirúrgico / centro de material estéril e enfermaria cirúrgica);
5. Gerente da lavanderia e higienização.

Para esse trabalho foram entrevistados todos os gestores de enfermagem com exceção do gerente da higienização e lavanderia, devido a licença médica. A ordem numérica descrita pelos gestores acima corresponde à ordem dos relatos nos resultados.

O Hospital possui ainda os setores de Unidade de Internação Clínica, o Programa de Internação Domiciliar/PID e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, não possuem gestores de enfermagem, as gerências são médicas e estão subordinados à direção do Hospital.

Foi verificado que institucionalmente as gerências das áreas supracitadas estão subordinadas a um médico. Uma consideração a ser feita é que toda a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), legalmente deve estar subordinada ao responsável técnico enfermeiro (LEI, Nº 5.905/73). No hospital BETA o RT está representado pelo coordenador geral de enfermagem.

Como o hospital BETA é público, os tipos de vínculos presentes são: regime estatutário, contrato temporário, cooperativa e cargo comissionado. O hospital possui 384 funcionários distribuídos nesses vínculos.

¹ São leitos presentes nos corredores e dependências do hospital para atendimento a uma demanda maior que a capacidade instalada do hospital. Não é reconhecido de fato como leito hospitalares.

A área da enfermagem é composta dos técnicos e auxiliares de enfermagem (37%) e dos enfermeiros (6%), que representam 43 % de todo o corpo de colaboradores do hospital. A equipe médica (15%) é cooperativa e os demais funcionários representam 42%. Com relação à área da enfermagem a proporção bruta geral de enfermeiros é de 01 enfermeiro para 6 técnicos/auxiliar de enfermagem.

O hospital conta com 92 colaboradores para a prestação de serviços terceirizados (serviço de segurança patrimonial, serviço de limpeza e higienização, serviço de alimentação).

A produção do hospital apresentada representa o período de janeiro a julho de 2010, com dados da produção ambulatorial e internação. Os dados de produção hospitalar foram 35.734 atendimentos no pronto socorro, 2.132 internações nas unidades de internação, 1.365 cirurgias, 34.408 atendimentos ambulatoriais. Não foram disponibilizados dados do serviço auxiliar de diagnóstico.

Atualmente o hospital possui o sistema de informação integrado Soul MV/2000, que iniciou em junho de 2009, como ferramenta de gestão. Desde 2002 o hospital possuía alguns sistemas de informatização isolados, como no setor de recepção do pronto socorro, farmácia, financeiro e faturamento, porém, desintegrado e por esse motivo não servia como ferramenta de gestão hospitalar.

Hoje o sistema Soul MV está sendo implantado gradativamente nos setores do hospital obedecendo a um cronograma de implantação acordado pela gerência de informática e tecnologia da SESA e a empresa e em consonância com o programa de saúde digital.

O primeiro módulo contemplou a recepção do pronto socorro, o setor de internação, faturamento e serviço de apoio médico estatístico/SAME. O segundo módulo contemplou as áreas de Farmácia, Almoxarifado Geral, Laboratório e Setor de Diagnóstico por Imagem. O terceiro módulo contemplou o atendimento médico de urgência, ambulatorial e internação. A próxima etapa é a implantação do sistema no centro cirúrgico, seguida de outras áreas administrativas.

4.2 PANORAMA COMPARATIVO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

Esse quadro representa o mapeamento de toda estrutura organizacional dos hospitais pesquisados. Os dados são relevantes no sentido de permitir a compreensão comparativa dos processos de trabalho dos gestores. As especificações são aspectos que contribuem para a discussão proposta.

ESPECIFICAÇÕES	PRIVADO	PÚBLICO
Ano de Fundação	Década de 70	Década de 70
Tipo de Atendimento	Geral	Geral
Porte Hospitalar	Médio	Médio
Nº de Leitos	90	64
Complexidade	Alta e Média	Média
Nº Total de Colaboradores	467	384
Nº Gestores Enfermagem	5	5
Nº de Colaboradores Operacional de Enfermagem	209	141
Percentual de Colaboradores de Enfermagem	55 %	43 %
Nº de Cirurgias	2.847	1.365
Nº SADT	Não fornecido	32.230*

Nº de Internação	2.717	2.132
Nº de Atendimento Pronto Socorro.	32.519	35.734
Tipos de Vínculos	Regime CLT e Serviços Terceirizados	Contrato Temporário Vínculo Estatutário Cooperativa Médica Cargos Comissionados e Serviços Terceirizados

* Dados representativos apenas de número de exames gráficos e de imagem.

QUADRO 3: PANORAMA COMPARATIVO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

As duas organizações hospitalares são muito semelhantes em vários aspectos voltados para o tipo de porte hospitalar, assim como outras especificações descritas no quadro acima. Tal semelhança torna-se significativa para não haver interferência ou distorções acerca do gerenciamento realizado pelos gestores de enfermagem dos hospitais pesquisados.

Quanto ao número de colaboradores do hospital público, observa-se que ele é inferior em relação ao privado, bem como o número de leitos, e mesmo assim o hospital público promove quantidade superior de atendimento no Pronto Socorro. A quantidade de atendimento nas unidades de internações é pouco inferior quando comparada ao hospital privado.

Nos dois hospitais pode ser verificado que grande percentual de funcionários do hospital é da área da enfermagem, inferindo que a gestão de pessoal é significativamente relevante aos gestores de enfermagem, no alcance de objetivos institucionais, diante do cumprimento de normas e rotinas (BRITO; MELO, 2004, BOCCHI; FÁVERO, 1996; NETO; MALIK, 2011;).

4.3 PERFIL DOS GESTORES DE ENFERMAGEM

Nesse tópico é apresentado o perfil dos gestores de enfermagem dos hospitais pesquisados. Os dados preenchidos respeitam na íntegra os dados colhidos. Com relação à classificação de função, no presente trabalho todos os coordenadores e gerentes serão considerados gestores, com as siglas que se seguem.

No hospital ALFA, foi verificada a presença de:

1. **GA1** - Gestor geral - Responsável pelos gestores de área;
2. **GA2** - Gestor do pronto socorro;
3. **GA3** - Gestor da unidade de terapia intensiva;
4. **GA4** - Gestor das unidades de internação (B, C, D, E e F) e quimioterapia;
5. **GA5** - Gestor do centro cirúrgico e central de material estéril/CME.

Não foi possível coletar dados com o gestor do centro cirúrgico, devido à vacatura. As siglas serão utilizadas nos relatos para representar os gestores respectivamente à área de atuação dos mesmos, conforme quadro abaixo:

ESPECIFICAÇÕES	GA1	GA2	GA3	GA4
Tipo de atividade	Gestão	Gestão	Gestão	Gestão
Idade	33 anos	31 anos	25 anos	28 anos
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Tempo de formação profissional	11 anos	05 anos	02 anos	6 anos
Tempo atuando na enfermagem	11 anos	04 anos e 11 meses	02 anos	5 anos e 09 meses
Tempo atuando	07 anos	09 meses	01 ano	1 ano e

como gestor				03 meses
Tempo como gestor de enfermagem no hospital	01 ano	09 meses	01 ano	1 ano e 03 meses
Especialização na área de gestão	02 (Lato Sensu e Stricto Sensu)	Não	Não	Não
Oportunidade de gerenciar	Convite Externo	Convite Externo	Oportunidade Interna	Oportunidade e Interna
Carga horária semanal	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas
Número de colaboradores	280 Técnicos e 38 enfermeiros	26 técnicos e 09 enfermeiros	95 técnicos e 16 enfermeiros	78 técnicos e 11 enfermeiros
Faixa salarial mensal	R\$ 5.500,00	R\$ 2.800,00 ¹	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00

¹ Referência de salário bruto

QUADRO 04: PERFIL DOS GESTORES DO HOSPITAL ALFA.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

No hospital BETA, foi verificada a presença de:

1. **GB1** - Gestor geral de Enfermagem – Assume “responsabilidade parcial” dos gestores das seguintes áreas:
2. **GB2** - Gestor do pronto socorro (médio/alto risco, repouso, pequenas cirurgias e “leitos de corredor”);
3. **GB3** - Gestor do CTI;
4. **GB4** - Gestor da ala cirúrgica (centro cirúrgico/CME e enfermaria cirúrgica);
5. **GB5** - Gestor da lavanderia e higienização.

Não foi possível coletar dados do gestor da lavanderia e higienização devido licença médica da profissional. As siglas serão utilizadas nos relatos para representar os gestores respectivamente à área de atuação dos mesmos, conforme quadro abaixo:

ESPECIFICAÇÕES	GB1	GB2	GB3	GB4
Tipo de atividade	Gestão Assistência	Gestão Assistência	Gestão Assistência	Gestão Assistência
Idade	47 anos	31 anos	29 anos	32 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Tempo de formação profissional	20 anos	09 anos e 10 meses	05 anos	15 anos
Tempo atuando na enfermagem	20 anos	09 anos e 09 meses	05 anos	15 anos
Tempo como gestor de enfermagem	4 anos	02 anos	04 anos	07 anos
Tempo como gestor no hospital	1 ano e 06 meses	09 meses	04 anos	07 anos
Especialização na área de gestão	02 (Lato sensu)	Não	Não	Não
Oportunidade de gerenciar	Oportunidade Interna	Oportunidade Interna	Oportunidade Interna	Oportunidade de Interna
Carga horária semanal	30 horas ¹	30 horas ¹	30 horas ¹	40 horas
Número de colaboradores	23 enfermeiros 189 técnicos	11 enfermeiros e 60 técnicos	05 enfermeiros e 13 técnicos	02 enfermeiros e 20 técnicos
Faixa salarial mensal	R\$ 2.100,00	R\$ 2.300,00 ²	R\$ 1.600,00	R\$ 2.100,00

¹ Gestores são remunerados por 40 horas e cumprem 30 horas.

² Referência de salário bruto.

QUADRO 05: PERFIL DOS GESTORES DO HOSPITAL BETA.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

Em relação ao hospital privado, observa-se que o tipo de atividade exercida pelos gestores é divergente. No hospital privado, os gestores lidam, estritamente, com o gerenciamento do serviço/setor, enquanto que no público, além do gerenciamento do serviço/setor, os gestores lidam com a assistência ao paciente.

Independente desse aspecto foi verificado que os gestores possuem responsabilidade por sua equipe de pessoal, composta por enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Conforme definição da Responsabilidade Técnica do Enfermeiro, onde todas as classes da enfermagem, descritas na Lei nº 5.905/73 e sugeridas por Motta (1999), sobre a expansão da gestão de pessoas na função gerencial.

A média de idade dos gestores no hospital privado é de 29 anos e nesse hospital há dois gestores do sexo masculino, ao contrário do contexto público onde todos os gestores são do sexo feminino e a média de idade é de 34 anos.

No hospital privado, com exceção do gerente geral, observa-se uma linearidade da informação salarial e de carga horária entre os gestores. O valor referido pela GA2 diz respeito ao salário bruto. No hospital público, com exceção da GB3, observa-se também uma linearidade salarial. A GB2 possui faixa salarial diferente devido referência do salário bruto.

A GB3 recebe salário, consideravelmente, inferior em relação aos demais, devido ao cargo comissionado presente no hospital. Sua insatisfação com a falta de isonomia salarial pode ser observada no seguinte trecho:

➤ **Hospital Público**

“Eu recebo R\$ 1.600,00. Na época quando a direção me chamou para voltar como gerente, ela me propôs isso porque não é uma faixa salarial que está de acordo com o que o enfermeiro recebe. A média de piso salarial está entre R\$1.700,00/R\$ 1.800,00. O estado paga mais. O enfermeiro do estado que trabalha de dia ganha em torno de R\$ 2.300,00, e como eu estava entrando para gerenciar, eu era enfermeira e o salário não era compatível (GB3).”

Essa gestora demonstra sua preocupação com cargo comissionado na instituição, uma vez que o cargo é baseado nas relações sociais e políticas e não promove vínculo no hospital:

➤ **Hospital Público**

“Acaba desmotivando em alguns momentos. Quando troca de diretor, a gente chega em casa e o marido pergunta: - O que aconteceu? E eu falo: - O Diretor foi mandado embora. Quem vem? Eu não sei! Não sei se quem vai vir o irmão é enfermeiro, você fica nessa ansiedade o tempo todo [...] sempre fico apreensiva por causa do meu vínculo, eu não sei se vou ficar (GB3).”

Mas em contrapartida, a gestora se sente mais confiante diante dos gestores contratados, que possuem prazos definidos de vínculo com o hospital. Mas em todos os casos o medo da dispensa do hospital, revela que os gestores não conseguem dar continuidade aos seus processos de trabalho em decorrência da rotatividade prevista da máquina burocrática de gestão de pessoas em saúde da esfera estadual. Tal processo entendido como momentâneo e transitório, é pautado em relações políticas do cargo comissionado, na gestão de pessoas do funcionalismo público baseado no concurso público e no contrato temporário, com vigência máxima de dois anos.

A maioria dos gestores do hospital público alega receberem por 40 horas e cumprirem 30 horas. Os gestores relatam que o não cumprimento da carga horária está expresso no hospital como um bônus referente às atividades gerenciais, uma vez que o hospital possui dificuldade de remunerar segundo a função. Essa situação pode ser expressa nos seguintes trechos:

➤ **Hospital Público**

“O que existe na realidade é que a gente tem uma carga horária de 40 horas no contrato. Eu faço 30 horas, eu tenho que fazer 30 horas, 10 horas eu tenho disponível para estar fazendo a coordenação, essas 10 horas, eu tenho que estar disponível, à disposição 24 horas. Eu posso estar em casa ou em outro lugar e eu tenho que estar disponível e acessível nas horas vagas, e eles podem me ligar para resolver o problema (GB1).”

“No papel seriam 08 horas diárias, mas eu faço 06 e fico à disposição com o telefone, e quando eles precisam, eles me ligam [...] faço 06 horas e fico à disposição deles quando eles precisam, à noite, no final de semana (GB3).”

“Financeiramente não (compensa), mas a proposta que eu fiz, não gera ônus, foi não fazer complementação de carga horária [...] Eu tenho 40 horas e faço 30 horas. Todo gerente que não é remunerado faz 30 horas (GB4).”

Apenas uma gestora do hospital Beta, alegou procurar cumprir a carga horária estabelecida (40 horas semanais), independente do favorecimento do hospital com os demais gestores:

➤ **Hospital Público**

“Eu procuro ficar 40 horas e ainda fico de sobreaviso (GB2).”

A remuneração adequada e as recompensas servem para atrair, manter e reconhecer as pessoas nas organizações. Além da busca constante por ótimo desempenho, experiência profissional, senso de responsabilidade, compromisso e lealdade com a organização (CHIAVENATTO, 1997) torna-se significativo relatar a insatisfação salarial, observada nos relatos dos gestores dos dois hospitais pesquisados:

➤ **Hospital Privado**

“Não é um salário merecido pelo que eu faço, acho que é pouco (GA2).”

“Com certeza, não sou bem pago pelo que faço [...] não penso um número, mas a gente assume problemas com responsabilidade tão grande, e ganha pouco. Eu queria ganhar mais que isso. O salário que eu tenho de coordenador eu tenho como enfermeiro assistencial lá (outro hospital) é maior (GA3).”

➤ **Hospital Público**

“[...] a coordenação de enfermagem ela existe, mas ela não tem nenhuma remuneração, nenhum incentivo, mas ela tem uma responsabilidade técnica dentro da instituição (GB1).”

“Não acho um bom salário, acho que merecia muito mais, algo em torno de R\$ 5.000,00 (GB2).”

“[...] tem mês que eu falo que eu mereço um salário a mais, porque não dá não (GB3).”

Outra questão observada é que, pelo fato de os gestores estarem em um hospital público, não se consideram gestores do hospital e sim funcionários da Secretaria de Saúde do Estado. Esse aspecto se assemelha às organizações

burocráticas onde os indivíduos são referidos por suas posições e não ao ocupante (CHIAVENATO, 2000). Os seguintes fragmentos simbolizam isso:

➤ **Hospital Público**

“Eu sou funcionária pública. Eu sou enfermeira do estado, a função de coordenadora, existe uma normativa institucional, que reconhece o coordenador geral, mas não existe, pelo estado, o estado não me delegou essa função, não tem uma delegação do estado (GB1).”

“Eu sou concursada, estou como enfermeira no estado. Internamente existe uma resolução, uma designação como gerente (GB2).”

“Sou gerente do Pronto Socorro. Na verdade, eu respondo pelo cargo de gerente do P.S... (GB4).”

A hierarquia organizacional do hospital público é observada de forma desarticulada e sem referência para os gestores. O organograma do hospital é observado em grande extensão vertical com direcionamento dos serviço/gestores centralizados na diretoria geral (ANEXO C).

A gerência de enfermagem é instituída informalmente no hospital, pode ser observada a ausência da mesma no organograma do hospital (ANEXO C) e no relato do seguinte gestor:

➤ **Hospital Público**

“Quando foi criada a lei do estado, não foi incluída essa gerência, gerência de enfermagem. Na época, nós discutimos frente ao conselho de enfermagem e aí se manteve o nome de coordenador geral, mas não como gerente, que de fato é o gerente. Eu galguei isso dentro do estado [...] manteve de fato institucionalmente a coordenação de enfermagem, mas não tem no papel, a gente estava discutindo isso na SESA. Não tem no organograma. Institucionalmente ela existe, e estou subordinada à Direção Técnica (GB1).”

Nota-se também que alguns gestores possuem conflitos de reconhecimento organizacional de seu cargo gerencial e reconhecimento de chefia, uma vez que o hospital possui a gerência geral de enfermagem, mas de fato ela não está responsável e interligada com gestores de área. Observa-se que o acesso é direto e centralizado, na figura da alta gestão do hospital (direção técnica e direção clínica):

➤ Hospital Público

“Estou subordinada à direção clínica e a direção técnica. Eu acho que deveria estar subordinada à gerência geral. É aquela coisa de cultura. Eu fui acostumada assim, quando a minha folha de férias vem, ela não pode assinar, não é ela quem decide, é a direção. Tem coisas que a gente tromba e fica dividido. Se eu tiver problema com funcionário aqui dentro eu não levo para a Direção [...] tem horas que eu peço socorro porque não sei para que lado eu recorro. A minha questão com a direção sou eu, a minha função é com a direção, minhas férias, abonos. [...] Agora fora isso, tudo que se relaciona aqui dentro e com equipe é com a Coordenação de Enfermagem (processos) (GB3).”

“Se a gente tivesse um organograma eu e ela (Gerente Geral) estaríamos no mesmo posto, que seriam cargos de gerências, ela de enfermagem e eu de setor. Eu sou subordinada à Direção técnica, como gerente, não estou subordinada à Gerência Geral de enfermagem, mas como enfermeira estou [...] sou contratada, no contrato sou enfermeira e aqui dentro fui designada gerente [...] Aqui no hospital falta organograma, acho que as pessoas têm que enxergar melhor a forma de gerenciar isso aqui [...] eu e os demais gerentes, somos 04 gerentes, a gente recebeu uma designação como gerente, mas a vida toda nós fomos enfermeiros e aí éramos chamadas de coordenadoras [...] a própria diretora não nos reconhece como gerente (GB4).”

Diante da teoria da burocracia (CHIAVENATO, 2000), observa-se que o acesso dos gestores à alta gestão e centralização de autoridade da mesma, denota que a estrutura hierárquica não está organizada, prejudicando na rapidez das decisões, na constância e redução de atrito com as pessoas, conforme relato supracitado do GB3.

A ausência de unidade de comando, de unidade de direção e da (des) centralização são princípios básicos da teoria clássica (CHIAVENATO, 2000), que não são observados nas falas dos gestores do hospital público. Vemos um conflito dos gestores, perante a situação supracitada.

Nessa ótica, as questões abordadas demonstram que o hospital público afasta-se de aspectos da teoria clássica da administração, diante várias unidades de comando, descentralização de poder, instabilidade do cargo gerencial e de remuneração não “compatível” com o desenvolvimento das atividades gerenciais exercidas.

Em contrapartida, o hospital privado possui em seu organograma a gerência de enfermagem instituída formalmente e reconhecida (ANEXO B), o acesso de chefia imediata é único, na figura central do gerente geral de enfermagem. Os seguintes relatos refletem essa situação:

➤ **Hospital Privado**

“Só falo com o superior (direção) se for um impacto muito grande na organização, vamos supor, eu tenho que fazer aquisição de um monte de materiais, que vai ter um custo elevado para o hospital, aí tenho que me dirigir (GA1).”

“Ele (gerente geral) dá muita liberdade pra gente, pra tomar atitude. Mas claro que o que a gente vai fazer de mudança, a gente tem que comunicar [...] ele tem uma idéia melhor ou acrescentar alguma coisa, a gente tem a cobertura total, então a gente comunica, eu pelo menos comunico todas as mudanças que eu vou fazer na minha unidade (GA4).”

A abordagem sobre a concepção do gerenciamento de enfermagem para os gestores de ambos os hospitais está estritamente vinculada à gestão de pessoas, envolvendo pacientes, diversos profissionais e educação/capacitação do pessoal de enfermagem. Sendo assim, essa condição corrobora MOTTA (1999) no tocante ao gerenciamento de enfermagem estar potencialmente voltada para as pessoas.

A administração contemporânea abre espaço para uma administração participativa e democrática, onde as pessoas são potenciais para alavancar as organizações. A abordagem humanística surge para dar vez ao empregado e os gestores devem ser parcimoniosos frente à complexidade e abrangência de pessoal no meio social que o cerca (CHIAVENATO, 1997; 2000).

Essa situação pode ser vista no sistema aberto e orgânico (CHIAVENATO, 1997) onde o ambiente e as relações sociais presentes causam impacto na organização. Dessa forma, gestão com pessoas fornece ferramentas para maiores resultados da organização e representa as repercussões e responsabilidades dos gestores em compreender a dimensão humana em toda sua complexidade (DAVEL;

VERGARA, 2001). Essa questão pôde ser verificada nos fragmentos dos gestores dos dois hospitais:

➤ **Hospital Privado**

“Gerenciar em enfermagem é você ter a capacidade de articular pessoas de múltiplas culturas e conhecimentos, tipo nível técnico e enfermagem, com uma bagagem de conhecimento muito baixa, com uma equipe de enfermeiros que não tem conhecimento gerencial e você conseguir desenvolver o conhecimento nessas pessoas e a competência: o conhecimento, a habilidade e a atitude. É a capacidade de você conseguir educar essas pessoas (GA1).”

“Eu acho que liderar pessoas e fazer com que as rotinas e normas da instituição sejam cumpridas (GA2).”

“[...] as pessoas envolvidas, tudo envolvendo os pacientes e outros profissionais, acho que é a gestão de pessoas. Acho que se mistura nisso (GA3).”

“É reunir os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, fazer com que os enfermeiros e toda a equipe de enfermagem preste a melhor assistência para este paciente, com custo bom, com menor custo, com a melhor qualidade, com uma humanização, que todas as pessoas consigam falar a mesma coisa que elas consigam seguir a mesma rotina, e que consigam atingir a meta da instituição. Que toda a equipe de enfermagem, consiga trabalhar da mesma maneira (GA4).”

➤ **Hospital Público**

“ [...] o gerente, principalmente na área da enfermagem, eu entendo assim, que você tem que conseguir identificar que recursos humanos, pessoas, você tem que conseguir ter uma visão ampla, ampliada do indivíduo, quanto o que ele tem as potencialidades do indivíduo e ver o que ele tem de melhor e utilizar o que ele tem de melhor para o seu melhor resultado (GB1).”

“Paciência, muita paciência, saber lidar com o público nesse caso com os pacientes e com a equipe, porque sem a equipe você não faz nada, são eles que estão no batente, são eles que fazem o cuidado, então sem a equipe a gente não faz nada (GB3).”

Quanto ao planejamento de atividades gerenciais, é feito nos dois hospitais de forma individual e não sistematizada, muitas vezes feita por demanda do próprio serviço.

A falta de coordenação dos objetivos da organização alinhados aos processos de trabalho de enfermagem modifica a lógica do planejamento e organização das funções administrativas da teoria clássica e a organização racional do trabalho visto na teoria científica (CHIAVENATO, 2000) e alinha-se à gestão contemporânea (1999). Os relatos dos gestores demonstram dificuldades nesse aspecto:

➤ **Hospital Público**

“Eu tenho o meu planejamento individual, eu não tenho planejamento da Instituição de Tarefas para executar (GB1).”

“Eu tenho meu planejamento. Tenho a rotina de passar em todos os setores, de ver pessoal, número de pacientes por leito, vejo material no CME e CC, o número de cirurgias marcadas para aquele dia e suprimento para todos os setores (GB2).”

“Algumas coisas, sim (eu planejo), alguma ação mais em longo prazo, tipo reunião de equipe que a gente faz de 2 em 2, 3 em 3 meses, é algo que eu aviso antes, que eu programo que eu preparo uma pauta. Diariamente, eu não planejo é por demanda, o que é diário é a rotina. O resto é demanda (GB3).”

“Não, geralmente é por demanda, geralmente quando eu me planejo, saio daqui sem executá-las, nunca consigo. Eu chego de manhã, pego uma folha e escrevo o que não posso esquecer: isso, isso, isso, colo ali, tem até a marca, de vez em quando eu não consigo fazer (GB4).”

➤ **Hospital Privado**

“[...] a gente não aprende muito a como planejar a assistência (GA1).”

“[...] eu planejo, eu escrevo as pendências, eu vejo as necessidades da semana aí eu anoto tudo na agenda, o que tenho que fazer no dia, fora o que vai acontecendo sem a gente planejar. O que planejo do dia eu faço tudo, eu não deixo nada para trás, nada para amanhã, eu faço tudo, o que escrevi de pendências eu resolvo naquele dia (GA2).”

“Eu planejo as minhas atividades, tenho uma gaveta cheia de pendências. As pendências de enfermagem vêm para mim, eu separo por plantão e faço a estatística, tipo plantão noturno: checagem errada, procedimento não autorizado, eu vou conversar com esse plantão. Eu tenho uns técnicos que você sabe não sabe checar, não usa o carimbo, não põe o horário de entrada e de saída usa o carimbo, não checa início de oxigênio com a autorização, que isso acaba empatando depois (GA3).”

“O planejamento ele existe só que nesse planejamento algumas coisas falham [...] Nem planejo visita porque eu tenho que mexer com cartão de ponto que é questão dos recursos humanos [...] Teve uma época que eu vinha para o hospital com umas três listas do que eu tinha de coisas para fazer, chegava em casa frustrada porque eu não tinha terminado nem a primeira, aí comecei a entender que na realidade eu não tinha que me frustrar, eu tava fazendo muita coisa no meu dia, e aí eu fui começando a melhorar (GA4).”

A dificuldade de planejamento e sistematização de atividades gerenciais caracteriza os gestores na perspectiva da linha da gestão contemporânea, uma vez que o gestor age sobre a solução de problemas, com ações desordenadas e intermitentes, a gestão realizada não é a idealizada, devido às contingências momentâneas e dinâmica. O trabalho sem programação e informal se torna imprevisível, com enfrentamento de problemas desconhecidos (MOTTA, 1999).

Sendo assim, o sistema aberto considera o ambiente e a participação de todos os indivíduos envolvidos, sendo, notavelmente, observado nos relatos dos gestores dos dois hospitais. A gestão de pessoas é um fator determinante para a orientação do estilo de gestão dos enfermeiros e para o sucesso de atividades da organização, que dependem dos funcionários operacionais. A democratização das relações interpessoais, profissionais e organizacionais e a valorização do indivíduo e a humanização do mesmo são visto nos seguintes trechos:

➤ **Hospital Privado**

“Você está na coxia, você não está no palco: quem é a estrela no Hospital são as equipes operacionais, eu sou o responsável técnico, mas eu não posso ser a estrela, porque quem faz é o técnico que está lá na ponta, e não adianta eu gritar e falar eu faço, porque eu não vou dar conta [...] prezo pela gestão compartilhada, tento ser o máximo de colaborativo, às vezes, é lógico que toda gestão tem que ser situacional, que é o que, dependendo da situação você tem que ir lá à frente e ajudar a resolver (GA1).”

“Eu sou muito tranquilo [...] eu deixo, eu dou liberdade, eles entram e falam que está acontecendo isso, estou insatisfeito com isso e tenho um problema [...] eu sou um cara que está aberto para falar e também ajudar, a nossa relação é muito boa, eu não penso: estou no poder, eu que mando [...] eu percebo muito quando as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas, eu chamo para conversar (GA3).”

➤ **Hospital Público**

“Eu acho que sou participativa. A gente tem uma comunicação muito tranqüila, eu dou liberdade. Eu sempre peço a eles [...] escutar, ouvir, observar e ver o que a pessoa tem de melhor, acho que todo mundo tem esse potencial, de trabalhar de fazer. Se você tem essa visão ampla, de identificar o que o indivíduo tem de melhor e aproveitar esse melhor em benefício da instituição, acho que é aí que vem a liderança. Eu sou agora a pessoa que vou trabalhando as potencialidades das pessoas para dar o melhor resultado (GB1).”

“Eu acho que a gente anda junto, eu não acho que eu sou chefe, quem tem tribo é chefe e eu sou um membro da equipe. Alguém que organiza, que fiscaliza. Mais eu não sou melhor do que ninguém por estar em cargo de chefia. Então eles estão sempre comigo, em todas as decisões, todas as coisa que vão mudar aqui dentro tem a participação deles [...] eu deixo eles colaborarem, por ex. a gente montou as rotinas, então a gente dividiu tarefas, o que a noite faz e o que o dia faz, então eu fiz o rascunho e passou por todo mundo, passou pelos enfermeiros, todo mundo participou, acho que se eles não participarem, eles não vão me atender, eles não vão cumprir (GB3).”

Essa forma de gerenciar considera as individualidades, as potencialidades e a gestão com foco na humanização diante da participação dos atores envolvidos, de

forma colaborativa, presente na gestão contemporânea e afastada da forma normativa presente na gestão tradicional clássica e científica.

Perante essa situação, os gestores relacionam os conflitos gerenciados em sua maioria voltados para pessoas. Dessa forma, o gerenciamento voltado para a compreensão dessas situações comportamentais, gera um ambiente com ênfase nas pessoas, na busca de soluções democráticas e flexíveis aos problemas de gestão.

No que diz respeito ao quadro de pessoal, observa-se que ele é suficiente no hospital privado. Diante disso os gestores não possuem déficits de colaboradores. Os gestores se dizem satisfeitos com o quantitativo de pessoal, apesar de lamentarem a qualidade da mão de obra dos funcionários técnicos e dos altos índices de *turnover*:

➤ **Hospital Privado**

“Meu quadro de pessoal é suficiente, mas não qualificado. Eu diria que está em processo de qualificação, a gente está com uma política de capacitação de interna e externa [...] eu tenho um dimensionamento de pessoal fixo aqui no hospital. Quando eu quero aumentar ou redimensionar esse quadro eu tenho que fazer um projeto de reestruturação de dimensionamento de pessoal. Desde quando entrei aqui que a gente aumentou muito o número de pessoal (GA1).”

“Estou satisfeita com meu quadro de pessoal. Enfermeiros eu estou satisfeita, técnico de enfermagem eu não estou satisfeita: porque eu tenho muitos novatos e assim, muitos sem experiência nenhuma, e aí quando eles começam a pegar uma experiência, eles pedem conta, eles pegam uma proposta melhor, aí eles saem (GA2).”

“Eu acho que meu quadro está suficiente para a quantidade atual de atendimento [...] acho que os funcionários estão bons em número e qualidade, com certeza os técnicos são capacitados. A gente teve uns treinamentos que foram feitos com os técnicos, e nesse caso o enfermeiro tem que se envolver ainda mais [...] eu estou satisfeito com a minha equipe, eles são novos, entraram quase junto comigo, e eu treinei (GA3).”

“[...] meu quadro de enfermeiros ele é suficiente, inclusive tem até um enfermeiro que é só pra cobrir férias [...] A parte técnica também está boa, a parte técnica de enfermagem, ela é bem fraca e quando você acha um técnico de enfermagem bom, ele tem outro emprego, então isso acaba diminuindo a rentabilidade dele, e quando ele não tem outro emprego ele não sabe nada, ele é fraquíssimo em todos os sentidos (GA4).”

Essa não é a realidade no hospital público. A escassez de funcionários operacionais (técnicos de enfermagem) é alta, prejudicando a qualidade da assistência prestada e levando os gestores a assumirem atividades de assistência de enfermagem ao paciente.

Essa situação corrobora autores como, Neto e Malik (2011) que atribuem o quadro de pessoal - tanto qualitativo, como quantitativo - como um instrumento gerencial na busca da qualidade da assistência ofertada e Kurcgant et al. (2009) que atribui a rotatividade como um problema gerencial.

Diante dos relatos dos gestores, pode-se perceber que o Estado não disponibiliza funcionários para cobertura de férias e nem reposição de funcionários que licenciam, aposentam e vão a óbito, gerando um rombo no dimensionamento de pessoas no hospital público, expresso nos seguintes relatos:

➤ **Hospital Público**

“[...] hoje eu tenho um enfermeiro no médio risco e um no PS, o enfermeiro no P.S está de atestado médico, ou não pode vir, quem vai assumir ali? É possível esse outro enfermeiro que está com muitos pacientes assumir? Ou eu posso estar assumindo esse lugar. Às vezes então eu ajudo, eu vou para a assistência, a gente tem isso, a gente trabalha. Meu colega, por ex. tem 18 pacientes com dependência de cuidados de UTI sob a supervisão dele, só ele. Ele vai dar conta de tudo? Não, ele não tem. Alguém vai ter que assumir ali, então a gente tem trabalhado assim? [...] aí a gente já fez um dimensionamento de pessoal baseado nessa realidade, e nós não conseguimos aumentar e eu encaminho um relatório com solicitação para a Direção e ela encaminha à SESA, o COREN já esteve aqui também [...] saiu uma funcionária que encerrou o contrato dela. Obviamente teria que imediatamente, se saiu hoje amanhã tem que ter outro no lugar dela. Ou, como em uma empresa privada, você chama o funcionário alguns dias antes e treina ele para ele assumir o setor, conhecer setor, se familiarizar. No estado não, só existe uma vaga quando o outro sai, só que o período que uma pessoa sai e a outra chega pode demorar um mês, dois meses, aí você suspende folga, férias, você vai trabalhando. Meu maior problema é pessoal, recursos humanos é um problema [...] ainda aconteceu uma coisa no estado, o funcionário que era estatutário que faleceu ou que pediu demissão, a vaga não é repostada. Então a gente está há bastante tempo com esse servidor que era estatutário, ou que faleceu sem ser repostado, também como falecimento, aposentadoria, a gente não consegue, nem com intervenção do conselho (GB1).”

“É totalmente insuficiente, no meu setor [...] nós temos 24 leitos eu tenho 20 funcionários, para cumprir 04 plantões. A estimativa de cálculo, eu deveria ter 32 funcionários [...] falta de pessoal está em primeiro lugar [...] quando o contratado sai, demora vários dias para recebermos outro no lugar. Eu

sempre fico com buraco na escala. Com relação ao concursado, quando alguém aposenta ou falece ou sai de licença a SESA não coloca ninguém no lugar, porque saiu o efetivo o estado. Tem muito tempo que não faz concurso e sempre fico defasada de pessoal. Trabalhar sem mão de obra que é essencial é muito difícil (GB2)."

"[...] a equipe está desfalcada [...] não, não é suficiente [...] eu não tenho cobertura de férias, folga e atestados [...] quem está segurando são os voluntários [...] minha enfermeira está de férias há 30 dias e eu não tenho ninguém para repor. O meu problema é o que a gente chama de folguista/ferista, seriam pessoas de stand by, que é uma margem de 15% a mais de funcionários que eu não tenho [...] Só gera vaga para contrato, funcionário contratado. Efetivo morre, aposenta, pede licença sem vencimento e ninguém vem (GB3)."

"Totalmente defasado [...] a gente fez um levantamento inclusive em cima daquela portaria federal, e está totalmente defasado. Só de enfermeiros no P.S. são sete que estão faltando, técnicos então nem se conta, muito mais [...] nem sempre eu não consigo ter a qualidade que se espera, por déficit de funcionários[...] eu já perdi várias pessoas que morreram e não repõem, e aí vai perdendo a vaga, o concurso não está vigente, não tem suplente, não tem como repor, enfermeiro, técnico. Tem dois anos inclusive que estamos pedindo na assembléia para liberar as vagas existentes (GB4)."

Diante do problema de pessoal acima exposto, os gestores deparam-se ainda com o comportamento rebelde dos funcionários efetivos, que se portam de forma diferenciada, considerando terem privilégios em relação aos funcionários contratados. Os gestores possuem dificuldades quanto aos mecanismos de repressão, devido ao vínculo público, assim como a instituição do conjunto de normas e regras.

A falta das prerrogativas da burocracia está presente nessa situação, prejudicando o gestor de ter atuação sobre o seu funcionário, retirando a voz de autoridade e poder dos gestores conduzindo-os à desmotivação corroborando a pesquisa de Kurcgant et al., (2009)

Expressa nos seguintes fragmentos:

➤ **Hospital Público**

"A dificuldade que existe são os mecanismos de correção e de punição que o estado tem. A máquina do estado é muito burocrática. Por ex. a gente dá uma advertência, aí depois tem um processo que se instala e a gente encaminha o processo. Isso é muito demorado, eles ficam com medo, mas não levam muito a sério. O ruim é que você se confronta com o funcionário, antes de alguma medida ser tomada [...] Eu acho que o que precisa

melhorar é o processo de punição do estado, para favorecer que as medidas sejam tomadas (GB1).”

“Acho que tem uma diferença do funcionário concursado para o contratado. Acho que uma vantagem, uma mordomia que acho que está relacionado à índole da pessoa. Se ela quiser dar um atestado, uma licença, ela vai fazer isso independente do vínculo, mas o concursado tem esse privilégio (GB2).”

“[...] acha que as coisas nunca vão melhorar que sempre foi assim para que eu vou mudar agora? Que não vai valer a pena, aí quando começa a mudar vê que melhorou e aí volta atrás. E eu falo que tudo que você vai mudar aqui é uma sementinha que você planta, que você vai colher resultados daqui meses. É muita gente antiga, que fala que não vai fazer porque vai aposentar e então para que eu vou me estressar com isso agora? Deixa do jeito que está, depois que eu sair resolve. Você acaba aceitando, porque é a realidade. Eles vão se aposentar, não vai vir funcionário e você vai ficar com a escala desfalcada, a realidade é essa. Na rouparia eu tinha problema, porque todo mundo era efetivo, era um caos você implantar alguma coisa, e não quero, não vou fazer, você não manda em mim e se eu fizer você vai embora(GB3).”

“[...] o efetivo é aquele funcionário que acha que tem vantagens e que ele acha que pode tirar proveito em cima dos contratados. Por ex., se ele apronta alguma coisa, ele acha que está imune de qualquer coisa, porque ele é efetivo e nada vai acontecer comigo [...] o contratado, a gente manda embora, rescinde o contrato. O efetivo, a gente abre um processo administrativo, que é lento. E quando a gente não quer esperar o processo, a gente dispõe esse funcionário, fica à disposição da SESA, o que não acontece com frequência, porque você coloca à disposição e a gente não recebe outro no lugar. A gente fica repreendendo aqui dentro para não perder a vaga, porque se você tirar acabou, perdeu a vaga, **a gente gerencia a vaga, não é o funcionário** (GB4).”

Outra questão é o fato do hospital público possuir em seu quadro de pessoal, muitos funcionários em contrato temporário, sendo que esses funcionários não são selecionados conforme especificação da área necessária.

O hospital recebe um funcionário despreparado. Quando ele se torna capacitado e qualificado, com experiência adquirida na própria organização, encerra-se a vigência do contrato temporário. Inicia-se, então, uma chamada para novas contratações, um processo cíclico e rotineiro no hospital, que promove inúmeras dificuldades para os gestores de enfermagem, podendo ser observado nos seguintes trechos:

➤ **Hospital Público**

“[...] eu tenho um funcionário no CTI, que é excelente. Uma mão de obra treinada, conhece ali e agora encerrou o contrato dele. Porque agora são 02 anos, pode ter um ano e renovar por mais um. Daqui a 02 anos ele pode ser

o melhor funcionário e eu não tenho o direito de mantê-lo aqui. E posso receber um outro que pode ter as mesmas habilidades dele e pode ser altamente descompromissado. Eu não tenho direito de opinar, eu sou gestora, mas eu não consigo fazer gestão, tudo está na máquina do estado. Eu administro as decisões do estado [...] 70% dos funcionários, dos servidores que eu tenho são contrato temporário, 30 % são estatutários[...] o contrato temporário não é feito seleção. Eu preciso de um funcionário com experiência em UTI e eu não consigo ter interferência em recrutamento nenhum, eu recebo o que vier. O que eu faço hoje eu chego para a pessoa e vejo qual a habilidade que ela tem e vou direcionar essa habilidade para um lugar que dá para absorver (GB1).”

“Vem o que vier, tem um processo seletivo, feito pela SESA e quando o RH solicita que seja disponibilizado profissional, vem o que está na lista. Isso é super desagradável, você pegar uma pessoa que está no topo da lista, porque ela tem uma coisa que conta muito no processo seletivo, que é tempo de experiência. Ela tem 10 anos de enfermagem, em posto de saúde, em unidade de saúde e chega ao hospital e não sabe fazer nada, não tem nada e aí você tem que treinar do mínimo até conseguir alcançar. Toda mudança de contrato tem conflito, porque é o colega amigo que está saindo e está ficando provavelmente desempregado, e é o colega novo que está assumindo a vaga do outro que está deixando, então a recepção às vezes é fácil e às vezes não é fácil. Existe esse conflito, nosso maior conflito aqui no momento é esse (GB2).”

“Vem qualquer funcionário, de qualquer jeito, com experiência ou sem experiência. De tanto a gente bater na tecla e conversar com a Direção, esse ano eu troquei 04 funcionários de uma vez só, então foram 04 funcionários a menos (GB3).”

“Eu não faço seleção nenhuma, vem o que vier, vem da SESA através de processo seletivo. Isso é uma coisa que a gente briga muito aqui, porque não tem critério [...], se eu selecionasse seria um diferencial [...] Sou contratada e meu contrato vence em novembro de 2011. Eu tenho que fazer outro processo seletivo, fazer o que, né? Isso é uma das coisas que desmotiva, deixa a gente desestimulada, você faz, faz e se eu não passar no processo estou fora. E mesmo se eu passar, se eu não ficar um ano fora, porque agora tem que aguardar 01 ano fora e voltar depois de um ano [...] quantas pessoas passaram por aqui nessa situação, pessoas que participavam ativamente do processo de gestão [...] desmotiva saber que você tem os dias contados aqui dentro (GB4).”

Por outro lado, no hospital privado essa realidade é bem diferente, os gestores não possuem dificuldades com contratação de pessoal e possuem autonomia de participarem do processo seletivo institucional, recrutando funcionário de acordo com a área e especificações de atuação.

Nota-se que o processo seletivo do hospital privado, seleciona o candidato diante do teste de conhecimento e experiência na área. A seleção da SESA se baseia no tempo de trabalho. A gestora GA4 sinaliza que os gestores participam também no treinamento admissional institucional, conforme relato:

➤ **Hospital Privado**

“A gente faz também, o RH com a gerência. O técnico primeiro passa por uma avaliação, primeiro uma entrevista, depois uma prova, depois uma avaliação psicológica. Todos passam por esta avaliação, acho que a lógica de enfermeiro, que depende da área (GA1).”

“Eu faço a solicitação de pessoal, eu participo desse processo, é uma dinâmica de grupo [...] da última vez fizemos com sessenta técnicos [...] normalmente eu corrijo as provas ali mesmo e já seleciono quem eu gostei e quem não gostei e eu encaminho ao RH (GA3).”

Eu que dou o treinamento admissional, para o hospital inteiro. Igual hoje. Hoje é dia de treinamento admissional, o colaborador novato esta lá, cada um (os gestores) vão lá e falam meia hora. Por exemplo, o meu horário hoje é uma e meia. Se ele não passar na prova teórica ele não entra, mas se ele foi muito ruim na entrevista, ele pode ter tirado uma excelente nota na prova técnica, mais aí ele também não entra [...] todo mundo faz a prova, prova específica teórica, técnico e enfermeiro, são diferentes os tipos de prova para cada área. Para cada área tem três tipos de prova, passa por processo seletivo (GA4).

A subcategoria contexto organizacional, delinea o conjuntura do hospital, com aspectos da organização que interferem ou favorecem no gerenciamento dos gestores. Observa-se, que no hospital público, a rotatividade de dirigentes, promove uma falta de referência de gestão, conforme citação.

Outra questão observada, é que mesmo com a presença de material, medicamentos e equipamentos de ponta, suficientes para oferta de uma boa assistência, a estrutura física e recursos humanos são empecilhos na gestão realizada pelos gestores do hospital público, principalmente quando aliada ao crescimento quantitativo de atendimento.

A informatização do hospital, também, se encontra prejudicada diante do rodízio de funcionários.

Além disso, vê-se que as muitas decisões administrativas são centralizadas e dependem da Secretaria de Saúde do Estado. O próprio planejamento estratégico produzido no hospital, não consegue ser implementado devido à ausência de

representantes da SESA neste processo. Os relatos abaixo demonstram que a conjuntura hospitalar interfere na gestão dos enfermeiros:

➤ **Hospital Público**

“Temos um hospital improvisado, os corredores começam a serem unidades de internação. Então esses espaços que temos pacientes com dependência de cuidado ele gasta muito pessoal e eu não estou preparada [...] O hospital todo é informatizado. Alguns setores estão usando e outro não. Até porque tem isso a gente fez treinamento, até o curso de informática básica. O pronto socorro tem funcionário que não tem o requisito de informática, de repente o estado decidiu que eles iriam sair e entraram outros [...] Temos o planejamento estratégico que está no papel, inclusive foi produto de uma parceria que fizemos com um curso, todos os coordenadores e gerentes participaram e a direção também, mas na prática não funciona [...] vem de cima [...] É o estado que tem que fazer o P.E., é ele que tem o poder. O estado é uma barreira para o crescimento da instituição. É ele que tem que fazer ajuste, principalmente na questão da ambiência, que é horrível. Depende do estado, a estrutura-física, para melhorar o fluxo de trabalho. Eu preciso de reforma, para mim reforma hoje é importante. O estado é muito distante do planejado e executado. O estado faz essa mudança abrupta de diretor e isso é ruim, porque quebra o processo, não tem continuidade, não tem planejamento (GB1).”

“Tem muita rotatividade. Isso aqui é um hospital público, a direção do hospital é cargo de confiança do secretário de saúde. A cada mudança de governo, a cada mudança de secretário, nós temos mudança de pessoal. Cada novo grupo de gestores do hospital tem a sua maneira de trabalhar. Alguns vêm com idéia de continuidade, alguns vêm com uma idéia revolucionária, depende do que eles colocam na direção [...] cada fase é uma fase. O nosso hospital, a gente tem melhoras com o desenvolvimento da tecnologia, a gente vai acompanhando, novos aparelhos.... mas a forma de gerir, de administrar [...] o hospital aumentou, não aumentou fisicamente, mas aumentou o número de pacientes que a gente atende [...] acho que ele vai acompanhando as mudanças e vai se adaptando. Não falta equipamento, não falta material, isso foi uma época de um outro governo. Nesses últimos anos, desses oito anos, a gente não tem falta de material, nem equipamento básico, nem falta de exame. Sabe quando você conseguiria uma tomografia? Eu marquei em três dias, nem particular a gente consegue isso [...] Falta número de leitos, profissionais, material humano, trabalho humano. E para ter mais leitos, logicamente você tem que ampliar a estrutura física (GB2).”

“Gosto de trabalhar independente da estrutura. O nosso problema hoje é estrutura física. A gente tem equipe qualificada, a gente está conseguindo equipamentos novos, a gente tem aqui um respirador que tem no Albert Einstein. Só que o nosso problema é parede, o espaço físico é inadequada. Equipamento a gente tem. A gente consegue produtos, não falta material e medicamento. O problema é estrutura física que é muito deficiente [...] recursos humanos e setores. A gente não consegue resolver, a estrutura física, porque as duas coisas dependem da SESA, a decisão é toda da SESA, se eles barrarem lá em cima, pára aqui. O Hospital é o reflexo final, é quem está na ponta, no atendimento e é quem mais sofre com as decisões lá de cima [...] A gente fica muito tempo sem diretor, entre a saída do penúltimo e a entrada do último nós ficamos meses sem a referência de um diretor geral, e sem alguém ter sido nomeado interinamente [...] esse rodízio

que a gente tem de diretor, eu acho ruim, porque às vezes você está conseguindo alguma coisa com o diretor, aí entra outro com outro perfil e aí você não sabe se aquilo vai ter continuidade ou quando vai dar continuidade. Então a gente não sabe, o nosso diretor foi exonerado na 2ª feira à tarde, e ninguém sabe o porque. Ele passou no setor, se despediu e acabou. A gente não sabe porque, a gente nem foi comunicado, só ficamos sabendo porque saiu no diário oficial (GB3)."

"O espaço físico é muito ruim. Você entra aqui e você não tem prazer de chegar aqui. É um lugar feio. Aqui não é agradável. Agradável é o ambiente de trabalho [...] não adianta reunir o máximo de esforços sem o apoio da SESA [...] e, hoje em dia, é péssima, a estrutura que a gente tem. É péssima. Se a gente tivesse como mexer com estrutura física, comprasse móveis, isso aqui estava ótimo [...] eu não consigo oferecer tratamento de boa qualidade. Eu tenho paciente acamado no corredor, toma banho de leito no corredor, como é que faz? Só pelo fato dele estar no corredor, eu não posso falar para você que eu dou um banho de leito de qualidade. Pelo menos eles são atendidos. Não falta, aqui não falta medicamento, não falta nada de material e medicamento. A última vez que a gente passou por falta de material aqui tem uns 05 a 06 anos atrás [...] O Planejamento Estratégico não vai para frente se não tiver alguém da SESA aqui (GB4)."

Em contrapartida, observa-se que o contexto organizacional do hospital privado direciona a gestão a ser realizada pelos gestores, baseada na realidade e nas necessidades da organização. O hospital é visto pelos gestores como uma empresa, onde o crescimento estrutural acompanha o crescimento de pessoal, focando a qualidade da assistência e na busca pela titulação de referência hospitalar, conforme relatos abaixo:

➤ Hospital Privado

"Eu procuro fazer gestão com a realidade de hoje [...] tem uma unidade que é a unidade B, que é de 31 leitos que ele tem convênio com a SESA que é a secretaria de estado de saúde. A unidade toda vai para lá, tabela SUS, pacote né? Pacote fechado. Hospital está em constante mudança. Principalmente o hospital Beta, que aumentou mais de 40 leitos, só em um ano [...] estamos em processo de certificação agora, a gente está organizando o hospital para ONA nível 01, então, (as metas) são qualitativas (GA1)."

"Aqui no Hospital, nós passamos por várias mudanças em pequenos períodos. Agora a gente está conseguindo visualizar melhor as mudanças [...] a gente consegue perceber que a gente está conseguindo fazer os processos, fazer com que eles sejam cumpridos. Escrever, mesmo os processos. Agora está melhor. Não era feito, a gente ia tocando o barco apagava incêndio aqui outro ali. Agora não, agora tem direção, sabemos onde gente tem que caminhar. Acho que a mudança vem da Instituição como um todo, ela estava perdida, sem direção mesmo (GA2)."

"O novo diretor entrou e implementou uma outra estrutura, que foi contratar mais gerentes. Esses gerentes chamaram os coordenadores, foi dividido o poder de certa forma, o hospital assumiu uma outra postura em relação à qualidade: buscar maior qualificação profissional, buscar maior qualidade no

atendimento do paciente aqui dentro. O hospital assumiu outra postura, de fazer a empresa crescer. Mas também pensando no bem estar do cliente, nosso logotipo mudou, a gente está buscando crescimento (GA3)."

O contexto da organização direciona a forma de gerenciar dos gestores. Os aspectos voltados para questões financeiras e contábeis, envolvendo gastos, custos, receitas, dentre outros, norteiam o gestor em sua atuação na organização, no que diz respeito ao direcionamento e controle de ações e decisões e auxílio no diagnóstico dos seus processos de trabalho.

Perante isso, observa-se ausência de acompanhamento de dados quantitativos relevantes ao gerenciamento de unidades no hospital público.

➤ **Hospital Público**

"Nós não temos noção de dados, não nos é repassado nada. Gerencio sem números e a questão financeira não é a grande importância para o estado. A importância é uma questão social, é o atendimento do paciente, é o procedimento, independente de onde, quando e como. Nunca vi um balancete financeiro, contábil do hospital (GB1)."

"Controle de custos não tem, nem de receita. Isso ia começar a ser feito com o MV. A gente não teve um retorno ainda, depois do MV, como isso ficou (GB3)."

"Hoje, aqui, eu não enxergo dados nenhum. Algumas coisas eu consigo fazer estatísticas. Hoje em dia eu consigo fechar as estatísticas da Classificação de Risco. Eu tenho também o sistema MV, mas não acompanho. A faturista nos passa algo, número de atendimentos, às vezes [...] Não acompanho nada do hospital, não consigo mensurar os gastos da minha área e é uma das coisas que a gente já pediu. O máximo que eles passam é conta de telefone. Não consigo fazer controle, é muito gente, é muito aluno e o MV está começando agora, não tem nem um ano. Tem uma série de déficits que têm que ser sanados (GB4)."

Essa falta de definição e orientação administrativa causa impacto na organização, orientando a promoção de uma gestão amadora. Kurgcant (2005), descreve a contabilidade gerencial como um importante instrumento administrativo nos processos decisórios.

No hospital privado essa situação é inversa:

➤ Hospital Privado

“A gente tem uma reunião mensal, que é chamada AGU. São reuniões que são feitas com os coordenadores e os enfermeiros [...] e nessas reuniões tudo é passado: a parte financeira, os gastos de cada unidade, as metas as serem atingidas e aí a gente consegue visualizar coisas que gastam tanto materiais [...] é colocado, sim, tudo às claras pra gente, financeiro, quanto está gastando, quanto está perdendo, quanto teve de glosas, tudo é colocado para gente, através de indicadores. Mas eu não faço controle financeiro, eles quem fazem. Eu só tento controlar na nossa parte assistencial, os gastos com materiais, medicamentos. A gente tenta fazer esse controle aqui embaixo, a gente vê os números lá e tenta agir aqui embaixo, de acordo com os dados que eles passam para a gente e no final é visível o controle que fazemos no setor (GA1).”

“Tenho aprendido muito aqui, essa oportunidade de ver a questão de custos, margem de lucros [...] se eu abrir a DRE aqui você vai ver, quanto eu faturou e quanto eu não faturou. Olha você está gastando demais, você tem que diminuir seu gasto [...] o P.S como a maioria, não dá lucro, eu sei que não dá prejuízo, não é um setor como a UTI que dá um milhão, oitocentos mil, meu setor dá 20.000,00 , 30.000,00 , isso não faz cosquinha para o montante do hospital. Pelo menos eu não estou no vermelho, eu penso que o enfermeiro tem que amadurecer a questão de valores, como a maioria que faz procedimento autorizou ou não autorizou (GA3).”

“Nossa meta é produzir mais com menor custo (GA4).”

Considerando as competências técnicas gerenciais executadas pelos gestores dos dois hospitais, foram delineados problemas com identidade profissional, institucional e social. O fato de o enfermeiro ser generalista e assistencial direciona os gestores para um conflito de personalidade profissional, de acordo com os seguintes relatos:

➤ Hospital Público

“Quanto o status, tanto o hospital particular, que eu já trabalhei, mas atualmente estou só aqui. Como aqui, a cultura é o enfermeiro é um só: auxiliar, técnico, enfermeiro ele é o enfermeiro. Eu não vejo questão de diferença de status (GB1).”

“Eu acho que a enfermagem da minha época de 20 anos atrás, ela mudou. O enfermeiro, ele se tornou mais consciente do papel. Mas no ponto de vista da negociação, da discussão, da análise de processos de trabalho, ele está sendo mais reconhecido, a contribuição tem sido mais significativa. Mas para o usuário, ele não tem essa clareza, que você é enfermeiro, o que o enfermeiro faz. Tem uma falta de identidade (GB2).”

“Eu venho, faço os pedidos que tem que fazer, tudo. Se tiver intercorrência eu atendo, entro na assistência [...] acontece que aqui a gente não faz só a parte burocrática, a gente faz os dois. A gente faz serviço de dois profissionais e recebe por um [...] A própria diretora não nos reconhece como gerente..e você é cobrado como tal. Na carteira não tem isso formal, função e cargo é enfermeiro, papel faz a diferença (GB3).”

➤ Hospital Privado

“Essa relação profissional do enfermeiro (gerencial) está muito enraizada ainda no cuidado, estritamente cuidado e não [...] eu tenho que analisar como esse cuidado está sendo feito, e eu sou co-responsável por tudo que o meu técnico de enfermagem faz como enfermeiro, e ele não tem isso, ele acha que ele está lá para ser mais um da equipe e não ele tem que ser o líder da equipe. Ele tem que ser co-responsável por tudo que a equipe faz e isso ele não tem muitas vezes [...] eu acho que o que o hospital quer é o que enfermeiro dê resultados, só que, o enfermeiro não sabe o resultado que o hospital quer (GA1).”

“Eu acho que é uma área boa, dá certo status, falar assim, eu sou gestora, eu sou coordenadora, dá certo status. Mas eu não sei que ponto isso é bom. Porque você fala: eu sou coordenadora, aí te perguntam: o que você faz lá?: - Ah...., eu só faço escala. Tem gente que acha que eu só fico no computador, que eu só faço escala. Eu te digo que é difícil você me encontrar aqui, é o lugar que eu menos fico é na minha sala. Eu acho que a enfermagem, os enfermeiros, precisam ter uma visão do que é gerenciamento, do que é ser coordenador, para saber atuar (GA3).”

“O enfermeiro vai ser cobrado por tudo, pela higienização, pela nutrição. Olha, o quarto está demorando, o paciente não subiu ainda (no quarto), o médico não prescreveu e o parecer não passou (GA4).”

Os próximos relatos fazem representações sobre a gestão na graduação e profissionalização administrativa na enfermagem.

Diante dos fragmentos das falas de parte dos gestores dos dois hospitais, foi observado que o aprendizado na área de gestão na graduação de enfermagem, com aspectos voltados para gerenciamento de serviços hospitalares e de gestão de pessoas foi insuficiente. Não forneceu subsídios satisfatórios para atender as demandas atuais dos hospitais que estão inseridos.

Observa-se que os gestores tiveram dificuldades com relação a esse quesito, visto que a abordagem pedagógica dos mesmos esteve voltada para a assistência ao paciente. As experiências gerenciais dos gestores permitem uma leitura da realidade acerca da articulação ensino/prática, conforme os fragmentos:

➤ Hospital Público

“Não foi suficiente, precisa de mais, de muito mais, é muita coisa que você tem que saber tanto no hospital público, quanto no particular [...] a gente poderia estar estudando um pouco mais de teoria da administração, desde o básico de cálculo de pessoal, a realização de uma escala até os grandes mestres e teorias da administração (GB2).”

“[...] até comento com meus alunos que falam: a gente não vê gerência (na graduação) a gente não vê, como vamos fazer? E eu falo que só a prática mesmo [...] você tem 40 horas de gestão e aluno aprende a fazer escala e olha lá (GB3).”

➤ **Hospital Privado**

“A graduação, ela não traz para o enfermeiro o perfil gerencial. Nós somos educados na universidade a ser enfermeiro assistencial. O conteúdo teórico em administração de enfermagem na graduação, ele não te dá base para ser gerente de enfermagem, nem para gerenciar a enfermagem [...] porque ele (aluno) foi condicionado na faculdade a cuidar e não gerenciar o cuidado. Os estágios que nós fazemos na universidade, ele ensina a gente a ser operacional (GA1).”

“Eu acho péssima, a gente não tem base nenhuma, acho que não posso trazer nenhum aprendizado para a prática. Eu acho que deveriam colocar, ter, uma matéria específica e colocar um prazo, uma carga horária mais longa e ensinar como coordenar. Mas pelo menos fazer práticas, fazer simulações, como ser coordenador, como liderar pessoas, acho que deveria ter mais essas coisas no curso. Eu tinha administração, mas não envolvia essa parte de coordenação de enfermagem, de gerência de enfermagem, a gente não tinha (GA2).”

“Bem ruim. O profissional enfermeiro é formado para lidar com paciente, acaba que ele forma com enfoque cliente/paciente [...] Eu acho que teria que ter noções de pessoas, da administração hospitalar, que acaba que não, mas a gente lida com números. Eu tive uma matéria de administração que não teve peso, para estar fazendo o que eu estou fazendo hoje não [...] O foco também acaba sendo o paciente, o enfermeiro se forma pensando só em tratar o doente, vê o próprio o doente, mas não envolve só isso (GA3).”

“[...] a graduação, ela prepara para assistência. Eu tive, no último período, uma questão de administração, mas é muito vago, é bem simples, por exemplo, a graduação ela não [...] a minha preparação, ela teve foco em custo, que hoje as pessoas cobram muito. Hoje você tem que ser ágil, trabalhar bem, com boa qualidade e com custo baixo, e assim, a graduação que eu tive ela te prepara muito para a área assistencial, para gestão não. [...] Pra gestão a carga horária é insuficiente. Essa questão de gestão de equipe, de cuidar de uma equipe inteira, eu não tive (GA4).”

Apesar da formação do enfermeiro estar direcionada para a assistência, merece destaque o fato da assistência de enfermagem estar intrinsecamente ligada aos processos de gestão. Os gestores dos dois hospitais relataram que aprenderam gerenciar inseridos na assistência ao paciente. Surge então a importância da articulação da assistência/gerência.

Alguns autores defendem que essa ligação deve estar cada vez mais próxima. O taylorismo (CHIAVENATO, 2000) explicita a necessidade dos gestores estarem inseridos nas funções operacionais, para fornecimento de subsídios

necessários para cobrança e controle. A teoria é corroborada diante da fala dos seguintes gestores:

➤ **Hospital Privado**

“Meu aprendizado foi na área (na assistência). É uma área muito difícil, sair da assistência e ir para a coordenação, o que eu aprendi muito [...] porque eu saí da assistência e vim para coordenação. A transição foi muito difícil para mim (GA2).”

“Na verdade, o meu assistencial em outra instituição a gente desenvolve a parte administrativa [...] a assistência e acabou me trazendo para cá [...] eu vejo a gestão da assistência, não foge um do outro, estão interligados (GA3).”

“Assim, eu acho que, para você gerenciar, você também tem que ser assistencial porque você tem que saber (a assistência). Como você vai orientar uma pessoa [...] tirar a sonda de tal maneira, se você não sabe?! Que parâmetros você tem para avaliar?! Então eu acho que, o assistencial você nunca consegue largar ou você nunca deve largar, porque você não vai ter parâmetros pra saber se está fazendo certo ou não (GA4).”

➤ **Hospital Público**

“Eu acho que tudo somou, acho que o resultado do que eu sou hoje, vem tanto do aprendizado, tanto na graduação, como na experiência que eu tive na assistência (GB1).”

“[...] você tem que ter o conhecimento mínimo (assistencial) para você saber cobrar (GB3).”

Diante desse paradoxo, observa-se dificuldade dos gestores no tocante à formação gerencial na graduação. Observou-se, nos dois contextos, que o aprendizado gerencial e a profissionalização nessa área foram em grande parte com origem na assistência, no próprio hospital e também na troca e disseminação de conhecimento com outros gestores. Vê-se, então, o hospital como lugar de aprendizado e reprodução de práticas, contribuindo na formação gerencial do gestor, de acordo com:

➤ **Hospital Privado**

“[...] eu não tinha noção do que era ser coordenadora. Eu fiquei um mês para dar resposta, porque eu tinha medo, eu não sabia o que era, eu não aprendi na faculdade o que era isso. Então era um desafio e eu vou ver o que é, se eu não aceitar eu não vou saber nunca (GA3).”

“Tenho aprendido muito aqui, essa oportunidade de ver a questão de custos, margem de lucros, que são coisas que assim, ficam longe (da assistência), se eu abrir a DRE aqui você vai ver, quanto eu faturei, quanto eu não faturei, olha você está gastando demais, você tem que diminuir seu gasto. Porque esse tipo de cobrança, a gente não vê na faculdade (GA2).”

➤ Hospital Público

“[...] eu cheguei aqui, eu não era nada, não sabia nada, nada. Eu vim de PSF direto para cá, eu não tinha prática hospitalar nenhuma (GB4).”

“[...] Eu tenho uma pessoa que trabalha comigo, mais velha, que hoje eu falo brincando com ela que ela é minha mestra. Quando eu cheguei há 18 anos, eu encontrei ela na coordenação. Então ela é uma pessoa muito resolutiva, apesar de ela ter mais de 30 anos de trabalho e a própria idade e tecnologia vai pesando, mas ela é minha mestra. Eu percebo que ela toma uma responsabilidade para si, esse problema é meu, eu vou resolver e enquanto ela não resolve, ela não descansa, está ativa e ela quer resolver o problema, minha mestra (GB1).”

“Cada pessoa tem uma coisa a acrescentar. É lógico que, se você vê o gerenciamento do CTI e se algo de bom está acontecendo lá, algo de bom vai acontecer para mim também, porque eu estou aprendendo com ela (GB2).”

“[...] é só no dia-a-dia que você aprende, só na experiência, cada dia um dia, não tem jeito [...] eu gosto muito do que eu faço, aqui foi a minha escola. Eu me formei, com 02 meses eu caí aqui dentro e estou até hoje [...] aprendi a gerenciar no dia a dia, aprendi vendo outras pessoas gerenciar, conversando e pesquisando em casa (GB3).”

Os gestores estão em busca de especializações na área de gestão, para embasamento de conhecimento científico aliado à prática. Dos gestores entrevistados, observa-se que apenas os gerentes gerais possuem formação em nível de pós-graduação, tanto no hospital privado (Quadro 04) como no público (Quadro 05), mas os demais reconhecem a necessidade de especialização e capacitação nessa área, para fornecimento de qualificação profissional, uma vez que as exigências organizacionais estão impulsionando-os na busca de conhecimento gerencial.

➤ Hospital Privado

“(A gente aprende) na raça, muito, os que têm oportunidade de fazer um curso de qualificação em liderança, em gerenciamento, acho que é a escapatória que a gente tem como enfermeiro (GA1).”

“Então, os enfermeiros têm que buscar, estudar, saber de gestão de pessoas, que é até um curso que eu quero fazer mais para frente, saber mais essa área que é muito complicada (GA2).”

➤ Hospital Público

“[...] eu fui aprendendo também com os cursos que eu fui fazendo na área, me ajudaram bastante. Esse curso que eu fiz, Gerência em Saúde da FGV, foi muito bom. Depois disso também eu fiz o PRETEC que foi um curso que o estado me ofereceu e eu pude fazer e foi excelente. Os cursos me capacitaram (GB1).”

“[...] sem contar com os cursos de aperfeiçoamento, que você tem que fazer (GB2).”

A discussão realizada, até esse momento envolveu representações e interpretações feitas diante da pesquisa realizada junto aos gestores de enfermagem, que pode ser vista de forma sintetizada no QUADRO 6.

Diante do exposto, a compreensão da forma como os mesmos realizam seus gerenciamentos organizacionais, representa a construção do processo de gestão realizado. A seguir serão apresentadas as conclusões e considerações finais deste trabalho.

ESPECIFICAÇÕES	HOSPITAL ALFA (CONTEXTO PRIVADO)	HOSPITAL BETA (CONTEXTO PÚBLICO)
Remuneração salarial, incentivos e benefícios	Insatisfatório	Insatisfatório
Organograma de enfermagem	Definido	Indefinido
Concepção de gestão de enfermagem	Gestão de Pessoas	Gestão de Pessoas
Sistematização do gerenciamento	Dificuldade	Dificuldade
Quadro de pessoal	Adequado	Inadequado
Qualidade do quadro de pessoal	Inferior	Inferior
Autonomia gerenciar pessoas	Presente	Ausente
Forma de Gerenciar Pessoas	Democrática / Humana	Democrática/ Humana
Contexto organizacional	Favorece e gera influências positivas na gestão dos enfermeiros	Desfavorável. Máquina estatal como gestor central
Repasse de conhecimento de informações/dados hospitalares	Presente	Ausente
Materiais/medicamentos e insumos necessários	Suficiente	Suficiente
Informatização hospitalar	Presente	Presente
Identidade profissional	Prejudicada	Prejudicada
Gestão na graduação e Profissionalização	Insuficiente	Insuficiente
Tipo de atividade	Gestão	Gestão/Assistência
Aprendizado gerencial	Assistência/Ambiente hospitalar	Assistência/Ambiente hospitalar

QUADRO 06: PANORAMA COMPARATIVO DO PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS NO CONTEXTO PÚBLICO E PRIVADO

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

Capítulo 05

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como proposta identificar e compreender os aspectos da gestão realizada pelos enfermeiros, descrevendo como o gerenciamento dos gestores é realizado, considerando os dois contextos envolvidos: público e privado. A investigação feita nos diferentes contextos permitiu ampliar a compreensão e a diferença das práticas de enfermagem alinhadas ao tipo de organização.

A pretensão deste trabalho não é afirmar ou generalizar um único tipo ou estilo de gestão, mas reconhecer e abranger a forma de gerenciar dos enfermeiros, fato esse que delineou como tema central do trabalho “O PROCESSO”.

A burocracia está mais presente no hospital público diante de algumas dificuldades identificadas no próprio hospital, tais como: gestão de pessoal, infraestrutura e ambiência, que dependem do estado - órgão centralizador/regulador. O hospital público tem sérias dificuldades de reconhecimento de chefia e solução de conflitos.

As análises sobre a formação gerencial do enfermeiro na graduação e sua profissionalização na área serviram para elucidar a origem da experiência gerencial, fornecendo subsídios para que os cursos de enfermagem repensem a bagagem pedagógica em gestão disponibilizada aos “futuros enfermeiros gestores”, diante de uma necessidade demandada pelas organizações hospitalares.

A formação básica em gestão na enfermagem na graduação tem sido insuficiente e pouco satisfatória para grande parte dos gestores entrevistados nos dois contextos. A formação foi prejudicada, devido ao enfoque centralizador no cuidado, na enfermagem generalista e pouca metodologia e estratégias gerenciais.

A realidade acerca da articulação ensino/prática em gestão é um elemento para problematização dos órgãos formadores. A falta de embasamento teórico pode direcionar os “novos” gestores à replicação de práticas existentes na organização hospitalar, diante de uma mera reprodução de fazer, dissociada do saber.

Essa situação é significativa para o direcionamento da identidade gerencial dos enfermeiros, uma vez que o hospital atua como órgão formador. A reprodução de práticas dos hospitais, aliada à formação generalista/assistencial, gera problemas de reconhecimento profissional, organizacional e social dos enfermeiros gestores.

A gestão de pessoas é marcante nos processos de trabalho dos enfermeiros, intrinsecamente ligada às atividades gerenciais. Os gestores apontam conflitos interpessoais e reconhecem que é necessário ter habilidade para gerenciar pessoas.

A gestão de pessoas realizada pelos gestores (nos dois contextos estudados) é democrática e participativa. A voz dos membros das equipes de enfermagem auxilia na tomada de decisão dos gestores, como peça fundamental para a consecução dos objetivos traçados.

Merece destaque o gerenciamento de pessoas na área da enfermagem, sendo um desafio para o enfermeiro gestor. O gerenciamento nos hospitais diante de um contingente considerável de pessoal da área de enfermagem é uma condição *sine qua non* ao gerenciamento em enfermagem.

Apesar da forma de gerenciar dos enfermeiros no hospital público ser democrática, ela colide com a falta de autonomia, poder de decisão e formas de repreensão dos gestores, reflexo à subordinação do hospital à SESA.

Os vínculos empregatícios do hospital público e a forma como eles são/estão expressos na organização, diante do estado como “patrão”, representa uma série de

dificuldades aos gestores, tais como: seleção de pessoal, instalação e reprodução de normas e rotinas de enfermagem e nos sistemas de punição/repreensão, devido à morosidade da Secretaria do Estado, como órgão responsável.

Diante da insuficiência de funcionários no hospital público, devido à ausência de reposição de concursados e ao *turnover* de contratados, os gestores possuem dificuldades em ofertar assistência qualificada aos usuários do SUS e organizar o serviço de enfermagem.

Frente essa situação, os gestores assumem a assistência direta ao paciente, a fim de auxiliar nas necessidades das equipes de enfermagem e das demandas institucionais. Essa justificativa pode explicar o fato dos dois tipos de atividade serem exercidas pelos enfermeiros do hospital público: assistência e gerência.

Em contrapartida, pessoal não é um problema do hospital privado, logo a atividade fim dos gestores é propriamente gerência.

Apesar disso, os gestores dos dois hospitais assumem a importância da assistência de enfermagem frente aos processos de gestão, uma vez que os coloca na organização como participantes nos procedimentos realizados, útil para um olhar clínico e críticos aliados a aspectos gerenciais. Assistência e gerência estão articuladas e fazem parte dos processos de gestão dos enfermeiros.

A forma de gerenciar dos enfermeiros nos dois contextos representa dificuldade no uso de ferramentas e instrumentos gerenciais. Os gestores possuem dificuldades em sistematizarem suas atividades, diante da deficiência de conhecimentos gerenciais, realizando uma gestão empírica, com pouco embasamento teórico-científico.

A reflexão sobre a sistematização gerencial nos remete ao modelo tradicional de gestão, com parâmetros dissociados em relação à teoria/prática e em relação ao saber/saber-fazer, contribuindo para a tradição do processo gerencial sob aspectos voltados ao trabalho assistencial de enfermagem.

Destaca-se que os gestores do hospital privado estão mais envolvidos e com maior afinidade administrativa alinhadas aos objetivos da organização, com foco na eficiência. O contexto privado tem direcionado e posicionado a gestão realizada pelos enfermeiros.

No hospital público, observa-se uma falta de controle de questões financeiras, diante da ausência de repasse de informações da organização aos gestores. Os gestores possuem dificuldades em traçar objetivos, metas e planos de ações, justificadas pelo gerenciamento sobre demanda. A máquina estatal tem impedido o crescimento dos gestores no hospital, bem como a organização do hospital, no que diz respeito à enfermagem.

Mesmo com deficiências em sistematizar a gestão de enfermagem percebe-se elementos inovadores, diante de uma gestão participativa no planejamento dos serviços e das decisões gerenciais, indo contra modelos de gestão tradicional em enfermagem (autoritária e normativa), presente na gestão de enfermagem hospitalar.

Esses elementos são indicativos de uma gestão mais humana, democrática e participativa com traços contemporâneos, necessários para adaptação dos indivíduos com o meio que o cerca, respondendo as tendências atuais.

Nessa perspectiva, é momento de rever antigos conceitos, em novas possibilidades de atuação. Os gestores de enfermagem necessitam desvencilhar-se de atitudes acríicas, de comportamentos de submissão e de saberes não

fundamentados cientificamente. Esses quesitos são necessários para maior visibilidade, qualidade e desempenho dos gestores de enfermagem.

As reflexões apresentadas aqui servem para gerar indagações e inquietações na área de gestão de enfermagem, para que a partir daqui possam surgir novos questionamentos e a busca contínua de respostas. Espera-se que este estudo possa ter contribuído na compreensão da forma de gerenciamento dos enfermeiros no âmbito hospitalar.

Em trabalho futuros, cabe ressaltar que a gestão de enfermagem deve ser vista também sob a ótica dos trabalhadores da equipe de enfermagem, dos dirigentes das organizações hospitalares e de órgãos públicos que assumem a responsabilidade administrativa e política das organizações hospitalares.

Outra questão que merece ser abordada é a observação e o acompanhamento sistemático da atuação dos gestores de enfermagem no âmbito hospitalar. Serão interessantes também, pesquisas que incorporem a análise de um número maior de hospitais assim como de gestores.

Seriam interessantes também pesquisas que correlacionassem a formação em gestão à formação do enfermeiro-gestor.

Este trabalho não pode ser generalizável a outros hospitais. O contexto e o porte do hospital devem ser considerados, uma vez que estes aspectos interferem no gerenciamento dos gestores, como verificado nesse trabalho.

Este trabalho é finalizado com as sábias palavras de Motta (1999): "Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso", que muito se identifica com a gestão na área de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 9ª Edição. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

BARUCH, Y. Transforming careers: from linear to multidirectional career paths: organizational and individual perspectives. **Career Development International**, v. 9, n. 1, p.58-73, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª Edição. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOCCHI, S.C.M.; FÁVERO, N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 1996, vol.4, n.2, pp. 41-59.

BRASIL. **Portaria nº 1.721**, de 15/12/1994, do Ministério da Educação, disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 14 de Mar 2010.

_____. **Resolução CNE-CES nº 3** de 7/11/2001, disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 14 de Mar. 2010.

_____. **Portaria nº 1721** de 15/12/1994. Ministério da Educação, disponível em: <<http://www.prolei.inep.gov.br/exibir.do?jsessionid=2C628B29A7887755F08AB54AFB992423?URI=http%3A%2F%2Fwww.ufsm.br%2Fcpd%2Ffinep%2Fprolei%2FDocumeto%2F-1059774681880549130>> Acesso em: 27 de Mar. 2011.

_____. **Lei nº 5905/73**. Criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências, disponível em:< <http://site.portalcofen.gov.br/node/4162>> Acesso em: 26 de Mar. 2011.

_____. **Resolução 290/2004**. Fixa as especialidades da Enfermagem, disponível em:< <http://site.portalcofen.gov.br/node/4326>> Acesso em: 26 Mar. 2011.

_____. **Lei 7498 de 25/06/1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências, disponível em:<<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>> Acesso em: 27 Mar. 2011.

_____. **Lei 775/49 de 06/08/1949**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências, disponível em:<<http://www.soleis.adv.br/enfermagemensino.htm>> Acesso em: 26 Mar. 2011.

_____. **Decreto nº 50.387**, de 28 de março de 1961. Regulamenta o exercício da Enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional, disponível em:<<http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/interna.php?menu=0&subMenu=1&prefixos=61>> Acesso em: 27 Mar. 2011.

_____. **Conceitos e Definições em Saúde**. Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Brasília: 1977.

_____**Portaria nº 2.224 – GM** que estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar.

_____**Conselho Nacional de Saúde.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

BRITO, M.J.M.; SPAGNOL, C.A.; HAUEISEN M. S.; ALVES, M. A Enfermeira no Contexto das Práticas de Gestão: Desafios e Perspectivas em um Hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista Enfermeira Global**, 2005, n 7, pp 1-14.

_____**MELO, M. C. O. L. ; MONTEIRO, P. R. R.; COSTA, J. O.** Interfaces das Mudanças Hospitalares na Ótica da Enfermeira Gerente. **Revista de Administração Eletrônica.** Gestão de Pessoas. São Paulo, v.44, 2004: 34-47.

_____**et al.** Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saúde Sociedade.** 2008, vol.17, n.2, pp. 45-57.

CHAVES, M.M. **O Trabalho da enfermeira-gerente no contexto hospitalar: um estudo de caso sobre habilidades e funções à luz da teoria gerencial.** 2005. 151 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

_____**BRITO, M. J. M. O Trabalho da Enfermeira-Gerente no Contexto Hospitalar: um Estudo de Caso sobre Habilidades e Funções à Luz da Teoria Gerencial.** Enanpad. 2005.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando Pessoas: O Passo Decisivo para a Administração Participativa.** 3ª Edição. São Paulo: Makron Books, 1997.

_____**Introdução à Teoria Geral da Administração.** 6ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CIAMPONE, M. H. T., KURCGANT, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2004, vol.57, n.4, pp. 401-407

CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 10 de Ago. 2010

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA. Disponível em:< http://www.hinsg.org.br/cep/cep_historico.html>. Acesso em: 10 de Jul. 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, I. C. K. O. NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** 2006. vol. 15,n.3, pp. 479-482.

DAVEL, E.; VERGARA, S. C. **Gestão com Pessoas e Subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.

FERNANDES, M. S. SPAGNOL, C. A.; TREVIZAN, M. A.; HAYASHIDA, M. A. Conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 2003, vol.11, n.2, pp. 161-167.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O Hospital e a Formação em Saúde: Desafios Atuais. In: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, São Paulo: v.12 nº 04: 2007: 965-971

FLEURY, M.T.L. **As Pessoas na Organização**. Editora Gente, 2002.

FORMIGA, J.M.M.; GERMANO, R. M. Por dentro da história: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005, vol.58, n.2, pp. 222-226.

FUCAPE. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos**. Disponível em: [HTTP:// fucape.br](http://fucape.br)

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, Mar./Abr.1995: 57-63.

GUERRA, S.T. **O Conflito no Exercício Gerencial do Enfermeiro no Contexto Hospitalar**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. 2008.

HAUSMANN, M. **Análise do Processo Gerencial do Enfermeiro em um Hospital Privado no Município de São Paulo**: Possibilidade para o Gerenciamento do Cuidado. 2006. 11f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006

JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/USP**. 2008, vol.42, n.3, pp. 569-577.

JUSBRASIL. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/2701711/sesarealiza-oficina-para-implantacao-do-programa-inovahosp>>. Acesso em 05 de Nov 2010.

KURCGANT, P. Gerenciamento do Serviço de Enfermagem. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 47.1995, Goiânia. Anais. Goiânia: UFG, out.1995, p.123-127.

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

_____. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ USP**. 2009, vol. 43, n.2, pp. 1168-1173.

LAVILLE, C.; DIONNE J. A. **Construção do Saber**: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas. Tradução: Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H. B. ; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev Panam Salud Pública**.1999, vol.6, n.6, pp. 415-425.

LIBERALI, J. ; DALL'AGNOL, C. M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2008. Vol. 2, n.2, pp 276-282

LIRA, N.F.; BONFIM, M.E. **História da Enfermagem e Legislação**. Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1989. 80 pg.

MANENTI, S.A. **O Processo de Construção do Perfil de Competências Gerenciais para Enfermeiros Coordenadores de Área Hospitalar**. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

MARX, C. L; MORITA, LC. **Manual de Gerenciamento de Enfermagem**. 2ª Ed. São Paulo: EPUB editora, 2003.

MEZOMO, J.C. **Gestão da Qualidade**. 1ª Ed. São Paulo: Manole, 2001.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MELO. N. B. M. **A Intenção e o Gesto: Ações Gerenciais de Enfermeiros em Espaços Hospitalares**. 2003. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte. 2003.

MELO, M. R. A. C.; FÁVERO, N.; TREVIZAN, M. A.; HAYASHIDA, M. Expectativa do administrador hospitalar frente as funções administrativas realizadas pelo enfermeiro. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 1996, vol.4, n.1, pp. 131-144.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea**: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente. 10ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

MURTA. G. F. **Saberes e Práticas**: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem. 3ª Ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora, 2007.

MV SISTEMAS. Disponível em: < <http://www.mv.com.br/mv/>>. Acesso em 05 Nov. 2010.

NETO, G. V., MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RESCK, Z. M. R., GOMES, E.L.R. Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 2008

PERROCA, M. G.; SOLER, Z. A. S. G. O desempenho profissional de enfermeiras de um hospital de ensino: influência da cultura organizacional. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. 1998, vol.11 n.3, pp 16-23.

PIMENTA, S.A. **O Processo do Trabalho Gerencial de Enfermagem de um Hospital da Rede Pública do Distrito Federal**. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Brasília. 2009.

PROCHNOW, A. G; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L., TREVIZAN, M. A. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/USP**. 2007, vol.41, n.4, pp. 542-550.

RIZZOTO, M.L.F. **História da Enfermagem e Sua relação com a Saúde Pública**, Editora AB, Goiana, 1999, 112 p.

SANTOS, E.F; SANTOS, E.B.; SANTANA, G.O.; ASSIS, M.F.; MENESES, R.O. **Legislação de Enfermagem**: Atos Normativos do Exercício e do Ensino de Enfermagem. Editora Atheneu. São Paulo 2005. São Paulo.

SESA. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/>>. Acesso em 10 de Ago. 2010

SILVA, V.R. **A Dimensão Gerencial da Prática do Enfermeiro nos Serviços de Saúde**: Subsidiando o Ensino de Graduação. 2008. 339 f Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2008.

SOUZA, F. M.; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006, vol.59, n.5, pp. 620-625.

SPAGNOL, C. A.; et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. 2010, vol.44, n.3, pp. 803-811.

____ FERRAZ, C. A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: Um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte - MG. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 2002, vol.10, n.1, pp. 15-20.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I.A.C.; LOURENCO, M. R. e SHINYASHIKI, G.T. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino - Americana de Enfermagem** 2002, vol.10, n.1, pp. 85-89.

____ et al. Trajetória do enfermeiro em um hospital universitário em quatro décadas: pressupostos de inovação de seu papel gerencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005, vol.58, n.2, pp. 200-202.

_____ MENDES, I. A. C.; MELO, M. R. A. C. A busca da competência do cuidado segundo Boff: uma nova perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 2003, vol.11, n.5, pp. 652-657.

VERGARA, S.C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas S.A., 2005.

_____ **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, S.A., 2000.

ANEXO A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, 26 de agosto de 2010.

Da : Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Para: Caroline Feitosa Dibai de Castro
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Processo de gestão realizado por enfermeiros em hospitais: um estudo comparativo entre os contextos público e privado”**.

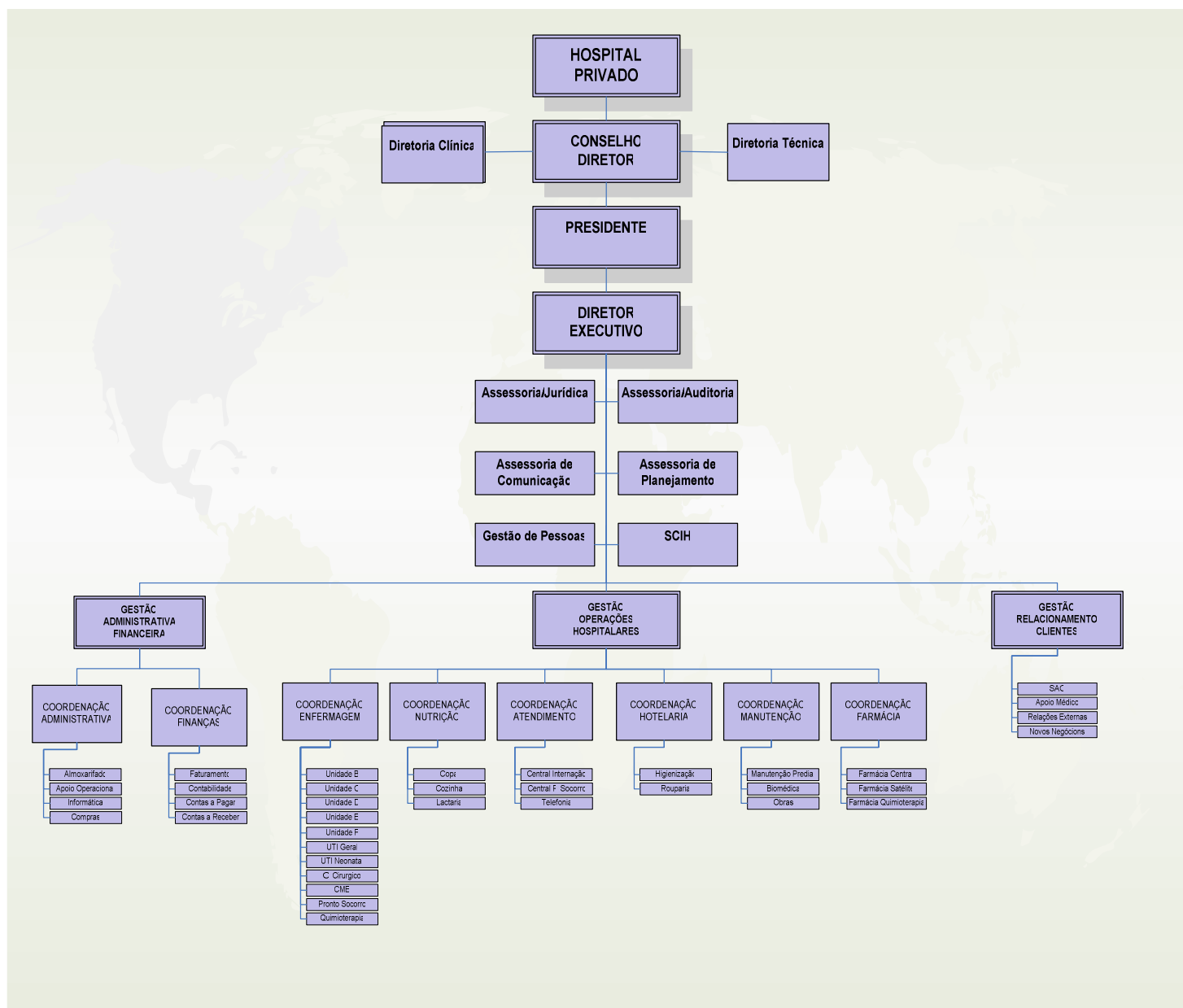
Senhor (a) pesquisador (a)

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa , nº de **Registro no CEP-61/2010**, intitulado: **“Processo de gestão realizado por enfermeiros em hospitais: um estudo comparativo entre os contextos público e privado”**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** cumprindo os procedimentos internos da instituição onde o projeto será realizado, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 08292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião ordinária realizada em 24 de agosto de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”

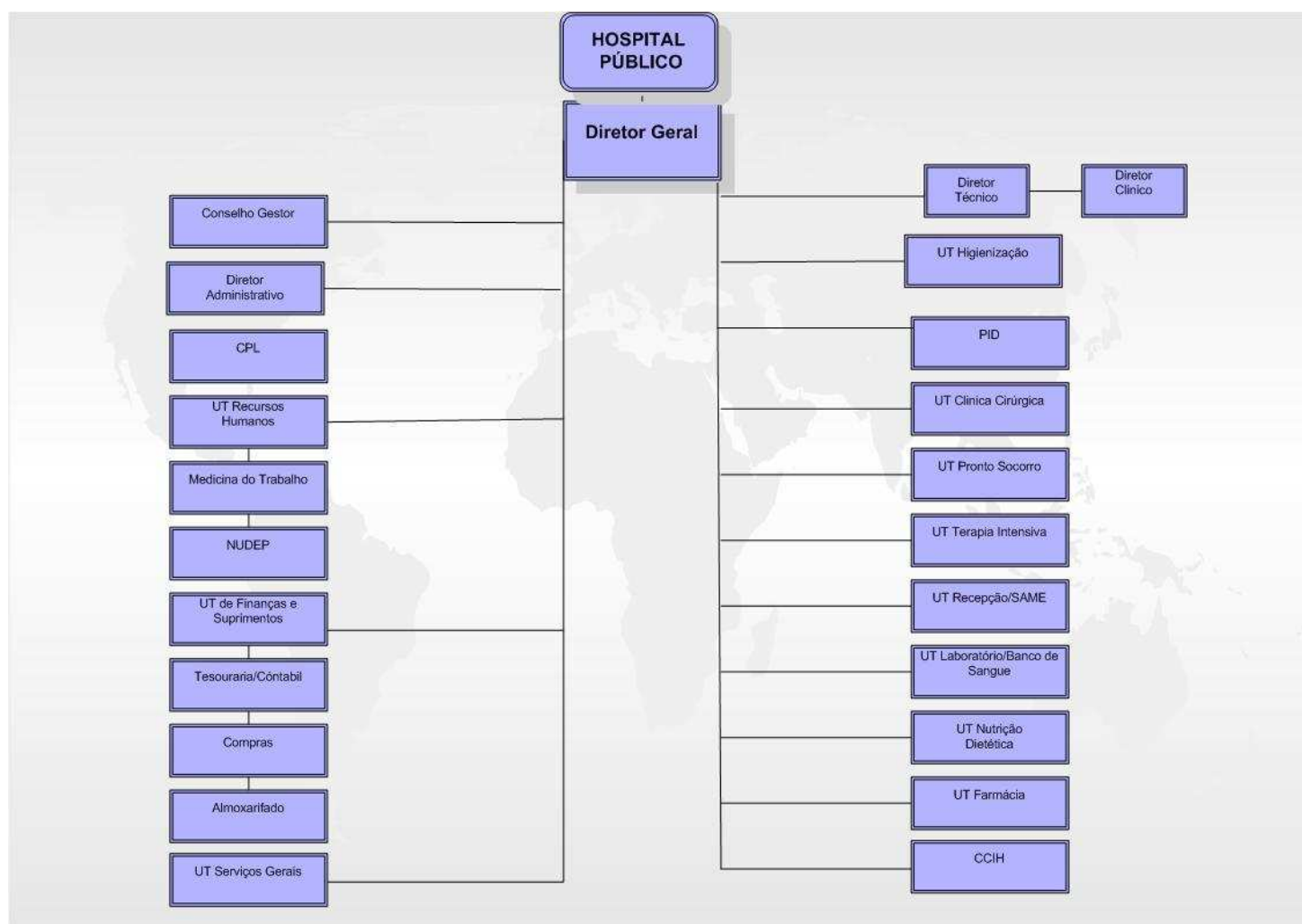

Prof. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Coordenadora do CEP-HINSG/SESA

ANEXO B – ORGANOGRAMA HOSPITAL ALFA



Fonte: Hospital Alfa (2010).

ANEXO C - ORGANOGRAMA HOSPITAL BETA



Fonte: Hospital Beta (2010).

APÊNDICE A – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA ENCAMINHADA AOS HOSPITAIS

Vitória, XX de XXXX de 2010.

À DIREÇÃO DO HOSPITAL ALFA / BETA,

Apresento a aluna do Curso de Mestrado em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças/FUCAPE, Caroline Feitosa Dibai de Castro. A aluna encontra-se em processo de desenvolvimento do Projeto de Pesquisa da Dissertação, na linha de Gestão de Pessoas, referente ao tema **“PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS EM HOSPITAIS: Um estudo Comparativo entre os Contextos Público e Privado”**.

Na qualidade de orientador da pesquisa, venho por meio desta solicitar a sua fundamental colaboração no sentido de permitir que esta renomada Instituição sirva de laboratório para a execução do estudo por meio da realização de entrevistas com os enfermeiros que atuam na área de gestão. Apresento a cópia do roteiro que norteará as entrevistas, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido que será disponibilizado aos entrevistados. Nenhum dos procedimentos realizados oferecerá riscos à saúde ou à dignidade dos participantes.

Saliento que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, ciente que a autorização para início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória - CEP-HINSG/SESA e autorização do representante da Instituição.

Informo que resguardamos o direito desta Instituição em analisar a versão final do relatório de pesquisa com vistas à aprovação para divulgação nos meios científicos. Caso não seja permitida a divulgação do nome da Instituição, ressalto que a mesma não será citada.

Certa de sua valiosa contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa, e colocando-me à disposição para receber sugestões de ajustes, agradeço.

Atenciosamente,
Colocamo-nos à disposição.

Orientador: Prof. Dr. Moisés Balassiano

Pesquisadora: Caroline Feitosa Dibai de Castro

ACEITE DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Assinatura e Carimbo do Representante Hospitalar

Contato do Orientador da Pesquisa: moises@fucape.br - Contato: (027) 4009-4444

Contato do Pesquisador: carolballet@bol.com.br - Contatos: (027) 8811-9490/9223-0445

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa: cep@saude.es.gov.br - Contato: (027) 3325-5546

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Enfermeiros com Nível Gerencial atuando em Hospitais

Para esta entrevista irei:

- Apresentar-me como aluna da Fucape e informar que esta pesquisa aborda questões acerca de gestão em saúde, cujas informações serão necessárias para a elaboração de minha dissertação;
- Agradecer a colaboração do entrevistado e destacar o sigilo das informações e da identidade do entrevistado;
- Aplicar o termo de consentimento livre e esclarecido

1) Caracterização do Respondente:

Data: _____

Hora: _____

Lotação/Posto de Trabalho:

Nome da Função de Gerenciamento no Hospital:

Contexto Hospitalar: () Público () Privado

Idade: _____

Sexo: () F () M

Código: _____

2) Formação Profissional/Gerencial:

1) Tempo de formação profissional:

2) Tempo de profissão como enfermeiro:

3) Número e Área de Cursos de pós-graduação

4) Perguntar como o entrevistado teve a oportunidade de gerenciar, como ingressou nesta função (convite/ indicação/ salário/ habilidade/ falta de profissional para ocupar o cargo, etc.).

- 5) Perguntar ao entrevistado como foi seu aprendizado gerencial (rotina profissional/ capacitação na área, etc.).
- 6) Perguntar como o entrevistado vê a formação da área administrativa na graduação de enfermagem (teoria com a prática, carga horária, falta de profissional habilitado, importância, etc).

3) Atuação na Área de Gestão em Enfermagem:

- 7) Perguntar ao entrevistado há quanto tempo ocupa a função gerencial? _____
- 8) Perguntar a carga horária semanal do funcionário na organização:

- 9) Perguntar ao funcionário a faixa salarial mensal na organização:

- 10) Perguntar ao entrevistado qual a sua concepção de gerenciamento de enfermagem?
- 11) Perguntar o que motiva/influência o entrevistado a gerenciar?
- 12) Perguntar a quantidade de colaboradores sobre a gerência do entrevistado e o que o mesmo diz em relação ao seu quadro de pessoal.
- 13) Perguntar ao entrevistado quais são suas atividades diárias na organização como gestor?
- 14) Incitar o entrevistado a falar sobre o planejamento de suas atividades gerenciais
- 15) Incitar o entrevistado a falar sobre a forma de gestão do mesmo em relação aos seus subordinados (colaborativa/participativa/centralizada/trabalho em equipe/gerenciamento de qualidade, entre outros).
- 16) Perguntar como o entrevistado lida com sua equipe de colaboradores e quais são os meios utilizados para que a equipe alcance os objetivos traçados pelo gestor/organização (comunicação/ relacionamento interpessoal/motivação/ criatividade/humanização)
- 17) Incitar o entrevistado a falar sobre a gestão da instituição e como ele lida com ela (normas/rotinas/corpo direto). Incitar ao entrevistado a falar da relação com seu (s) superior (es).
- 18) Perguntar ao entrevistado como é a questão da autonomia na função gerencial?
- 19) Perguntar se o entrevistado se espelha em alguém na organização com relação ao gerenciamento/gestão. Por quê? Qual é o cargo que esta pessoa ocupa na organização.
- 20) Como são os valores da organização (falar um pouco de cultura organizacional) e quais os valores do entrevistado, se convergem ou não.
- 21) Incitar o entrevistado a falar sobre os conflitos diários e a forma de lidar com os mesmos no tocante à solução de problemas gerenciais.

- 22) Perguntar quais mudanças o entrevistado observa acerca da gestão na área da enfermagem.
- 23) Perguntar se o sexo do entrevistado interfere no gerenciamento (positivamente/negativamente). Como? Caso o entrevistado seja mulher: Como é a imagem da mulher nessa função.
- 24) Perguntar como o entrevistado se sente como gerente em relação aos demais profissionais da área da saúde (nível técnico e superior)?
- 25) Perguntar quais mudanças na organização ou barreiras/empecilhos o entrevistado acredita interferir em seu gerenciamento.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: PROCESSO DE GESTÃO REALIZADO POR ENFERMEIROS EM HOSPITAIS: Um estudo Comparativo entre os Contextos Público e Privado.

Nome do Pesquisador: Caroline Feitosa Dibai de Castro

Nome do Orientador da Pesquisa: Dr. Moisés Balassiano

O (a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário desta pesquisa, que tem como finalidade conhecer o processo de gestão realizados por enfermeiros que atuem em áreas administrativas. Trata-se de uma pesquisa realizada por uma aluna do Mestrado de Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças – **FUCAPE** e será utilizado em sua dissertação.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (a) permitirá que a pesquisadora utilize suas respostas e dados coletados para fins de divulgação exclusivamente científica. O (a) Sr. (a) tem liberdade de recusar a participar da pesquisa, ou retirar-se dela a qualquer momento a seu juízo, sem qualquer prejuízo para si. Sempre que for de sua vontade, maiores informações a respeito da pesquisa poderão ser solicitadas mediante os contatos da pesquisadora disponíveis neste termo. A entrevista será realizada em data e hora do seu local de trabalho e será utilizado como ferramenta de coleta de dados um roteiro norteador, sendo necessário um gravador para obter os registros da entrevista, a fim de que não se perca nenhuma informação importante e também serão realizados alguns registros manuais em papel. Ressalto que as gravações serão destruídas após a transcrição dos dados e os registros manuais ficarão em poder do pesquisador por cinco anos, após o término da pesquisa.

A participação desta pesquisa não traz complicações legais, não haverá risco de sua integridade física ou moral. O único desconforto será a disponibilização de seu tempo. Na análise e apresentação de dados não haverá em nenhum momento a

identidade do nome dos respondentes e todas as entrevistas serão analisadas em conjunto para garantir o anonimato dos entrevistados.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua saúde ou à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre gestão realizada por enfermeiros no hospital pesquisado, contribuindo para o crescimento da instituição e dos conhecimentos nesta área.

Após estes Esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, **caso aceite participar desta pesquisa**, favor preencher os itens abaixo em duas vias, onde uma delas será sua e a outra será do responsável pela pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as informações descritas acima, eu,

_____, portador (a) da carteira de identidade nº _____ de forma

livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em fazer parte desta pesquisa. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, bem como riscos e benefícios da mesma. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Data: ____/____/____.

Ass. do Entrevistado: _____

Ass. do Pesquisador: _____

Contato do Pesquisador: carolballet@bol.com.br - Contatos: (027) 8811-9490 / 9223-0445

Contato do Orientador da Pesquisa: moises@fucepe.br - Contato: (027) 4009 - 4444

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa: cep@saude.es.gov.br – Contato: (027) 3325 – 5546