**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELIZABETH BERNARDINO

MUDANÇA DO MODELO GERENCIAL EM UM HOSPITAL DE
ENSINO: A RECONSTRUÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

SÃO PAULO
2007

ELIZABETH BERNARDINO

**MUDANÇA DO MODELO GERENCIAL EM UM HOSPITAL DE
ENSINO: A RECONSTRUÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem dos campi de São Paulo
e Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Vanda Elisa Andres Felli

**SÃO PAULO
2007**

Bernardino, Elizabeth.

Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. / Elizabeth Bernardino. – São Paulo, 2007.

176p. + 1 CD-ROM: il.

Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto da USP.

Orientadora: Profª Drª Vanda Elisa Andres Felli

1. Serviço hospitalar de enfermagem (tendências) 2. Exercício da enfermagem (administração) 3. Descentralização administrativa. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Aos meus pais, **Antonio e Claudina** que sempre acreditaram na força libertadora do conhecimento.

Aos meus irmãos **José Antonio, Maria José, Ana, Terezinha, Inês e Frank** pelo cuidado, pela torcida.

Ao **Laerte**, que teria orgulho desta conquista.

À minha amiga **Cláudia**, de todas as horas, incondicionalmente, que junto com a **Lourdes** cuidou (melhor do que eu), da minha casa, da **Dolly** e da **Nina** e de todos os meus compromissos.

Aos Trabalhadores de Enfermagem que me ensinaram a ser enfermeira.

AGRADECIMENTOS

Às colegas professoras da Universidade Tuiuti do Paraná, especialmente à **Lilia, Ozana e Vânia**.

À amiga e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná, **Sandra Maria da Silva Leite** pelas suas incessantes palavras de estímulo, pela confiança e amizade.

Aos Dirigentes da Universidade Tuiuti do Paraná e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Às enfermeiras, técnicos e auxiliares que compuseram meu grupo focal e sua preciosa colaboração sem a qual este trabalho não poderia se realizar.

Às enfermeiras **Maria Luíza, Leomar e Juliana**, amigas queridas, parceiras na luta (despretensiosa) pela Enfermagem do HC/UFPR.

À CAPES que financiou o Estágio de Doutorado no Canadá.

À Escola de Enfermagem da USP, Campi Ribeirão Preto e São Paulo.

Às professoras do Departamento ENO da EEUSP.

Às colegas canadenses **Diane Dubois, Francine Peltier e Caroline Blouin**.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À **Drª Vanda Elisa Andres Felli**, minha orientadora, por ajudar a transformar o que não passava de um sonho em uma realidade concreta.

À **Drª Clémence Dallaire**, minha supervisora no Canadá, por ter me mostrado um outro mundo.

À **Nossa Senhora** que me protege e conforta.

SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS.....	7
	RESUMO	9
	ABSTRACT	11
1	APRESENTAÇÃO	13
2	O PROBLEMA DA PESQUISA	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
3.1	As políticas de saúde no Brasil e os modelos assistenciais	23
3.2	Os novos modelos gerenciais	32
3.3	Competências gerais para o exercício da Enfermagem	44
4	PRESSUPOSTOS.....	55
5	OBJETIVOS.....	57
5.1	Geral	57
5.2	Específicos	57
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	58
6.1	Tipo de estudo e abordagem	58
6.2	Cenário de estudo	59
6.3	População e sujeitos da pesquisa	61
6.4	Coleta de dados.....	62
6.4.1	Instrumentos e técnica	62
6.4.2	Procedimentos de coleta.....	63
6.5	Apresentação e análise dos dados.....	65

6.6	As contribuições das atividades desenvolvidas durante o estágio de doutorado no exterior para a análise dos resultados	68
7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
7.1	Caracterização do grupo	72
7.2	As categorias apreendidas.....	75
7.2.1	Os determinantes históricos que influenciaram a atual situação da Enfermagem no HC/UFPR.....	75
7.2.2	O contexto atual, seu significado e as possibilidades futuras	106
7.2.3	Estratégias de enfrentamento: saberes e poderes.....	130
8	PROPOSTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DO HC/UFPR	142
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS	161
	ANEXOS	172

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Coordenação de Apoio ao Ensino Superior
CE	Coordenação de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DE	Direção de Enfermagem
FERASI	Formation et Expetise en Recherche en Administration des Services Infirmiers
FUNPAR	Fundação da Universidade Federal do Paraná
HC	Hospital de Clínicas
HC/UFMG	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HC/UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HEB	História da Enfermagem Brasileira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LAPA/UNICAMP	Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade de Campinas
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Atenção à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Panamericana em Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Curitiba
PR	Paraná

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
UF	Unidade Funcional
UFs	Unidades Funcionais
UNICAMP	Universidade de Campinas

Bernardino E. Mudança do modelo gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem.[tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;2007.

Resumo

Nos locais onde a implantação do SUS avançou para a formação de redes de atenção, os hospitais foram impulsionados à plena integração às redes municipais, o que impôs modificações conceituais e operacionais nos modelos de gerenciamento. O hospital do estudo adotou, recentemente, um modelo gerencial baseado em “linhas de cuidado”, cujo objetivo geral é a descentralização da gestão, através da construção de Unidades Funcionais (UF). A proposta de descentralização e a adoção de uma lógica de organização do trabalho, mais por “equipe” do que por “profissão”, ancoram esse novo modelo, cuja operacionalização local provocou o desmantelamento do Serviço e a desarticulação/desmobilização dos trabalhadores de enfermagem. O presente estudo teve, como objetivo geral: construir as mudanças que deveriam ser implementadas na organização do trabalho em Enfermagem, tendo em vista o novo modelo de gestão adotado pelo hospital. Os objetivos específicos foram: Reconstruir os determinantes históricos implicados na instituição do modelo gerencial de enfermagem; identificar o contexto atual deste modelo, o seu significado e as possibilidades futuras; articular as estratégias de enfrentamento dessa problemática, no que se refere aos saberes e poderes e elaborar proposta e estratégias para a sua reconstrução. Esta pesquisa é do tipo estudo de caso e de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial histórico e social. Teve como cenário, o HC/UFPR e a população foram os trabalhadores de enfermagem, que somam, aproximadamente, 1200 funcionários. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de grupo focal. O grupo foi composto por 12 sujeitos, sendo 8 enfermeiras, 2 técnicas e 2 auxiliares de Enfermagem, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. As falas foram transcritas e categorizadas, usando-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade da análise temática. Como resultado, foi possível apreender 3 categorias empíricas: os determinantes históricos implicados na instituição do modelo gerencial de enfermagem; o contexto atual deste modelo, o seu significado e as possibilidades futuras e as estratégias de enfrentamento, no que se refere aos saberes e poderes. No que concerne aos determinantes históricos, ressalta-se: o estranhamento das enfermeiras com o cenário externo e interno, o “desmanche intencional” da Enfermagem no hospital; a constituição histórica do trabalho da Enfermagem e sua posição dentro da organização, e a percepção de que as enfermeiras que assumiram cargos de confiança no novo modelo se comportam mais como gerentes do que como enfermeiras-gerentes. Na categoria que identifica a situação atual, seu significado e as possibilidades futuras, foi possível extrair a crise de identidade causada pela perda da Direção de Enfermagem, e os

dois aspectos que se perceberam mais afetados: o cuidado e o poder. Na categoria estratégias de enfrentamento, foi possível apreender que as opções estratégicas para fazer o enfrentamento incluem: agregar forças, encontrar uma liderança, legitimá-la e construir um projeto próprio. Em síntese, o estudo mostra um ambiente em processo de mutação, os fatos que justificam a mudança e as contradições entre os pressupostos teóricos do modelo e sua operacionalização. Na perspectiva do gerenciamento que institui o novo, foram feitas propostas para o desenvolvimento da Enfermagem do HC/UFPR, considerando os conhecimentos e as estratégias necessárias à conquista de competências que poderão impactar em resultados nas dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania. Neste sentido, os maiores desafios para a Enfermagem serão: construir uma nova identidade, realizar o trabalho em equipe mantendo a unidade e a identidade profissional, adquirir visibilidade na instituição, mudar o cuidado e ampliar a gerência. Para tanto, as enfermeiras precisam superar a formação tradicional e investir na formação inovadora. A seu favor, contam com a experiência e o conhecimento adquiridos ao longo de muitos anos, que as qualificam a fazer, se assim o desejarem, uma mudança bem sucedida.

Descritores: Enfermagem/tendências; Inovação organizacional; Serviços de Enfermagem/tendências; Enfermagem/organização e administração.

Bernardino E. Change in the managerial model at a teaching hospital: the reconstruction of nursing practice. [PhD]. São Paulo, São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Abstract

Wherever the National Health System was implemented as a caring network hospitals were pushed towards a full integration into municipal health networks, something which demanded conceptual and operational changes in managerial models. The hospital in the study has recently adopted a managerial model which follow "caring guidelines " whose general goal is management decentralization by building Functional Units (FU). The proposed decentralization process and the adoption of its new logic in work organization is centered on the "team" rather than on the "occupation". However, its local implementation has caused service failure and motivated breakdown and takeover by nursing professionals. The present study aimed at finding out what changes should be implemented in the professional nursing organization according to the current managerial model adopted by the hospital. Specific goals were as follows: to rebuild the historical background underlying the implementation of the managerial nursing model; to identify the current context of such a model, its meaning as well as future outlook; to think up strategies to cope with this problem concerning knowledge and competency and to work out a new proposal and strategies to rebuild this system. This research is a case study. Our qualitative analysis takes into account historical and social backgrounds. The setting was *Hospital das Clínicas* at the Federal University of the state of Paraná, Brazil. Our participants were chosen from the nursing staff of the hospital, which totals 1200 nursing professionals. We used a Focus Group technique to collect data. The group was comprised of 12 subjects: 2 nurses, 2 nursing technicians and 2 nursing assistants who had volunteered for the research. The accounts were transcribed and classified according to a content analysis within a theme analysis approach. Three (3) empirical categories were created: the historical background underlying the implementation of the managerial nursing model; the current context of such a model, its meaning and future outlook as well as the coping strategies concerning knowledge and competency. Concerning the historical background, we can highlight the following elements: the nursing professionals' uneasiness towards the inner and outer scenarios, the intentional breakdown of nursing services at the hospital; the historical organization of nursing and its position in the institution; and the impression that nurses holding trustworthy positions in the new managerial model acted more like managers rather than nursing managers. In our analysis of the present situation, its meaning and future outlook, it was possible to discern the identity crisis brought about by the elimination of the Nursing Director position, and two aspects of the service which were most affected: care and power. In our analysis of the coping

strategies, it was possible to identify the following strategic coping options used by the nursing staff: the joining of forces, the identification and legitimation of leadership, and the building of a project of their own. In short, the study discloses a changing environment and the facts supporting its change as well as the contradictions between the theoretical assumptions of the new model and its operationalization. As for the new managerial perspective, proposals were elaborated aiming at improving nursing service at *Hospital das Clinicas* at the Federal University of the state of Paraná, Brazil, keeping in mind the knowledge and the related strategies to reach the competency that may bring about positive results to technical, political, and communicative development in the exercise of citizenship. Thus, the hardest challenges for nursing will be: building up a new identity, carrying out team work - while keeping professional unit and identity- improving their visibility in the institution, changing care and extending management. Therefore, nurses need to do away with the traditional model and invest in an innovative model. Long-term gathered experience and knowledge favor them in order to foster, if they wish, a successful change.

Descriptors: Nursing/trends; organizational innovation; nursing tasks/trends; nursing organization and management.

1 APRESENTAÇÃO

Desde 1982, quando terminei minha formação universitária, exerci atividades ligadas à assistência, ao gerenciamento de serviços e ao ensino, sendo algumas, concomitantemente. Na assistência, trabalhei sempre em unidades de saúde de adultos e em atividades complexas, como Quimioterapia, Hematologia e Serviço de Emergência. Como gerente, ocupei por 8 anos a Chefia de Enfermagem do Hospital da Polícia Militar do Paraná, e por 8 anos a Gerência de Enfermagem do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Como docente, iniciei minhas atividades na Universidade Tuiuti do Paraná, no ano de 1999, após uma breve passagem pela Universidade Federal do Paraná, e após ter concluído o Mestrado em Educação, na Pontifícia Universidade Católica, da mesma cidade, no ano de 1998.

A trajetória no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) começou, em 1992, como enfermeira assistencial, no Serviço de Emergência Clínica Adulto, turno noturno, no qual permaneci até 2001. Após uma breve passagem pelo Serviço de Alojamento Conjunto como enfermeira assistencial, assumi a Chefia de Enfermagem da Clínica Médica Masculina.

Em meados de 2002, atendendo a um chamado da então Coordenadora de Enfermagem, participei de uma discussão sobre as competências da Coordenação de Enfermagem (CE). Nesta ocasião, havia

mudado o grupo diretivo do Hospital, o qual, havia extinguido a Direção de Enfermagem (DE), entre outras mudanças administrativas.

Com a extinção da DE, foi formado um grupo para discutir as mudanças, principalmente aquelas relacionadas à inserção da enfermagem no novo organograma do Hospital. Como sempre havia trabalhado no turno noturno, tinha pouca familiaridade e envolvimento, até então, com as questões políticas-administrativas da enfermagem do Hospital. O contato com o novo modelo de gerenciamento e as discussões sobre a situação da enfermagem no Hospital, permitiram uma reflexão sobre os problemas do modelo antigo e sobre o papel da Enfermagem no processo de trabalho em saúde no hospital.

Esta “revisão” do processo de trabalho em saúde no hospital, e em particular, da Enfermagem, trouxe muitas inquietações, as quais originaram, em 2003, um projeto de doutorado. Este projeto foi aceito, como parte do processo de seleção do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos campi São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa **“Enfermagem enquanto prática social e profissional”**.

O projeto tomou corpo no Exame de Qualificação, realizado em outubro de 2004. A banca considerou que o trabalho poderia ser enriquecido pela experiência de um Estágio de Doutorado no exterior. Após alguns contatos, esta etapa foi aceita e supervisionada pela Dra Clémence Dallaire, da Universidade Laval, em Québec, Canadá. O estágio foi financiado pela

Coordenação de Apoio ao Ensino Superior (CAPES), e teve a duração de cinco meses, de julho a novembro de 2005.

O processo de construção desta tese se iniciou pela percepção de que existia uma situação muito importante acontecendo, que merecia ser investigada. As disciplinas, os contatos, as leituras, a experiência vivida com as colegas canadenses fizeram perceber que o problema local, tinha ares mais globalizados, uma vez que elas também se inquietavam com o papel da Enfermagem nos novos modelos de gestão.

É nesta perspectiva que esta tese foi construída: como um estudo do caso do HC/UFPR, que permite refletir sobre os caminhos possíveis a serem trilhados pela Enfermagem, dentro do contexto de mudanças pelo qual passam os hospitais brasileiros, sobretudo os de ensino, como consequência direta do modelo de assistência proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho apresenta, primeiramente, uma contextualização do cenário da mudança, os pressupostos, os objetivos e a trajetória metodológica percorrida. Posteriormente, são apresentadas as categorias analíticas que fundamentaram as discussões das três categorias empíricas apreendidas na realidade. Há também o relato da experiência do estágio de doutorado no Canadá e as suas contribuições para a tese. Por último, propõe-se uma reorganização do trabalho em Enfermagem no HC/UFPR, com base nos resultados e nas novas tendências de trabalho em saúde, centradas nas necessidades do paciente. Finalmente, são apresentadas as considerações finais sobre a pesquisa.

2 O PROBLEMA DE PESQUISA

Um dos locais onde a implantação do SUS avançou para a formação de redes de atenção, é Curitiba. Os hospitais, dentre eles o HC/UFPR, foram impulsionados à plena integração à rede municipal, o que impôs modificações conceituais e operacionais na forma de gerenciá-los.

Esta proposta integradora permitiria uma gestão eficiente do conjunto de instituições, estabelecimentos e serviços. No plano macro, a configuração de sistemas de saúde superaria a pluralidade institucional e “reintegraria”, o conjunto de instituições que foram sendo desenvolvidas, ao longo da história da assistência médica e da saúde pública. No plano micro, a “integração” dos processos de trabalho distintos é feita através da constituição das equipes de saúde (Mendes, 1995)¹.

Neste sentido, a integralidade da atenção em rede, pode ser olhada no hospital como sendo a síntese de muitos cuidados e a partir do hospital se referindo à sua integração ao sistema de saúde local (Cecílio e Merhy, 2003).

Dussault (1992) já afirmava que, as mudanças no setor saúde levam à necessidade de melhorar o processo de gestão, pois, há um relativo consenso que de que a má administração, explicava, em parte, os fracos

¹ Este conceito afeta a reorganização dos processos de trabalho nos modelos gerenciais que foram gerados a partir destes pressupostos. O trabalho multidisciplinar ou o trabalho de “equipe” substituindo a lógica das profissões.

resultados nos serviços de saúde, sobretudo nos países que dedicam poucos recursos a esses serviços.

Mais recentemente, no contexto atual de transformações do Estado e da gestão pública, observam-se algumas tendências que apontam mudanças substantivas na conceituação, na valorização e na prática da gestão pública nos hospitais (Organização Panamericana em Saúde, 2004, cap. 1).

No caso do Brasil, o contexto atual de saúde tem aberto possibilidades de implementação de mudanças como por exemplo, a reforma psiquiátrica, os processos de humanização dos hospitais, as internações domiciliares e alguns outros modelos inovadores, uma vez que os hospitais são importantes equipamentos na garantia da equidade e integralidade da assistência (Rollo, 1997).

Pela necessidade de se adequar ao modelo assistencial de atenção em rede e melhorar seu desempenho, no sentido de racionalizar os seus recursos, o HC/UFPR passou por grandes transformações relacionadas ao seu modelo gerencial.

Iniciado em abril de 2002, por ocasião de mudanças propostas pela Reitoria da Universidade, a administração buscou implantar um modelo de gestão baseado em “linhas de cuidado”², cujo objetivo geral é a descentralização da gestão, através da construção de Unidades Funcionais (UFs). Esse novo modelo está ancorado em estudos de um grupo de pesquisadores da Universidade de Campinas (UNICAMP), do qual fazem

² Expressão de fluxos assistenciais seguros, ofertados aos usuários para o atendimento às suas necessidades (Magalhães Jr, 2003).

parte Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner Campos.

O novo modelo adotado pelo HC/UFPR, tem como proposta, que cada UF pode aglutinar unidades administrativas ou assistenciais, cujos processos de trabalho sejam semelhantes, providas de equipes profissionais, em um mesmo espaço físico, e responsável pelo planejamento estratégico, neste nível operacional (Hospital de Clínicas,2002).

Os princípios de descentralização e o caráter democrático que esse modelo de gestão enfatizam seriam exercidos nas UFs, por meio de um colegiado gestor. Esse colegiado, eleito e composto por membros das equipes de saúde, cujo gerente, também eleito, poderia ser qualquer profissional de nível superior, assessorado por um médico, um enfermeiro e um administrador. O gerente eleito faria parte do Conselho Gerencial responsável pelo Planejamento ou Diretrizes Gerais das UFs.

A proposta de descentralização e a adoção de uma lógica de organização do trabalho mais por “equipe”³ do que por “profissão”, ancoram o novo desenho organizacional. O organograma tradicional (figura 1), anterior à mudança, ilustra a composição e relação hierárquica da organização dos serviços.

³ “O trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde e de enfermagem usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços de saúde”. (Peduzzi e Ciamponi, 2005, p.108). Equipe é considerada, neste trabalho, como equipe multiprofissional.

Figura 1 - Organograma utilizado pelo HC/UFPR até o ano de 2002 (Hospital de Clínicas, 2002)

Um novo modelo, circular, foi proposto por Cecílio (1997), sugerindo que, um modelo redesenhado com a incorporação de novas tecnologias de trabalho e gestão, mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas, arredondaria a pirâmide que representa o modelo tecnossistêmico do sistema da saúde, relativizando a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais em ambos os sentidos. Desta forma, diz o autor, repensar o sistema saúde como um círculo quebra a dura hegemonia do hospital.

Com essa estrutura, o organograma tradicionalmente vertical foi substituído por outro, mais descentralizado, mostrando a mudança pretendida, promovendo um achatamento e uma inter-relação livre e no mesmo nível entre as linhas hierárquicas.

Figura 2 - Organograma atual utilizado pelo HC/UFPR (Hospital de Clínicas, 2002)

A representação gráfica confronta os dois modelos gerenciais. Os serviços e as unidades sofreram grandes modificações nas suas estruturas. Uma das modificações mais emblemáticas foi a redução do número de Diretorias. O grupo diretivo reduziu de 8 para 3 diretorias. Foram extintas as Diretorias de Enfermagem, de Serviços Médicos, de Recursos Humanos, de Materiais e de Apoio Técnico. Foram criadas mais duas, de maneira que se constituíram cinco Diretorias: Financeira, de Ensino e Pesquisa, de Assistência, de Corpo Clínico e a Administrativa.

A Enfermagem nestes dois modelos, tem uma das mudanças mais radicais em relação aos outros grupos profissionais. Ela passa de uma

Direção ligada à Diretoria Geral para uma Coordenação (que não está representada no novo organograma).

O novo organograma mostra a lógica de equipes, uma vez que os grupos profissionais não estão representados, o que não significa que eles não existam. A representação mostra, também, que os profissionais podem aspirar outros cargos diferentes, fora da sua profissão. Ou seja, em teoria, ampliam-se as possibilidades de ascensão profissional no novo modelo.

A mudança de modelo não garantiu, sozinha, uma mudança no “fazer” institucional. Como a mudança é feita gradativamente, pois cada unidade deve assinar seus contratos de gestão, e cada unidade tem seu tempo de maturação, ou seja, os acordos internos podem demorar até que se consiga uma unidade; convivem os dois modelos de gestão, o que dificultou o cotidiano dos diversos atores e serviços.

A autonomia das enfermeiras⁴ ficou comprometida, pois houve extinção da DE, que até então servia como referência para as questões executivo-deliberativas na resolução de problemas do Serviço de Enfermagem. No seu lugar foi criada a CE que, ainda, não havia definido seus objetivos. Isso se deveu, em parte, pela indefinição coletiva de papéis nesse novo modelo, num momento de transição e, em parte, pela dificuldade dessa força de trabalho organizar-se diferentemente de sua tradição.

Há o entendimento de que algumas modificações deveriam ser feitas para repensar uma prática assistencial com uma outra lógica que não somente a clínica. No entanto, o argumento da mudança do modelo

⁴ Enfermeira representa, neste trabalho, tanto o profissional masculino quanto o feminino.

gerencial, que é válido e legal para dar conta da assistência em outra lógica, trouxe, implícita e intencionalmente, o desmantelamento do Serviço e a desarticulação/desmobilização dos trabalhadores de enfermagem em um momento de disputa de competências entre médicos e enfermeiros.

Diante desta situação, foi proposta a realização deste estudo que busca a compreensão das necessidades de mudança na prática assistencial e gerencial, para adequação ao modelo assistencial proposto pelo SUS, cujas adaptações locais deram origem ao novo modelo de gestão adotado pelo HC/UFPR.

Tendo como cenário os acontecimentos recentes no HC/UFPR e o entendimento de que essa proposta tende a seguir a sua total implantação e a necessidade de tomada de decisão quanto ao reposicionamento da Enfermagem na Instituição, a questão norteadora deste estudo é:

Como promover a enfermagem⁵ para que esta assuma o protagonismo no processo de mudança do novo modelo gerencial do HC/UFPR, assumindo e decidindo pelos próprios rumos, garantindo seu espaço, de fato e de direito, no desenvolvimento do trabalho em Enfermagem?

⁵ Quando a palavra Enfermagem estiver relacionada especificamente ao HC/UFPR, ela estará representando o grupo de trabalhadores de enfermagem desta instituição.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 As políticas de saúde no Brasil e os modelos assistenciais

Este capítulo trata as políticas de saúde no Brasil com um enfoque particular, que atende especificamente aos objetivos deste trabalho. São apresentadas as políticas de saúde no Brasil, seus antecedentes e sua configuração atual, para entender como os hospitais mudaram seus papéis no novo modelo assistencial e a conseqüente inserção do HC/UFPR na rede SUS/Curitiba.

Para a Organização Panamericana em Saúde - OPAS (Organização Panamericana em Saúde, 2004), modelo assistencial ou de atenção à saúde é a forma como a sociedade, frente aos determinantes sociais e biológicos da saúde, organiza seus recursos humanos, tecnológicos e materiais para afrontar, integralmente, os riscos à saúde e proporcionar os serviços necessários de fomento, prevenção e atenção.

Os modelos assistenciais não existem em estado puro, antes, eles se moldam a um certo momento, dentro de uma realidade concreta e são, portanto, construções históricas, condicionados a uma situação econômica, social, tecnológica, cognitiva e culturais de uma dada sociedade em um determinado momento (Escola Nacional de Saúde Pública, 2004). Para

Almeida, Silva, Mishima, Villa, (1996) modelo assistencial é o modo como o Estado e a sociedade civil se organizam para produzir os serviços de saúde.

Desde a antiguidade, a sociedade respondeu diferentemente às demandas de atenção de sua população. Toma-se, como ponto de partida a Revolução Industrial, ocorrida no início do Século XIX, a qual se caracteriza, entre outras, pela mecanização, pela propriedade privada dos meios de produção e pela transformação da força de trabalho em mercadoria, dando origem ao capitalismo industrial.

O capitalismo traz consigo grandes necessidades sociais, sendo a saúde primordial para controlar a ocorrência da escassez de força de trabalho. A questão da manutenção da saúde da força de trabalho se deu pela instrumentalização da clínica para a recuperação do corpo individual, e pela epidemiologia como saber fundamental que visava ao controle coletivo da doença, usando o saneamento, a higiene social, a polícia médica, entre outros (Almeida e Rocha, 1997).

Estes dois modelos, clínico e de saúde coletiva⁶, moldados em lógicas distintas, até contraditórias, ilustram bem a evolução, no Brasil, dos modelos assistenciais de acordo com os condicionantes econômico-sociais e culturais.

O sanitarismo campanhista encarna a saúde pública tradicional, desenvolvida desde o início do século, tendo como objetivo o combate às

⁶ Clínico e de saúde coletiva para Almeida e Rocha (1997). Assistencial privatista e sanitarista para Paim (1999). Clínico e sanitário para Mendes (1995), o qual afirma que o Modelo clínico é centrado na prestação de serviços a indivíduos para a recuperação da saúde, já o modelo sanitário toma como o objeto não o indivíduo, senão o coletivo atuando sobre grupos populacionais definidos em função de critérios sócio-demográficos, socioeconômicos e culturais.

grandes endemias; e o modelo médico-assistencialista desenvolveu-se a partir da urbanização e da industrialização aceleradas, que ocorreram no Brasil, a partir dos anos 20/30, também, para a manutenção da força de trabalho, sendo ambos desenvolvidos a partir e no interior do sistema previdenciário (Escola Nacional de Saúde Pública, 2004), tendo a saúde pública de um lado, e a medicina previdenciária e liberal de outro (Paim, 2003).

O modelo hegemônico curativista, hospitalocêntrico, se expandiu, cada vez mais forte, mais caro, mais complexo e excludente, não respondendo às demandas de saúde da população brasileira. Condicionante e condicionado à situação política-econômica dos anos 70-80, agravou-se pelo processo de globalização e pela política neoliberal para a América Latina.

O processo econômico, que acontece também nas esferas culturais e sociais, da globalização, teve início nos anos 70 e se realizou, com muita rapidez por duas razões, a primeira pela vitória da ideologia neoliberal e a segunda pelo aceleração da tecnologia (Nascimento, 1996). O neoliberalismo provocou um reforço da economia de mercado com uma retração do Estado e uma abertura indiscriminada das fronteiras de comércio (Nascimento, 1996), segregando os países periféricos pela incorporação de uma política que aumentou a polarização entre ricos e pobres, responsável pelo agravamento da situação social (pobreza e desemprego) e pela deterioração dos programas sociais (Soares, 1996).

A relação entre saúde e economia se dá em vários níveis: a importância dos recursos mobilizados no setor saúde, a influência macroeconômica e o setor saúde, a forte tendência ao aumento dos custos da saúde e as dificuldades de financiar este crescimento e a existência de problemas estruturais no setor; isto tem contribuído para os custos crescentes na saúde. Ao mesmo tempo em que tendem a reduzir a disponibilidade de recursos para o setor, as crises econômicas geram um aumento da população por serviços sociais em geral, incluindo os serviços de saúde (Couttolenc, 2002).

Até a década de 80, a organização sanitária brasileira caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de cuidados de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção de saúde e a medicina curativa (Castelar, 1995).

Nos anos 90, produziram-se marcantes e profundas transformações nos sistemas de saúde de muitos países, denominadas reformas sanitárias (Fortes e Zoboli, 2005; Rigolf, Rocha e Foster, 2006). A crise do Estado de Bem Estar Social, a partir da década de 70, a transição demográfica e epidemiológica e a crescente urbanização foram alguns dos fatores que contribuíram para a necessidade de transformação, com relação a organização, financiamento e custos do setor saúde (Fortes e Zoboli, 2005).

Essas transformações, em geral, focalizaram a estrutura dos sistemas de serviços de saúde com ênfase na descentralização, na separação de funções, na introdução de mecanismos de mercado, na mudança do papel do Estado (Rigolf, Rocha e Foster, 2006).

No Brasil, o projeto de Reforma Sanitária foi impulsionado pelo esgotamento do modelo médico assistencial privatista, decorrente, principalmente, do alto custo para sua manutenção, baixo impacto no perfil de morbi-mortalidade e da crise no aparelho do Estado (Bertolozzi, 2003). Este projeto formatou o Sistema Único de Saúde (SUS), proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi ancorado nos pilares da universalidade, integralidade, a participação da sociedade e descentralização (Bertolozzi, 2003).

O SUS foi criado em 1990 (Lei 8080, 1990), e sua regulamentação se deu, ainda nos anos 90, primeiramente pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e mais recentemente pelas Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS).

Além da convivência dos dois principais modelos de atenção, acumulam-se experiências com modelos alternativos incorporando métodos, técnicas e instrumentos advindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde (Teixeira, Paim e Villas Boas, 1998 citado por Paim, 2003).

Os Modelos assistenciais⁷ alternativos são experiências e proposições que buscam concretizar os princípios e diretrizes para a saúde, estabelecidos na constituição como: acesso universal e igualitário às ações e serviços, rede regionalizada e hierarquizada, descentralização, atendimento integral, participação da comunidade, que se iniciaram através da organização e implantação dos distritos sanitários (Paim, 2003).

⁷ Assistenciais ou de atenção são usados indistintamente.

Dada a necessidade de proporcionar melhores serviços de atenção e de racionalizar custos, começou-se a debater a função do hospital nesta nova proposta de reorganização dos modelos alternativos. Este é um grande desafio, considerando que o hospital desempenha, junto ao médico, um papel controlador e hegemônico do sistema sanitário (Organização Panamericana em Saúde, 2004).

Esta hegemonia justifica-se, em parte, porque o setor público brasileiro organiza-se em torno de três tipos de hospital: os do tipo asilar, os hospitais gerais (universitários e previdenciários) e os pequenos e médios hospitais. No segundo conjunto de hospitais, estão os de natureza previdenciária, concebidos para serem referência a determinado ramo de produção, com estrutura organizacional autônoma e vinculados a seus institutos mantenedores, e os hospitais universitários, cuja característica histórica foi a de voltarem-se para afecções menos prevalentes e captando clientela, não inserida economicamente, ou inserida marginalmente, na sociedade (Barbosa, 1996).

Legalmente, a agenda sanitária brasileira reconhece a rede de serviços do SUS; e é orientada para a integração do hospital aos demais serviços de saúde (Silva, 2005).

No que diz respeito a inserção dos hospitais públicos universitários à rede SUS, mesmo que ela tenha sido prevista na Constituição de 88,

somente no ano de 2004, uma série de Portarias Interministeriais⁸ a regulamentaram.

A portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004 que reorienta e reformula a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC) no SUS, considera o hospital de ensino como um local de atenção à saúde de referência para a alta complexidade, formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios da população, dentro do conjunto de estabelecimentos no setor saúde (Portaria Interministerial 1006, 2004).

Essa política geral foi reproduzida localmente, ou seja, em Curitiba-PR. Assim, em Curitiba, algumas experiências descentralizadoras, relacionadas aos novos modelos de atenção, foram criadas, ainda no contexto do processo de redemocratização, como o SILOS (Bahia), SAUDICIDADE (Curitiba) e LAPA-UNICAMP: em defesa da vida (Campinas) (Silva Jr, 1997).

Um dos primeiros passos para o processo de reformulação no sistema de saúde de Curitiba foi dado, ao final da década de 70, quando despertou um entendimento de que a saúde era determinada socialmente e que estes determinantes deveriam ser discutidos (Silva Jr, 1997).

⁸ Portaria nº 1000 de 15/04/2004 MEC/MS – estabelece critérios para a certificação dos Hospitais de Ensino; Portaria nº 1005 de 15/04/04 MEC/MS – regulamenta a tramitação e meios de verificação do processo de Certificação conforme estabelecido na portaria interministerial nº 1000; Portaria nº 1006 de 27/05/04 MEC/MS – institui o programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no SUS; Portaria nº 2352 de 26/10/04 MS – regulamenta a alocação de recursos financeiros destinado ao processo de Contratualização constante na portaria nº 1006 (Portaria Interministerial 1006/04).

Em 1991, foi instituído, na cidade, o modelo de atenção preconizado pelo SUS e o Distrito Sanitário, como concebido pelo Movimento da Reforma Sanitária (Silva Jr, 1998). A administração adotou o núcleo central da metodologia SILOS⁹, com adaptações locais. Baseado na crítica de que os “modelos sanitários”, tinham capacidade limitada para dar conta da problemática gerada pelo processo de urbanização acelerado das regiões metropolitanas, propôs-se o conceito de “saudicidade”¹⁰ para repensar o papel do setor saúde, avançando, até alcançar (atualmente) à sua implantação plena.

Os fundamentos que parecem sustentar a organização do SUS/Curitiba, além da “saudicidade” e da “distritalização”¹¹, é a integração dos serviços em “rede”, que, segundo Mendes (2002) é onde os serviços de saúde são integrados através de uma rede contínua de pontos de atenção à saúde, que presta uma assistência a uma população definida (Distrito e território).

Nesta perspectiva, os pontos de atenção constituem os nós da rede, como pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre elas ¹² (Mendes, 2002).

⁹ A proposta baiana de SILOS tem origem no final da década de 70 (Silva Júnior, 1998) e tinha como eixo diretor as recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária que indicavam um processo de regionalização das ações de saúde por meio de Distritos Sanitários como forma de descentralizar decisões, compreender os problemas locais e permitir maior acesso da população aos serviços de saúde (Paim, 2003).

¹⁰ O conceito de Saudicidade é segundo Raggio (1992, p.45) “*saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é, o oposto da patogenicidade*”. Em 1994 realizou-se um Fórum Saudicidade no qual foi apresentada a discussão das Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (Silva Jr, 1998)

¹¹ Descentralização territorial ou descentralização político-administrativa. O distrito sanitário tem uma dimensão política, ideológica, e uma dimensão técnica. (Mendes, 1995).

¹² Os serviços organizados por níveis de complexidade banalizam a atenção primária e sobrevalorizam as práticas de maior densidade tecnológica (Mendes, 2002).

Aparentemente, o modelo de Curitiba guarda muitas proximidades com o modelo canadense chamado Modelo Comunitário Integral, que tem como pressupostos: melhorar o estado de saúde da população que habita em um território, oferecer serviços médicos, sanitários, sociais e comunitários, participação popular, possuir recursos tecnológicos de informação (rede informatizada), dispor de serviços 24 horas e integrar todos os serviços em rede (Lamarche, Beaulieu, Pineault, Contandrioupolos, Denis, Haggerty, 2003).

O HC/UFPR, como um Hospital da rede de hospitais, pertencentes ao MEC, foi incorporado, à rede SUS/Curitiba pelas portarias já citadas, sendo que a Portaria nº 2.583 de 02 de dezembro de 2004 do Ministério da Saúde (MS) estabeleceu os recursos a serem disponibilizados ao Município de Curitiba, para o seu custeio e manutenção, mostrando a dependência (ou cooperação) do hospital ao gestor municipal, dentro do princípio da descentralização.

A inserção total do hospital à rede de atenção de Curitiba se deu pelo convênio 15545 celebrado entre a UFPR através do HC/UFPR e o Município de Curitiba (Prefeitura Municipal Curitiba, 2004). Este convênio teve por objetivo integrar o hospital à rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba, de modo a caracterizá-lo como um pólo de atendimento em saúde garantindo atenção integral, humanizada e de qualidade, em ação conjunta entre as partes, conforme o Plano de Trabalho 2004/2005.

O hospital se compromete através do Plano Operativo anual a avançar, além da assistência de média e alta complexidade, nos quesitos de educação permanente dos profissionais, no adensamento e evolução da estrutura tecnológica, desenvolvimento e implantação de tecnologias de cuidados que permitam reduzir a média de permanência, do aprimoramento dos processos de humanização, e de gestão hospitalar e da execução das políticas prioritárias do SUS (Prefeitura Municipal de Curitiba, 2004).

Assim, as políticas de saúde no âmbito nacional e municipal determinaram a configuração atual da rede de atenção do SUS/Curitiba e a inserção do hospital, numa relação de parceria/interdependência entre todos os serviços, tendo como princípios norteadores os princípios do SUS, com destaque à integralidade.

3.2 Os novos modelos gerenciais

A trajetória dos hospitais no Brasil, começa com a história das Santas Casas. Segundo Castelar (1995), a Santa Casa de Misericórdia de Santos é considerada o primeiro hospital brasileiro, fundado em 1565. Segundo a autora, a irmandade religiosa abandona as santas casas, juntamente com a modernização da medicina, a incorporação de tecnologia e a influência do modelo americano no pós-guerra. Refere que a criação dos vários outros tipos de hospitais, foi influenciada mais por interesses diversos, do que pela definição de uma política de caráter nacional.

Para a autora, hospital é o estabelecimento cujo atendimento assistencial é feito em regime de internação, sem que isto exclua o atendimento ambulatorial. As atividades que lhe são pertinentes são as de prevenção, terapêutica, reabilitação, ensino e pesquisa. Classifica os hospitais em gerais e especializados, públicos e privados e em relação ao porte: pequenos, médios e grandes.

O que define o papel do hospital na atenção à saúde da população é o modelo assistencial adotado pelo país. Segundo Grabois e Sandoval (1995), uma modificação favorável do perfil sanitário do país implica, necessariamente, no equacionamento do sub-sistema hospitalar público (estatal ou contratado).

Os autores afirmam que a redefinição do papel do hospital na assistência à saúde, e de sua relação com os cuidados básicos depende do enfrentamento de duas questões: o modelo assistencial que define a concepção de atenção à saúde na qual se insere o hospital, e o modelo de financiamento buscando a coerência com o modelo assistencial.

Os modelos assistenciais determinam ou influenciam os modelos gerenciais adotados pelos hospitais. Assim, no modelo clínico, curativista e hospitalocêntrico predominou o estilo gerencial influenciado pela Teoria Geral da Administração (TGA) e mais recentemente, devido à implantação do SUS, os hospitais buscam novas formas gerenciais, mais compatíveis com o modelo proposto.

É muito difícil passar uma linha separando os dois modelos, porque sabe-se que esta divisão não é assim tão evidente. Para efeito deste estudo,

será considerado modelo gerencial **tradicional**, o modelo hegemônico no qual predominam o conjunto de teorias que ajudaram a configurar a atual conformação dos hospitais, e será considerada a definição de modelo gerencial **inovador**, para os modelos centrados nas necessidades dos usuários¹³.

Os modelos gerenciais expressam uma proposta que leva em conta alguns elementos como: os objetivos definidos pelo modelo assistencial (incluindo o usuário e as políticas públicas), a organização dos serviços profissionais, a natureza da instituição, aspectos políticos e o mapa do poder na instituição.

Para Grabois (1995) gerência é um conjunto de técnicas e métodos de planejamento, direção e controle, visando um envolvimento e mobilização dos atores hospitalares na concretização dos objetivos da instituição. Motta (1996) acrescenta, nesta definição clássica, a importância de se ver na gerência, a imprevisibilidade, a intuição e o irracional. A gerência, por ser um elo de ligação entre os objetivos e a prestação de serviços de saúde, desempenha um papel importante, pois, é ela que realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos no interior de um hospital (Grabois e Sandoval, 1995).

Sem ter desenvolvido um campo de conhecimento próprio na área de gerenciamento, os hospitais adotaram os modelos oriundos de outros setores produtivos. Primeiramente, o hospital sofreu forte influência religiosa e militar. Com a industrialização e a expansão do capitalismo, novas teorias

¹³ Paim (2003), denomina os modelos assistenciais mais inovadores de modelos alternativos. Inovador e flexível são usados indiscriminadamente.

foram surgindo. Chiavenato (1999) afirma que cada teoria surgiu como uma resposta aos problemas empresariais mais importantes de sua época. Segundo o autor, são cinco as variáveis – tarefas, estrutura, pessoas, ambiente e tecnologia – que provocaram, cada um a seu tempo, uma diferente teoria administrativa, marcando um gradativo passo na TGA.

A TGA trata do estudo da administração nas organizações e se ocupa da administração em geral, não se preocupando com o setor em que ela será aplicada, quer nas organizações lucrativas ou não lucrativas (Chiavenato, 1999).

Segundo Chiavenato (1999), a TGA iniciou com o que se chama de “ênfase nas tarefas”, com a Administração científica de Taylor. A seguir, a preocupação básica passou para a “ênfase na estrutura” com a Teoria Clássica de Fayol, e com a teoria Burocrática de Weber, seguindo-se mais tarde a teoria estruturalista da Administração. A reação humanística surgiu com a “ênfase nas pessoas”, por meio da teoria das Relações Humanas. A “ênfase no ambiente” surgiu com a Teoria dos Sistemas, sendo completada pela Teoria das contingências, que “enfatizou a tecnologia”.

Todas essas teorias contribuíram, para fazer do hospital, um local, onde predomina a hierarquização, a especialização no trabalho com funções bem definidas, a separação entre o fazer e o planejar, o controle rígido dos processos e a robotização dos indivíduos. Lima e Almeida (1999) afirmam que as instituições de saúde têm seguido um modelo pautado no taylorismo e na burocratização, que conduz os profissionais à alienação e ao agir mecânico.

No início dos anos 70, Antunes (2000) afirma que, no mundo do trabalho, o capitalismo viu-se num quadro crítico acentuado, devido ao período de mutações econômicas, sociais, políticas e ideológicas. Segundo o autor, esta crise estrutural fez com que fosse implementado o processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo produtivo. Observa que, o padrão produtivo, da organização científica taylorista, e sua fusão com o fordismo, introduzida na indústria automobilística, com expansão para grande parte do setor serviços, começou a dar sinais de esgotamento.

A redução do tempo, o combate ao desperdício, o trabalho parcelar e fragmentado, a decomposição das tarefas e a supressão das atividades intelectuais dos operários, características do taylorismo e o fordismo, deram lugar ao trabalhador qualificado, participativo e multifuncional da era da acumulação flexível no ocidente, ou o modelo japonês, chamado Toyotismo (Antunes, 2000).

Por muitos anos, os hospitais adotaram os Programas de Qualidade Total, os 5 “S” e outros, de inspiração no modelo japonês, para reestruturar seus serviços com vistas a uma maior lucratividade e “satisfação” de seus usuários.

Mais recentemente, a orientação importada da tendência neoliberal, seduz as instituições (incluindo as hospitalares) com os clichês de “autonomia gerencial” e “terceirização” e aponta para a necessidade de mudança na forma de regime jurídico, dos hospitais públicos (Silva, 2005).

Cecílio e Merhy (2003) observam que os serviços de saúde, principalmente os hospitais públicos e de ensino, são construídos em uma lógica fundamentada quase que exclusivamente na clínica e em um paradigma funcionalista/sistêmico porque vê o hospital construído “por partes”.

Esta construção “por partes” estabelece uma forma de organização muito complexa e tem características que, dificilmente, são encontradas em outros setores. O que torna o hospital tão particular, é, segundo Grabois (1995), o peso do elemento humano no seu processo de produção, seja como trabalhador, seja como usuário. Outro elemento complicador, segundo o autor, é a caracterização do hospital como “organização profissional”¹⁴, dada a dependência do trabalho de especialistas que requerem autonomia para desenvolvê-lo.

No que diz respeito aos modelos gerenciais¹⁵ que garantam o atendimento às necessidades dos usuários, Campos (1992) diz que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes do sistema público de saúde é a de colocar seus serviços, realmente, em prol do bem-estar coletivo. Segundo o autor, a pobreza de conhecimentos acumulados sobre planejamento e gestão, é atribuída ao fato de que as práticas médico-hospitalares desenvolverem-se enquanto atividade estreitamente ligada ao mercado, predominando, principalmente nos hospitais, um estilo de

¹⁴ Uma “parte” do que se refere Cecílio e Merhy (2003). Segundo os autores as “partes” constituem-se das organizações profissionais, dos diferentes serviços e das diferentes clínicas.

¹⁵ O modelo gerencial seria o meio, o veículo para alcançar os objetivos traçados pelo modelo assistencial, ou pela operacionalização deste.

administração voltado para o atendimento daquela parcela de demanda que interessa ao corpo clínico, ou ao retorno financeiro para as instituições.

Nesta direção, uma reestruturação administrativa trata eminentemente, de um processo de desacumulação de valores culturais, motivado pela saturação ou decadência do sistema administrativo clássico vigente, portanto deve ser compreendido, acima de tudo, como um processo de alternância de concepção da própria funcionalidade institucional (Ferraz, Gomes e Mishima, 2004).

No que diz respeito à operacionalização de um modelo gerencial aderente aos princípios do SUS, consideram-se questões de cultura organizacional e o modo de operar peculiar à instituição. Cada instituição opera e responde diferentemente, adotando linhas gerais e modelos operacionais mais coerentes com o “modo de ser da instituição” e com o jogo de poder dos diferentes atores envolvidos.

Campos (1998), em uma experiência, traçou noções de reforma da estrutura pela descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços com outras mais ligadas às práticas clínicas e de saúde pública, ou seja, a construção de sistemas de gestão colegiada, modalidades de co-gestão de hospitais, reformulação dos organogramas do sistema como um todo e de cada unidade em particular, procurando romper com a verticalidade das estruturas e centralização do mando, tanto do serviço médico, como de enfermagem. Criou, unidades operacionais com função e objeto de trabalho bem definidos, reforçando na prática, a

interdisciplinaridade e a redistribuição de poder entre as várias categorias de trabalhadores, bem como entre trabalhadores, governo e usuários.

Nele, a integralidade do cuidado aparece como eixo norteador da gestão hospitalar. Parte-se do ponto que o cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves¹⁶ (Merhy, 2002). A integralidade, como estratégia gerencial, ocorreria pela produção do cuidado, servindo como referencial para a micropolítica do trabalho em saúde, fazendo a modelagem de gestão um todo a partir do cuidado ao paciente (Cecílio e Merhy, 2003), ou seja, as ações estariam centradas nas necessidades do usuário.

Naturalmente que este novo olhar implica em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (equipes multidisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários, pois supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da ação cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões (Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, 2004).

A Enfermagem insere-se neste novo contexto gerencial, à medida que o seu processo de trabalho é entendido como prática social, articulado a outras práticas, que é efetivado na sociedade por meio do trabalho (Felli e Peduzzi, 2005).

¹⁶ Tecnologia dura são equipamentos e máquinas, leve-dura são os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos; e leve os modos de agir na produção dos atos de saúde (Merhy, 2003)

Também neste sentido, o trabalho no campo da saúde, é considerado coletivo, mesmo quando realizado individualmente, na medida em que ocorreu um intenso processo de divisão do trabalho, configurando diferentes áreas de atuação e o produto final, a assistência e o cuidado, é sempre resultado de múltiplas intervenções executadas por múltiplos agentes (Felli e Peduzzi, 2005).

A despeito de algumas proposições de novos métodos, ressalta-se o proposto por Campos (1998) com a criação de “unidades de produção”, na qual se extinguiriam os antigos departamentos e criariam-se outras unidades condizentes com seus processos de trabalho, tentando substituir um modelo hospitalar centrado nas lógicas das profissões para uma lógica multiprofissional, descentralizada e co-responsável exercida pelos colegiados internos e colegiados gestores. Este modelo pretende atender os princípios da integralidade, equidade, descentralização e democratização do processo de gestão e tem sido utilizado com adaptações locais em alguns serviços como, por exemplo, o Hospital das Clínicas de Belo Horizonte (Guimarães e Évora, 2004).

Burdige¹⁷ (1971) apud Guimarães (2004) diz que a estrutura da célula de produção é citada no final da década de 50. Relata o autor que, inicialmente, essa estrutura foi aplicada nos ambientes fabris e, posteriormente incorporada por outros tipos de organização, com o intuito de se formar células multiprofissionais e auto-suficientes para a produção de serviço. A idéia que prevalece é a de gerenciar o processo de produção de

¹⁷ Burdige JL. The principles of production control. 3.ed. London: MacDonald & Evans; 1971.

forma descentralizada, ou seja, exercer o controle da produção como uma função da administração, desempenhada por um grupo que dirige e controla o suprimento de recursos para a obtenção dos melhores resultados. De acordo com Guimarães (2004) esta lógica rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que cada profissional faz a sua parte, possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no novo desenho organizacional.

Esta nova forma, iniciada em 1990, segundo Cecílio e Merhy (2003), previu, primeiramente, dois princípios fundamentais: o “achatamento dos organogramas”, e a condução colegiada das decisões. O tema produção de cuidado apareceu mais tarde em resposta às muitas dificuldades de implantação deste novo modelo.

O modelo de UF, teve sua validação Teórico-Conceitual e Prática, pelo Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde – LAPA / UNICAMP (Hospital de Clínicas, 2002), e foi adotado por outros hospitais como o Hospital Municipal de Volta Redonda, o Hospital Universitário da Universidade de Pernambuco, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e a Santa Casa do Pará, entre outros (Hospital de Clínicas, 2002). Unidades Funcionais vêm a ser a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, com canais de comunicação mais definidos e mais democráticos. É o resultado da agregação e serviços/atividades e/ou especialidades cuja afinidade estabelece uma linha de cuidado visando ao atendimento integral e de qualidade ao usuário (Hospital de Clínicas, 2002).

Com esta agregação pretende-se também a articulação e o estabelecimento de contratos/pactos internos que possibilitem um melhor desempenho de todos, evitando-se a fragmentação e promovendo um gerenciamento mais eficaz da instituição. São características destas unidades, a existência de equipes estáveis, com processos de trabalho definidos e semelhantes, ou com grande relação entre si, responsáveis por produtos/serviços consumidos por determinados usuários (Hospital de Clínicas, 2002).

A horizontalização é um dos alicerces da implantação das UFs. As organizações, em processo de modernização, costumam caracterizar-se pelo achatamento da pirâmide organizacional e por um índice alto na relação liderado/líder. O conceito é que funcionários capacitados e orientados por uma visão comum podem prescindir da figura do supervisor. Comumente, a orientação do trabalho **pelo e para o líder** dá lugar à orientação **pelo e para o cliente** seja ele interno ou externo (Hospital de Clínicas, 2002).

Este novo conceito favorece a descentralização dos processos decisórios, com o aumento da autonomia do pessoal a nível técnico e operacional (Hospital de Clínicas, 2002).

A implantação busca transformar internamente o cotidiano da instituição, especialmente no que se refere a distribuição de responsabilidades, ao relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa, na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se da execução. Visa-se em última instância, ao cumprimento da missão do hospital implantando-se dispositivos

organizacionais que reduzam a fragmentação das práticas profissionais (Hospital de Clínicas, 2002).

Os fatores que determinam a estrutura organizacional, entendendo-se como estrutura organizacional o conjunto de ligações que sustentam formalmente uma UF, definiu-se que cada unidade conta, para sua gestão, o colegiado interno, 1 gerente e a assessoria de 2 a 4 supervisores, dependendo das características da unidade (Hospital de Clínicas, 2002).

Com relação à configuração das UFs, estas se classificam em UFs administrativas e UFs assistenciais. Os princípios de agregação das UFs seriam respeitar a lógica da linha de cuidado, evitar a fragmentação do cuidado, evitar separação física dos serviços componentes, evitar UFs muito complexas (Hospital de Clínicas, 2002).

O modelo gerencial tradicional apresenta-se, no momento, insuficiente para atender às demandas assistenciais propostas pelo SUS e operacionalizadas localmente. Dentre muitos modelos alternativos em desenvolvimento, no Brasil, o HC/UFPR utilizou experiências que considera bem sucedidas, e adotou o modelo de UF, acreditando que este atende tanto aos princípios do SUS (e portanto está aderente à nova política de saúde), quanto às suas necessidades internas de organização do trabalho.

3.3 Competências gerais para o exercício da Enfermagem

A área da saúde, sobretudo os hospitais, tem sido afetada pelas mudanças no mundo do trabalho, que se deve, neste caso particular, à

reformulação do modelo assistencial proposto para o Brasil pelo SUS, pelo impacto tecnológico que representa e à inserção de (muitos) novos saberes necessários ao exercício das diferentes profissões.

Para Dutra (2001)¹⁸ citado por Cunha e Ximenes Neto (2006), a área de gestão de pessoas passa, atualmente, por três principais mudanças: a alteração no perfil das pessoas, exigida pela empresa, o deslocamento do foco da gestão de pessoas por meio do **controle** para o foco por meio do **desenvolvimento**, e a maior participação da pessoa no sucesso da empresa.

Os hospitais procuram se adequar, inspirados na indústria, usando novas ferramentas gerenciais como o *balanced score-card*, a gestão do conhecimento, da informação e das competências, a liderança *coach* e as unidades de negócios (Cunha e Ximenes Neto, 2006). As autoras afirmam que nesta nova conformação, as competências que o indivíduo possui passam a ter valor, o qualificam a fazer algo.

Devido aos novos cenários, a questão da competência passa a ser central em todas as discussões que tratam do desenvolvimento de pessoas, para o alcance de objetivos, sejam eles quais forem. Para a Enfermagem,

¹⁸ Dutra JS. Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Editora Gente; 2001.

por exemplo, a busca por competência, do ponto de vista dos pressupostos teóricos que a fundamentam, está tradicionalmente, mais ligada ao ensino, instituída pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (Ministério da Educação, 1996).

No entanto, alguns autores (Lucchese e Barros, 2006; Peres e Ciampone, 2006), afirmam que, a competência advém de um movimento irreversível, está no cerne de toda a ação humana, individual ou coletiva, e está presente, tanto na produção, como no ensino.

Para Faustino, Moraes, Oliveira e Egry (2003) o termo competência não é novo e tem sido usado sob várias concepções. Para as autoras, no mundo do trabalho, prevalece o entendimento do saber subordinado ao interesse econômico, à produção mais rápida e eficaz, mais adequada ao mercado consumidor. Esta idéia é corroborada por Markert¹⁹ apud De Domenico (2003), que diz que o conceito de competência teve uma conotação funcionalista, quando interpreta a competência na perspectiva da razão emancipatória ou como um instrumental de regime capitalista.

Com relação à formação, Peres e Ciampone (2006) observam que a lógica do mercado prima por mão de obra capacitada, para dar conta da dimensão tecnológica, e não privilegia a formação crítico-reflexiva, capaz de impactar no mercado, e provocar melhorias sociais locais a médio e longo prazo. Deluiz²⁰ citado por Witt e Almeida (2003) concorda quando afirma que procura-se uma adequação deste modelo à formação da força de trabalho,

¹⁹ Markert W. Trabalho e comunicação: reflexões sobre um conceito dialético de competência. Educ Soc 2002; 23 (79):189-211.

²⁰ Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação 2001;1(2):5-15.

às recentes exigências do setor produtivo, flexibilizando e unificando o sistema de qualificação profissional.

É muito difícil encontrar um consenso ou explicações convincentes de que o modelo teórico por competências é apropriado, tanto para a formação quanto para o trabalho. No entanto, a prática gerencial em modelos inovadores, com certeza exige outras competências *“in loco”*.

No sentido de refletir sobre o modelo por competências, é interessante a afirmação de Faustino, Moraes, Oliveira e Egry (2003), que dizem que, neste tempo de mudanças constantes e verdades instáveis, as competências devem ser uma ferramenta de reorganização da formação para atender as demandas.

Para Witt e Almeida (2003), a noção de competência sucede à de qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de formação no processo de reestruturação produtiva. Segundo Ramos (2001), neste modelo, o indivíduo passa de uma lógica de **ter** uma qualificação, de ter conhecimento, para uma lógica de **ser** competente, ser qualificado.

A abordagem das competências é considerada por Perrenoud apud Lucchese e Barros (2006) como uma questão de **continuidade**, porque faz parte do processo de evolução do mundo (adaptação às diferenças e às mudanças), e de **ruptura**, porque rompe com aquela pedagogia que não prepara o indivíduo para enfrentar situações reais.

Para o autor, competência é a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-

se a eles. Já Despresbiteris²¹ citado por Faustino, Moraes, Oliveira e Egry (2003), define competências como um conjunto de capacidades, práticas e conhecimentos organizados para realizar um conjunto de tarefas, satisfazendo exigências sociais precisas.

Lucchese e Barros (2006) afirmam que, para a construção de uma competência, recursos cognitivos são mobilizados, entre eles: os saberes, as capacidades ou habilidades e outros recursos mais normativos.

Saberes são os conhecimentos declarativos (fatos, leis, constantes ou regularidades da realidade), os conhecimentos procedimentais ou processuais (saber como fazer, aplicativo de método e técnicas) os conhecimentos condicionantes (saber quando intervir de uma determinada maneira) e as informações que são os saberes locais (Perrenoud 2003 citado por Lucchese e Barros, 2006).

A competência também pode ser classificada sob o ponto de vista pessoal – **competências essenciais** – relacionadas ao indivíduo, à equipe e ao seu desenvolvimento, e do ponto de vista empresarial – **competências organizacionais** – relacionadas as estratégias corporativas (Brandão e Guimarães, 2001).

O trabalho em Enfermagem, como parte do processo de trabalho em saúde, caracteriza-se em sub-processos de trabalho, denominados de cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar (Silva, 1996).

²¹ Despresbiteris, L. Avaliando competências na Escola de alguns ou na Escola de todos? São Paulo; 2002. (texto digitado).

Nas instituições hospitalares, ainda que os sub-processos pesquisar e ensinar existam, as atividades de enfermagem são predominantemente marcadas pelos sub-processos cuidar e gerenciar.

As mudanças no processo (ou nos sub-processos cuidar e gerenciar) de trabalho da enfermeira no hospital, foram ocasionadas por uma sucessão de eventos: o modelo assistencial influenciou ou impulsionou a adoção de novos modelos gerenciais, que, por sua vez, demandaram outros perfis, no cuidado (mais ampliado e em rede), no gerenciamento (novas formas de organização do trabalho), nas relações (mais cooperativas, menos subordinadas), e na posição política (modelos descentralizados, mudança na amplitude do gerenciamento).

As Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem, atualmente em vigor, tentam orientar para competências gerais a serem alcançadas pelo futuro enfermeiro, como, a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente (Ministério da Educação, 2001). Peres e Ciampone (2006) ressaltam que das seis competências apontadas, cinco, podem ser caracterizadas como competências gerenciais.

Nimtze e Ciampone (2006) afirmam que, o ensino da administração no que diz respeito à nova proposta do MEC, para o desenvolvimento de competências e habilidades, favorece a aptidão para o processo de trabalho gerenciamento. Segundo as autoras, tal fato é explicado pela necessidade de preparar responsáveis pela evolução dos quadros da própria enfermagem enquanto profissão.

Segundo Faustino, Moraes, Oliveira e Egry (2003), as diretrizes mostram-se coerentes, não apenas com a expectativa de um novo profissional crítico e reflexivo, capaz de responder as exigências colocadas pelo contexto de contínuas mudanças sociais, mas também com o desenvolvimento da cidadania. As Diretrizes deixam claro que este novo perfil, deve ser construído a partir de competências e habilidades, que têm a pesquisa como eixo integrador da formação acadêmica (Nimtz e Ciampone, 2006).

Ao contrário, De Domenico (2003) aponta que, em relação às competências gerais a serem adquiridas, permanece a cultura do modelo único, ainda que debilitado pela generalidade inconsistente tanto na perspectiva teórica, como prática. Segundo a autora, esta proposta, sem espaço de criação, sem identidade, reitera um distanciamento das macropolíticas, cujas repercussões prenunciam despreparo e inserção periférica nos mundos da formação e do trabalho.

Lucchese e Barros (2006), na busca de acompanhar as mudanças sociais, refletem que ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, em um movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre esse fazer. Nimtz e Ciampone (2006), afirmam que o ensino pautado em competências, deve superar o saber fazer e o aprender a conhecer, e necessariamente, deve abarcar as dimensões que têm sido esquecidas - **aprender a ser e aprender a conviver**.

Goulet (2002:147) considera estas dimensões quando afirma que:

competência significa não somente um saber teórico mas também um saber fazer e um "saber ser", e engloba conhecimentos, habilidades psicomotoras,

atitudes, valores e julgamento. Este conceito introduz igualmente a noção de competência “perceptiva”, quer dizer a capacidade de pressentir, de experimentar um sentimento de mal-estar diante de uma situação de cuidado problemática²²

Neste mundo em mutação, de modelos híbridos, porque os modelos ainda estão em construção, exige-se uma capacidade adaptativa muito grande por parte dos enfermeiros que trabalham em hospitais. Apontam-se alguns dificultadores, sendo o primeiro a quem cabe a condução deste momento de incertezas, no qual confrontam-se a formação do enfermeiro e as necessidades de novos perfis profissionais, que exigem quase uma “desconstrução” do enfermeiro formado na escola tradicional, e o segundo como “abstrair”, “processar” estas mudanças de formação, quando o cenário já mudou.

De Domenico (2003) afirma que, nesse contexto fragilizado da profissão, a Enfermagem elabora a sustentação teórica para atingir os patamares de uma profissão autônoma, e reconhecida nas suas competências, mas não a aplica, pois se encontra atrelada à vivência com o poder disciplinador, e está pouco, ou até, des-instrumentalizada para defender-se e reconstruir os espaços almejados.

A competência está intimamente ligada ao conhecimento. Possuir conhecimento é necessário, porém não suficiente para que as competências existam de fato (De Domenico, 2003). No entanto, formar uma competência não significa descartar o conhecimento, e tampouco uma competência é o próprio conhecimento, as competências utilizam, integram ou mobilizam o conhecimento em situação de ação (Lucchese e Barros, 2006).

²² Tradução livre do autor.

No serviço de enfermagem o conteúdo de conhecimento está aumentando. Com mais conhecimento adquirido pelos profissionais de enfermagem, a expectativa é de que realizem ações diferentes mais qualificadas e pautadas na competência (Shinyashiki, Trevizan e Mendes, 2003).

Os autores afirmam que o conhecimento organizacional também constitui-se em ativo invisível. Para os autores, esse conhecimento é fundamentado nas competências essenciais da organização, uma vez que ele pertence ao seu capital humano, existindo exclusivamente no cérebro das pessoas. Nesta linha, Fleury (2001)²³, ressalta que as competências essenciais configuram-se por conjuntos de conhecimentos, tácito e coletivo, resultantes da aprendizagem, produzindo vantagem competitiva para a organização.

No caso do enfermeiro, exige-se conhecimento (que conheça o que faz), e habilidades (que faça corretamente) e que tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos (Cunha e Ximenes Neto, 2006). Porém, além de ser competente no que faz, o enfermeiro deve garantir competência por parte de sua equipe (Marquis e Huston, 1999).

Desta afirmação depreende-se as competências assistenciais e as competências gerenciais do enfermeiro no hospital. De Domenico (2003), em um estudo, identificou, entre os docentes, as seguintes competências: clínica/assistencial, gerencial investigação/pesquisa e ensino, política e

²³ Fleury MTL, Oliveira Junior MM (org.). Gestão estratégica de conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas; 2001.

social. Como já foi observado, nos hospitais, a ênfase está mais centrada nas competências clínica/assistencial e gerencial.

May²⁴ e Tanner²⁵ citado por De Domenico (2003) evidenciam em seus trabalhos, que existe uma relação entre possuir a habilidade de pensar criticamente, e de exercer a competência clínica/assistencial, na medida em que os conhecimentos, as atitudes, a qualidade das inferências, das investigações, das abstrações e das generalizações, exigem do profissional a união do conhecimento formal com a experiência clínica, numa relação dependente do desenvolvimento cognitivo, psicomotor e afetivo do profissional. Na organização hospitalar, a posição da enfermeira no exercício da gerência intermediária a situa na esfera central de processos de aprendizagem, e de desenvolvimento do conhecimento, necessário e fundamental, para a aquisição de competências, o que lhe confere uma atuação frente ao cruzamento dos fluxos vertical e horizontal de informações, um elo de ligação entre a alta gerência e os trabalhadores da linha de frente (Shinyashiki, Trevizan e Mendes, 2003).

O aprendizado gerencial envolve quatro dimensões básicas: cognitiva, comportamental, analítica e de ação. As dimensões racionais de gerência são necessárias, mas deve ser incentivado o ilógico, o intuitivo, como garantia de ação e repressão das análises excessivas de problemas (Motta, 1996)

²⁴ May B, Edell V, Butell S, Doughty J, Langford C. critical thinking and clinical competence: a study of their relationship in BSN seniors. J Nurs Educ 1999; 38 (3):100-10.

²⁵ Tanner CA. Evidence-based practice: research and critical thinking. J Nurs Educ 1999; 38(3):99.

Para Almeida, Fortuna, Pereira, Mishima e Villa (1994) são quatro dimensões, inerentes à atividade gerencial. A dimensão **técnica** diz respeito aos aspectos mais gerais e instrumentais do próprio trabalho, a dimensão **política** é aquela em que se articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender, a **comunicativa** diz respeito ao caráter da negociação, e a do **desenvolvimento da cidadania** toma a gerência como uma atividade que contém e está contida em uma perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais.

Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003), apontam a necessidade de uma cultura de compartilhamento de aprendizagem com vistas a competências para o cuidado do paciente. Observam os autores que o enfermeiro, em posição de liderança, atento aos aspectos tácitos e explícitos do conhecimento, passa a enfatizar o processo de integração e criação do conhecimento.

Perrenoud (2003) citado por Lucchese e Barros (2006) salienta que a competência não é um estado, é um processo, que pode ser construído de três componentes; o primeiro refere-se a uma **mesma situação** de um mesmo tipo, com uma mesma estrutura; o segundo supõe a **utilização de recursos cognitivos** relativamente específicos, não havendo competência se todos os recursos tiverem de ser construídos, se todos os saberes tiverem de ser aprendidos, se todas as capacidades tiverem de ser desenvolvidas e se todas as informações pertinentes tiverem de ser coletadas. O último passa por uma espécie de **treinamento** no sentido de

mobilizar e adaptar tais recursos para que seja possível decidir e agir corretamente.

O autor reforça que a construção de competências é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos, com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz. Estes esquemas constroem-se ao sabor de um treinamento de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz, quando associado a uma postura reflexiva.

Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003) afirmam que cabe ao gerente enfermeiro, a responsabilidade da transferência de conhecimentos. Para os autores, o gerente experiente, para expandir o aprendizado, deve propiciar transferências de conhecimento através da adoção de medidas que garantam a implementação de conteúdos dos programas de educação e treinamento.

A imposição de novos perfis profissionais demanda a aquisição de novas competências, que considera os conhecimentos acumulados, moldados em uma perspectiva dinâmica, com potencial adaptativo. É possível a construção de competências, que surgem a partir de uma necessidade concreta, pelo aprendizado em situações de mobilização de conhecimentos, desde que sejam acompanhadas de uma reflexão crítica.

4 PRESSUPOSTOS

A pesquisa tem os seguintes pressupostos:

- Considerando as características de ensino, pesquisa e assistência do Hospital Universitário, é de sua responsabilidade o compromisso para com novos modelos de gestão.
- Para a implantação de um modelo de gestão hospitalar compatível com o modelo assistencial proposto pelo SUS, as equipes de Enfermagem e os demais profissionais da instituição, deverão estar preparados para repensar a assistência, em uma outra lógica que não somente a clínica, mas sim na perspectiva do cuidado ampliado.
- Considerando o impacto do HC/UFPR na assistência para a cidade de Curitiba e região metropolitana, tanto em volume de atendimento, oferta de serviços de alta complexidade e sua parceria com os gestores estaduais e municipais, espera-se que ele seja uma referência para os outros serviços da cidade, principalmente no que se refere à qualidade do atendimento prestado e ao modelo de gestão adotado.

- Sendo o HC/UFPR o hospital de Curitiba que tem o maior número de enfermeiros e onde eles assumem as posições mais diferenciadas, espera-se que ele possa assumir o protagonismo de formas inovadoras e mais democráticas de organização do serviço de enfermagem.

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Promover, junto aos trabalhadores de enfermagem, a reconstrução da Enfermagem frente ao novo modelo gerencial.

5.2 Específicos

1. Reconstruir os determinantes históricos implicados na instituição dos modelos gerenciais de enfermagem.
2. Identificar o contexto atual do modelo gerencial, o seu significado e as possibilidades futuras.
3. Apreender as estratégias de enfrentamento dessa problemática no que se refere aos saberes e poderes.
4. Elaborar proposta e estratégias para a reconstrução da Enfermagem.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1 Tipo de estudo e abordagem

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso.

O estudo de caso foi escolhido porque, segundo Yin (2005), pode contribuir para o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos, ou onde há necessidade de se compreender fenômenos sociais complexos.

O estudo de caso foi usado deliberadamente para lidar com as condições contextuais pertinentes ao fenômeno do estudo (Yin, 2005) e como o estudo de caso é um dos tipos de pesquisa qualitativa dos mais relevantes, cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (Triviños, 2002), os resultados do presente estudo de caso serão válidos somente para o HC/UFPR, mas o conhecimento aprofundado de sua realidade pode permitir e formular hipóteses (Triviños, 2002).

Fundamenta-se na Determinação Social que explica o processo do desenvolvimento social na perspectiva Histórica e Dialética.

O processo, na teoria da Determinação Social, contrapõe-se à visão estática do Positivismo e expressa o caráter dinâmico dos fatos vinculados à saúde - doença em todas as suas dimensões (Fonseca e Bertolozzi, 1997). Assim, considerando o **processo**, a realidade social tem sempre

historicidade; a sociedade é sempre conflitiva e está em constante mutação; a realidade processual é inacabada e fragmentária; não há verdade absoluta sobre a realidade processual; a realidade processual admite superação, mutação e crítica; o processo não significa progresso, ao contrário, pode significar regresso ou retrocesso (Demo, 1989).

Demo (1989) coloca a metodologia dialética como uma metodologia específica das ciências sociais porque é mais fecunda para analisar os fenômenos históricos, pois a visão dialética privilegia: a) a contradição e o conflito predominando sobre o consenso; b) o fenômeno da mudança sobre a estabilidade; c) o movimento histórico; e d) a totalidade e a unidade dos contrários.

6.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no HC/UFPR, localizado na cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná. O HC/UFPR é o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários do País. Construído na década de 50, começou a funcionar em junho de 1961 quando foi oficialmente inaugurado; tinha como objetivo o ensino da Medicina, atendia prioritariamente indigentes e era sustentado com recursos do MEC (Hospital de Clínicas, 2004).

A partir dos anos 70-80, o hospital tornou-se prestador de serviços para o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

(INAMPS) e era sustentado, com progressiva retração, pelo orçamento do MEC. A partir de 2002, o hospital se configurou como um prestador de serviços do SUS, é auto-sustentado, com exceção da folha de pessoal dos servidores em Regime Jurídico Único, que é paga pelo MEC. Sua missão atual é *“Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão”* (Hospital de Clínicas, 2004).

O complexo HC/UFPR é constituído por um prédio central e três anexos interdependentes, além de algumas unidades externas. Nestes quatro blocos, possui, atualmente, 236 salas ambulatoriais e 635 leitos hospitalares organizados em 27 unidades de internação. Sua média anual de atendimento ambulatorial é de aproximadamente 800 mil atendimentos, 20 mil internações, 10 mil cirurgias, 2 mil partos e 2500 transplantes (Hospital de Clínicas, 2004).

Possui 45 especialidades médicas e o ensino de graduação é acompanhado pelos Departamentos de Clínica Médica, Cirurgia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Saúde Comunitária, Tocoginecologia, Enfermagem e Nutrição. É referência estadual e nacional para Transplante de Medula Óssea, Gestação de risco, Doenças transmissíveis, Banco de Leite Humano, Banco de ossos, entre outros (Hospital de Clínicas, 2004).

O HC/UFPR integra *“a rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba, de modo a caracterizá-lo como um pólo de atendimento em saúde que garanta aos usuários atenção integral, humanizada e de qualidade”*, como estabelece o

Termo de convênio 15545 celebrado em 2004 entre a Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) e o Hospital (Prefeitura Municipal de Curitiba, 2004, p.1).

A assistência Integral à saúde, é realizada pela oferta de todos os procedimentos, necessário para o atendimento integral ao usuário. Para gerir este atendimento, o Hospital utiliza o sistema informatizado de Regulação da Assistência, assim como o subsistema Integração, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba (Prefeitura Municipal de Curitiba, 2004).

A Enfermagem é representada, institucionalmente, pela CE, responsável pela normatização dos processos de trabalho nas unidades e está subordinada à Direção Clínica (Hospital de Clínicas, 2002).

6.3 População e sujeitos da pesquisa

O HC/UFPR possui, atualmente, 3.373 servidores, sendo 2132 vinculados ao Regime Jurídico Único do MEC, e 1242 vinculados à Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR), contratados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Hospital de Clínicas, 2006).

Dos 3.373 servidores, 1233 pertencem à Enfermagem, perfazendo um total de 34,5% de toda a força de trabalho do Hospital. Destes, 215 são Enfermeiras, 200 Técnicos de Enfermagem e 808 são Auxiliares de Enfermagem, que constam da população do estudo (Hospital de Clínicas, 2006).

Os sujeitos da pesquisa foram 12 trabalhadores da Enfermagem sendo 8 enfermeiras, 2 técnicas de Enfermagem e 2 auxiliares de Enfermagem.

Os critérios de inclusão no grupo foram estar trabalhando na instituição há 5 anos ou mais e aceitar compor o grupo, respeitando-se o limite de 12. O único critério de exclusão foi a desistência voluntária em qualquer momento da pesquisa, o que não ocorreu, pois, o mesmo grupo que começou, concluiu a pesquisa.

6.4 Coleta de dados

6.4.1 Instrumentos e técnica

A coleta foi realizada com a técnica de grupo focal que utiliza sessões grupais nas quais os sujeitos da pesquisa discutem um tema específico.

A técnica de grupo focal foi escolhida porque possibilita a intensificação do acesso à informações acerca de um fenômeno, seja pela intenção de gerar tantas idéias quanto possíveis, ou pela averiguação de uma idéia em profundidade (Dall'Agnoll e Trench, 1999).

Dall'Agnoll e Trench (1999) afirmam que diferentes olhares, em diferentes ângulos, vão sendo colocados pelos sujeitos, a respeito dos fenômenos, despertando certas elaborações que se mantinham latentes. As

autoras dizem que esta passagem, da latência à elaboração-expressão, ocorre no processo interativo que vai se estabelecendo no grupo.

A técnica de grupo focal como o principal instrumento de coleta de dados, e a opção por sua utilização, se deu considerando as afirmações de Chiesa e Ciampone (1999) de que o grupo focal é a melhor estratégia no sentido de reunir diferentes atores da prática profissional, num espaço investigativo, que pode propiciar a reflexão crítica, sobre a situação a ser estudada.

6.4.2 Procedimentos de coleta

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do HC/UFPR em 30 de novembro de 2004 com o Protocolo CEP/HC 954.184/2004-11 (Anexo A).

Antes da realização dos grupos focais, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Ambos os procedimentos atendem a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

A coleta de dados se deu nos meses de março e abril de 2005, com um encontro semanal de 90 minutos. No primeiro encontro programou-se o horário de início e término das reuniões, a duração da reunião, o comprometimento de cada um em não faltar às reuniões, o compromisso em

manter sigilosas as discussões do grupo, a preservação da identidade do grupo e o local das reuniões.

O número de encontros foi determinado pelas questões norteadoras (objetivos específicos ou categorias empíricas) da pesquisa. Foram três as questões norteadoras: os determinantes históricos implicados na mudança, a situação atual da Enfermagem, seu significado e as possibilidades futuras e as estratégias de enfrentamento: saberes e poderes.

Cada participante recebeu uma letra do alfabeto pela qual foi identificada, e o grupo foi coordenado pelo pesquisador o qual contou com a ajuda de um observador externo. Os encontros foram gravados e transcritos posteriormente. Ao final de cada encontro era feita uma devolutiva ao grupo no sentido de fazer uma síntese das discussões, pois houve um entendimento do grupo de que este procedimento era necessário. O número de reuniões foi determinado pelo tempo que o grupo encontrou para esgotar o assunto. Foram 7 encontros para o grupo concluir que havia respondido as três questões.

Para facilitar a análise dos dados, as Enfermeiras foram identificadas pela inicial E seguida de números de 1 a 8 (total de enfermeiras); as Técnicas pela inicial T seguida de número 1 e 2, e as Auxiliares pela inicial A seguida dos números 1 e 2. Desta maneira, os sujeitos da pesquisa puderam ser identificados por categoria, mantendo-se o anonimato dos mesmos.

Os procedimentos para composição do grupo, incluíram um primeiro chamado pelos meios de comunicação disponíveis como intranet, cartazes e

convites. Na primeira reunião, não houve número suficiente de pessoas para compor o grupo. Foram realizadas visitas nos setores e o convite foi feito pessoalmente. Na segunda reunião compareceram 12 participantes. O número foi considerado adequado, no que concerne à quantidade e representatividade.

6.5 Apresentação e análise dos dados

Os encontros transcritos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo, na modalidade da análise temática (Anexo C). Segundo Minayo (2004), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto e comporta um feixe de relações representado por uma palavra, uma frase ou um resumo.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo optou-se, especificamente, pela análise temática, com o intuito de apreender os “significados” das transcrições dos encontros. Os critérios que orientaram a leitura, neste caso, foram as categorias empíricas dadas pelos objetivos específicos, os quais também guiaram a análise do material transcrito.

A análise foi constituída por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados obtidos e interpretados (Bardin, 2000).

Na pré-análise, o material transcrito foi submetido à leitura flutuante com o intuito de tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais.

Após exaustiva leitura, o material foi organizado, orientado pelas Categorias Analíticas que segundo Minayo (2004) são: *“Categorias Analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais”* (Minayo, 2004, p.94).

As Categorias Empíricas *“são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo”* (Minayo, 2004, p.94) e emergiram dos discursos.

Assim, o quadro teórico foi composto pelas seguintes categorias analíticas: **Políticas de Saúde no Brasil; Modelos Gerenciais adotados pelos hospitais e as Competências gerais para o exercício da Enfermagem.**

As Categorias Empíricas que emergiram foram: **os determinantes históricos implicados na mudança, a situação atual da Enfermagem, seu significado e as possibilidades futuras e as estratégias de enfrentamento: saberes e poderes.**

Na exploração do material, as unidades temáticas foram extraídas a partir de recortes das falas agrupados por afinidade. Assim, foi possível apreender que os principais **determinantes históricos** implicados na mudança gerencial foram.: o estranhamento das enfermeiras com o cenário externo e interno, o “desmanche intencional” da Enfermagem no Hospital; a constituição histórica do trabalho da Enfermagem e sua posição dentro da organização, e por último a percepção, pelo grupo, de que as enfermeiras

que assumiram cargos de confiança no novo modelo se comportaram mais como gerentes do que como enfermeiras-gerentes.

Na **situação atual** da enfermagem, seu significado e as possibilidades futuras, foi possível extrair a crise de identidade causada pela perda da DE, e os dois aspectos que se perceberam mais afetados: o cuidado e o poder, significando um cenário marcado, sobretudo, pelas contradições.

Por último, foi possível apreender as **opções estratégicas**, relacionadas, genericamente, ao saber e ao poder que consideram necessários para fazer o enfrentamento.

O quadro 1 demonstra esquematicamente, a relação categorias analíticas, empíricas e as unidades temáticas:

Quadro 1 – Apresentação das categorias analíticas, empíricas e das unidades temáticas. São Paulo, 2007

Categorias analíticas	Categorias empíricas	Unidades temáticas agrupadas por afinidade apreendidas nos discursos
Políticas de saúde no Brasil	Os determinantes históricos implicados nas mudanças	<ul style="list-style-type: none"> ▪ o estranhamento das enfermeiras com o cenário externo e interno, ▪ o “desmanche intencional” da Enfermagem no Hospital; ▪ a constituição histórica do trabalho da Enfermagem e sua posição dentro da organização, ▪ a percepção, pelo grupo, de que as enfermeiras que assumiram cargos de confiança no novo modelo se comportaram mais como gerentes do que como enfermeiras-gerentes.
Os novos modelos gerenciais	A situação atual da Enfermagem, seu significado e as possibilidades futuras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crise de identidade causada pela perda da Direção de Enfermagem ▪ Aspectos mais afetados: o cuidado e o poder
Competências gerais para o exercício da Enfermagem	As estratégias de enfrentamento: saberes e poderes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias relacionadas ao saber ▪ Estratégias relacionadas ao poder

6.6 As contribuições das atividades desenvolvidas durante o estágio de doutorado no exterior para a análise dos resultados

O estágio teve por finalidade buscar referenciais teóricos para fundamentar a análise dos dados da tese, conforme sugestão da Comissão Examinadora do Exame de Qualificação, realizado em outubro de 2004.

Com o apoio financeiro da CAPES, o estágio foi realizado no período de 01 de julho a 30 de novembro de 2005 na Faculté des Sciences

Infirmières da Université Laval em Québec (QC), Canadá, sob a supervisão da Prof^a Dr^a Clémence Dallaire.

O plano de atividades consistiu, por parte da orientadora, em fornecer informações relativas a estrutura e funcionamento do serviço de saúde canadense e da cidade de Québec; indicar referencial bibliográfico relativo à administração de enfermagem no Canadá, intermediar as visitas a serviços de saúde e auxiliar na análise dos dados da tese com discussões e referencial teórico. A estagiária se comprometeu a escrever um artigo com tema atual, fazer apresentações sobre a Enfermagem no Brasil e o Sistema de Saúde Brasileiro, nas aulas ministradas pela professora, e em encontros científicos.

Mesmo não tendo necessidade de créditos suplementares, no mês de setembro, com o início das aulas, foi iniciada a participação, como aluna ouvinte, do curso de “Organisations des services de santé I”. O curso foi proferido pela Professora Michèle St-Pierre²⁶ e tinha, como objetivo geral, a introdução à organização dos serviços e forneceu uma base, de muita utilidade, para uma compreensão geral do sistema de saúde canadense. Era organizado em 3 módulos: o contexto de funcionamento dos sistemas de saúde, as grandes aproximações que fundamentam a organização dos serviços de saúde e os processos de mudança. O curso oportunizou momentos de discussão com um grupo composto por doutorandos, inclusive muitos enfermeiros, que mostraram a realidade de saúde local.

²⁶ Phd management Université Laval. Departement de management . Faculté des sciences de l'administration. Université Laval. Automne 2005.

As visitas propiciaram uma visão geral da organização dos serviços da rede local de atenção e foram dois hospitais, três Centros de Saúde, uma residência para idosos, e o Sistema de atendimento por telefone Info - Santé. Permitiram também entender a organização local da Enfermagem e sua inserção nos serviços de atenção à saúde.

Alguns encontros com Diretoras de Enfermagem e Coordenadoras de Serviços foram agendados para conhecer melhor o funcionamento e a estrutura de um determinado programa ou para conhecer as atividades das enfermeiras a fim de estabelecer alguns termos de comparação.

Também foram feitas algumas apresentações: “O sistema de saúde e a Enfermagem no Brasil” apresentado no Seminário do Centre FERASI²⁷, e “O sistema de saúde brasileiro: o SUS” apresentado no curso de Organização de serviços de saúde I.

Algumas participações em encontros e reuniões foram bastante profícuas como a participação no seminário de integração entre os professores das disciplinas de administração em enfermagem e os supervisores de estágio (enfermeiros de campo). Outras reuniões importantes eram as reuniões científicas do centro FERASI que sempre apresentava as pesquisas em andamento. Outra reunião organizada pela Ordem das Enfermeiras e Enfermeiros do Québec, que se mostrou essencial, foi uma Mesa Redonda das Diretoras de Enfermagem da Região de Québec, na qual todos os enfermeiros com cargos de Direção, participaram para discutir o futuro deste cargo nos novos modelos de gestão.

²⁷ Formation et Expetise en Recherche en Administration des Services Infirmiers. Parceria entre as Universidades de Montreal, MacGill e Laval.

Foi possível constatar que, na rede de atenção básica a forma de organização dos serviços é mais por equipe, como em Curitiba, e nos hospitais é mais tradicional, mas que dá indícios fortes de mudança. Este foi inclusive o tema escolhido para trabalhar em um artigo com a orientadora local, intitulado: “La position des infirmières d’après la structure organisationnelle”, em vias de publicação.

Os encontros, as visitas e os seminários foram essenciais tanto pelo conteúdo de aprendizagem como pelo processo de socialização. Como havia estudado o sistema de saúde antes, discuti-lo em campo, com algum conhecimento prévio, foi uma oportunidade única. As novas amigas enfermeiras auxiliaram muito na compreensão das subjetividades da profissão, dos termos técnicos, da interpretação das leis e programas, que fogem usualmente, do dia-a-dia do estudante estrangeiro.

O conjunto de atividades permitiu a abertura de intercâmbios entre profissionais da Enfermagem e professores da Université Laval com os profissionais de Enfermagem e professores da Escola de Enfermagem da USP. Esta abertura facilita futuros projetos de pesquisa, troca de experiências, visitas e a inserção de novos alunos interessados em programas de Estágio de Doutorado ou Pós-Doutorado.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise é composta inicialmente, pela caracterização dos participantes do Grupo Focal e, posteriormente, pelas categorias empíricas apreendidas nos discursos dos sujeitos.

7.1 Caracterização do grupo

O grupo focal foi constituído por 12 profissionais de Enfermagem pertencentes ao serviço de Enfermagem do HC/UFPR.

No que diz respeito à categoria profissional, a amostra foi assim constituída:

Tabela 1 – Sujeitos da pesquisa segundo categoria profissional. São Paulo, 2007.

Categoria	Número	%
Enfermeiros	8	75
Técnicos de Enfermagem	2	12,5
Auxiliar de Enfermagem	2	12,5
Total	12	100

Observa-se que, mesmo não havendo restrições em relação ao percentual de profissionais por categoria, há predominância de enfermeiras no grupo.

Esta predominância explica-se, em parte, pela pouca familiaridade de se reunirem enfermeiras, técnicos e auxiliares para discutirem assuntos em um mesmo projeto. Corriqueiramente, a maneira pela qual os técnicos e auxiliares obtêm informações é através dos enfermeiros, ressaltando-se a burocracia entre as categorias de trabalhadores.

Esta dificuldade é uma extensão da própria divisão técnica do trabalho em enfermagem (Villa e Cadete, 2000), quando a enfermeira assume o controle administrativo deste trabalho e mesmo que esta divisão seja preconizada institucionalmente, o trabalho realizado pelos agentes não se desenvolve de forma harmoniosa (Almeida e Rocha, 1997).

Foi percebido, nos primeiros encontros do grupo focal, que as Técnicas e Auxiliares ficaram inibidas de participar efetivamente (porque nunca haviam sido convidadas) e as enfermeiras também tiveram dificuldade de se comunicar francamente, porque a participação, em um mesmo projeto, não é habitual, e, aparentemente se sentiram expostas e fragilizadas ao colocar, este tema para uma discussão “pública”.

Esta estranheza perdurou um pouco e melhorou no decorrer dos encontros, mas as discussões tenderiam a ser polarizadas pelas enfermeiras. Ressalta-se que esta polarização pode ser explicada, em parte, porque os temas discutidos afetaram mais as enfermeiras do que as Técnicas e Auxiliares, e como estas últimas não são incluídas nas

discussões mais importantes, não se sentem seguras quanto ao seu comportamento. Outro motivo é a tentativa, das enfermeiras, de reproduzir uma situação de “controle”, em relação às outras categorias. Neste sentido, houve interferência, por parte da pesquisadora, para dar voz às Técnicas e Auxiliares do grupo até que todas as partes se sentissem mais confortáveis para se expressarem livremente.

Com relação ao gênero, o grupo foi composto somente por mulheres, do turno diurno, com idade média de 43 anos. No hospital, 88,2% dos trabalhadores de Enfermagem são mulheres e 38,9% do total (homens e mulheres) estão na faixa etária de 36 a 45 anos (Segui e Bernardino, 2006). Não foi vedada a participação de homens ou de trabalhadores do turno noturno, porém, esses não responderam ao chamado da pesquisadora.

O tempo de serviço no Hospital, pode ser observado, na tabela 2.

Tabela 2 – Sujeitos da pesquisa segundo tempo de serviço. Curitiba, 2006.

Tempo de serviço (anos)	Número	%
6 a 10	5	41,6
11 a 15	2	16,6
16 a 20	5	41,6
Total	12	100

Percebe-se que a maioria tem entre 6 a 10 anos e entre 16 e 20 anos de trabalho na instituição.

Outro dado levantado foi quantas pessoas do grupo tinham outro emprego. O resultado mostrou que, mesmo não havendo intencionalidade

neste quesito, o grupo se mostrou equilibrado pois das 12 pessoas, 50% trabalhavam somente no hospital e 50% tinham outro emprego.

Em relação ao local de inserção dos profissionais no Hospital, este se mostrou bem heterogêneo. Dos 12 sujeitos, 5 pertenciam a UFs já implantadas como o Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva e Centro de Terapia Semi Intensiva. Dos demais, 2 pertenciam à unidades de internação e os outras a diferentes setores do hospital permitindo reunir, no grupo, diferentes experiências relacionadas ao novo modelo implantado, permitindo uma visão a partir de diferentes pontos e com diferentes experiências, relacionadas a mudança de modelo gerencial.

Assim, o perfil do grupo se estabeleceu exclusivamente feminino, representantes de todas as categorias profissionais de Enfermagem, com idade média de 43 anos, inseridas em várias unidades assistenciais e não-assistenciais sendo que metade possuía outro emprego além do hospital.

7.2 As categorias apreendidas

7.2.1 Os determinantes históricos que influenciaram a atual situação da Enfermagem no HC/UFPR

Em sua trajetória histórica, a Enfermagem moderna foi se conformando, em decorrência das políticas públicas de saúde, das

demandas dos serviços e das necessidades de formação e capacitação de seus agentes.

Atualmente, passa pelo grande desafio de se transformar, a partir de um modelo assistencial. Esta proposta está construída em uma lógica centrada nas necessidades do usuário, segundo os princípios do SUS. No seu processo de implementação, principalmente no que diz respeito à descentralização, é que a temática gerência e gestão do sistema e serviços ganha importância, uma vez que a constituição do SUS demanda uma outra lógica assistencial e organizativa dos serviços de saúde (Ferraz, Gomes e Mishima, 2004).

Esta nova lógica organizativa dos serviços de saúde tem levado as instituições de saúde, à adoção de modelos de gestão e gerência mais compatíveis com os novos objetivos propostos. Neste cenário, a Enfermagem, está tendo de repensar tanto a sua prática (assistência, ensino, gerência, pesquisa) quanto o seu papel (protagonista ou coadjuvante) frente a estes novos desafios.

O mesmo ocorre a nível local, e mais especificamente no HC/UFPR, onde buscou-se, nos discursos, apreender o entendimento dessa realidade.

Para a recomposição da categoria empírica ***“Determinantes históricos que influenciaram a atual situação da enfermagem no HC-UFPR”***, foram apreendidos na realidade da enfermagem e expressos pelo grupo focal, o estranhamento da enfermagem com as políticas de saúde que afetaram tanto o cenário externo quanto o interno; o “desmanche intencional” da Enfermagem no Hospital, desencadeado pela implantação do

novo modelo de UFs; a constituição histórica do trabalho da Enfermagem e sua posição dentro da organização conferindo uma certa fragilidade frente a decisões estratégicas, e por último a percepção, pelo grupo, de que as enfermeiras que assumiram cargos de confiança no novo modelo comportaram-se mais como gerentes do que como enfermeiras - gerentes.

O primeiro determinante apreendido foi o **estranhamento da enfermagem com as políticas de saúde**. Mesmo que na época da coleta de dados, o novo modelo já estivesse implantado havia três anos, o que se percebe é que a enfermagem foi surpreendida pelos eventos, conseguindo relacioná-los a alguns acontecimentos, mas não atribuindo às mudanças das políticas em saúde, como se pode apreender das falas:

E de repente a gente critica uma coisa que seja uma tendência de mudança mesmo, pra outros postos (E1)

...se for ler a Veja, você vê que cada um acabou, na globalização, fazendo uma modificação de descentralização, maior produtividade e a gente acabou nisso...essa mudança não aconteceu só aqui, mas em todos os hospitais, a gente vê Mc Donalds, Bobs, (E4)

Mas mudou a política nacional em termos de finanças. Antes o diretor geral tinha mais liberdade em mandar comprar, mais autonomia. (E8)

A pouca familiaridade da enfermagem, em geral, com as políticas públicas em saúde, dificulta a percepção do cenário, tanto externo, quanto interno. Como potencializador desta pouca familiaridade, está a dificuldade de comunicação nas organizações e, particularmente nos hospitais, e uma certa “blindagem” do hospital em relação ao mundo exterior, como uma crença de que as mudanças de fora não impactariam no hospital. É difícil afirmar, até porque este não foi o objeto deste estudo, o quanto a

enfermagem desconhece as políticas ou se tem dificuldade em fazer um diagnóstico do cenário político.

As mudanças no modelo gerencial no HC/UFPR não foram relacionadas à implantação do SUS, nem no Brasil, nem no município. Percebe-se o desconhecimento da reorganização da rede de atenção de saúde de Curitiba. Entretanto, essa rede foi definida, primeiramente, pela própria Lei Orgânica 8080 que criou o SUS (Lei 8080, 1990); pela reestruturação dos hospitais de ensino definida pela portaria nº1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004 (Portaria Interministerial 1006, 2004); e, localmente, pelo convênio 15545 celebrado entre a UFPR e a PMC (Prefeitura Municipal de Curitiba, 2004).

Para a Enfermagem, passa a impressão de que o hospital estaria protegido pela sua missão primeira - o ensino - (Hospital de Clínicas, 2002) e pelo seu *status* de autarquia federal intocável. Evidencia-se que a Enfermagem não acredita ou desconhece que estas políticas poderiam influenciar o modelo de gerenciamento local.

No que concernem às dificuldades internas, o grupo diretivo do HC afirma que o diagnóstico situacional, antes da mudança do modelo, era desfavorável nos níveis filosóficos, estratégico, tático e operacional. No nível filosófico, havia uma fragilidade de valores universitários, de valores de integração ao SUS e de valores de direção e gerência. No nível estratégico, faltava uma política de desenvolvimento auto-sustentado e de planos estratégicos. No nível tático havia uma insuficiência gerencial relacionada à falta de dinheiro, de Recursos Humanos, de avaliação de desempenho, de

controle de qualidade, de controle e avaliação, de organização de sistemas e métodos de trabalho. No nível operacional havia uma escassez generalizada de materiais, de medicamentos, de insumos e de equipamentos (Hospital de Clínicas, 2002).

Uma conjuntura de mudanças, determinada no cenário externo pela inserção do hospital à rede SUS/Curitiba e, no cenário interno pelas dificuldades de manutenção do modelo instituído favoreceu a busca por modelos alternativos de gestão. O modelo de Unidades Funcionais, propôs e realizou uma reestruturação de serviços, com implicações diretas na estrutura de um modo geral, e de modo particular na Enfermagem com a mudança da DE para CE.

Mesmo não relacionando as mudanças do hospital às políticas de saúde, evidencia-se a consciência de que o hospital faz parte de um cenário maior, e que as mudanças eram, portanto, inevitáveis e até certo ponto previsíveis.

... Em se tratando do que aconteceu no hospital, quem pode estar acompanhando todas as mudanças no mundo, sabiam que as mudanças iam acontecer e que iriam atingir os órgãos públicos.. (E4)

Com isso, é possível apreender que as enfermeiras²⁸ têm uma ação reativa aos acontecimentos dessa realidade, não conseguindo, portanto, antevê-los e planejarem as ações desejadas.

Nas explicações para este comportamento mais reativo do que pró-ativo, Xavier, Garcia e Nascimento (1988) já consideravam as causas e

²⁸ Utiliza-se enfermeiras aqui porque parece que é uma situação que afeta mais a elas.

consequências da desinformação do enfermeiro à proposta da Reforma Sanitária, nos anos 80.

Também, é preciso considerar que, historicamente, a Enfermagem vem, eficiente e eficazmente, reproduzindo ações, que são centralmente determinadas pelas políticas, programas e instituições governamentais (Germano, 1985; Queiroz e Salum, 1996; Galleguillos e Oliveira, 2001; Barbosa, 2003). Assim, o (pouco) poder decisório que as enfermeiras têm assumido nas instituições de saúde, está, mais centrado na operacionalização do que na formulação de políticas (Galleguillos e Oliveira, 2001).

Um outro aspecto, mais relacionado à “blindagem” do hospital frente as políticas de saúde, diz respeito ao próprio sistema capitalista que propiciou a expansão da rede hospitalar, privilegiando o modelo clínico (Galleguillos e Oliveira, 2001). Neste modelo, o objeto é o corpo doente, cuja lógica organiza o processo de trabalho no hospital, que tem como finalidade o diagnóstico e a terapêutica e no qual o médico tem posição central (intelectual), o que implica nas relações de dominação e de subordinação entre profissões (Lima e Almeida, 1999).

O modelo assistencial curativista, hospitalocêntrico, isolou o hospital com base em uma certa racionalidade, que o colocou no topo de uma pirâmide hierarquizada de serviços de saúde (Cecílio, 1997).

Os serviços hospitalares têm organização própria, funcionando como ilhas dentro do sistema de saúde, com tecnologia avançada e especialização do trabalho, o que contribui para que o trabalho da Enfermagem esteja

orientado apenas para o cuidar do corpo doente (Lucena, Paskulin, Souza Gutiérrez, 2006). Alienadas ao cenário das políticas de saúde, as enfermeiras dos hospitais, sempre “acompanharam” o hospital no topo desta pirâmide, com saberes específicos, relacionados às práticas curativas e gerenciais.

Com o processo de municipalização, os hospitais são inseridos posteriormente na rede de atenção à saúde, dificultando, inicialmente, a compreensão das enfermeiras acerca de como as mudanças no modelo assistencial influenciam o gerenciamento do hospital.

Com os avanços da Enfermagem no Brasil, expressos na organização do seu trabalho, em todos os níveis do sistema de saúde (Sena-Chompré e Egry, 1998), é possível que o cenário possa apresentar uma mudança, que será, percebida, ainda por muito tempo, pelos motivos já mencionados, mais na atenção primária e secundária do que nos hospitais. Mesmo que a municipalização preveja instrumentos para viabilizar o “cuidado em linha”²⁹, integrando todos os serviços, em rede, utilizando o sistema de referência e contra-referência, este ainda é pouco utilizado pela Enfermagem do hospitais em geral, e em particular pelo HC/UFPR.

Com relação, ainda, ao cenário interno, o grupo percebeu alguns sinais de mudança mais a “nível doméstico”.

O modelo tradicional, relacionado ao modelo de organização da Enfermagem, se deu, gradativamente, à medida que foram incorporadas novas tecnologias, demandadas pelo aumento da complexidade da

²⁹ O cuidado em linha atende ao conceito da organização das linhas de cuidado e dá uma idéia de cuidado ininterrupto.

instituição. Essa situação exigiu um efetivo maior de profissionais (Bernardino e Felli, 2006) e, conseqüentemente, foram criados níveis intermediários na estrutura hierárquica, com o aparecimento das enfermeiras administrativas e assistenciais.

Esta subdivisão formal vem de encontro com a afirmação de Braverman (1987) que diz que a função de gerência aparece com o advento da produção capitalista que impulsiona a divisão do trabalho. Neste caso, a enfermeira administrativa gerencia a unidade e a enfermeira assistencial assume os cuidados mais complexos, criando mais um nível hierárquico na já tão complicada divisão do trabalho em Enfermagem.

O grupo reflete se o modelo utilizado pela enfermagem poderia ser responsabilizado pelos eventos, como se ele estivesse desarticulado do contexto do hospital, como é expresso pelas falas:

Quando a gente fala o modelo, a gente sabe que é um modelo de 40 anos, é um modelo falido... tem que reavaliar, reavaliar como? Mudança como? Mudança é cada uma de nós mostrar que politicamente a gente tem que mudar. (E3)

eu participei, todo mundo aqui participou da implantação desse modelo de chefia administrativa e enfermeiras assistenciais. Eu acho que o modelo na época que foi colocado, ele foi muito bem elaborado. Eu entendo que o modelo tem que ser alimentado durante os anos e eu acho que tenha sido falho isso. Ele não foi alimentado. (E4)

Antes eu não tinha acesso com direção. Eu me reportava à uma coordenadora que levava pra diretora de enfermagem. (E1)

Mesmo que não se possa, totalmente, responsabilizar o modelo gerencial que era adotado pela enfermagem pelas mudanças atuais, percebe-se que já havia uma sinalização de esgotamento desse modelo:

A gente cobra muito da direção. Até minha pergunta foi, será que a direção não nos avisou. Mas você ser uma diretora de não sei quantos enfermeiros,

auxiliares e técnicos, onde você vê que a apatia impera, coitada da diretora. Que ela faz uma reunião e vai meia dúzia. (E4)

Havia um comodismo. (E8)

E as pessoas não querem se envolver muito, porque se envolver dá trabalho, vai ter que ficar além do horário, vai ter que participar de reuniões, vai ter que se estressar, então ninguém quer muito isso aqui no HC, as pessoas querem cumprir o seu horário, fazer aquilo que lhe é determinado e nada mais além, mesmo porque ela não tem energia pra se dedicar em tantos lugares. (E5)

As falas mostram, como um dos sinais de esgotamento, a desmotivação dos profissionais em participar e em se comprometer com a instituição, com a enfermagem ou seus objetivos. Ressalta-se que, para se alcançar objetivos comuns, é imprescindível que todos os componentes de um grupo tenham motivação (Santos e Silva, 2003). A motivação tem sua origem no interior dos indivíduos, e por isso não se pode, diretamente, motivar as pessoas, mas criar ambientes que potencializem o desenvolvimento humano (Marquis e Huston, 1999).

O gerenciamento do enfermeiro na prática assistencial tem se fundamentado nas necessidades burocráticas e formais da organização, comprometendo-se muito mais com os objetivos organizacionais do que com os objetivos individuais dos trabalhadores e do próprio cliente. Com isso, identifica-se a existência de um descompasso que tem provocado tensões, desmotivações e até descrenças no âmbito do trabalho (Trevizan, Mendes, Shinyashiki e Gray, 2006).

Como os objetivos pessoais e profissionais dos trabalhadores podem ser muito diferentes daqueles das instituições, Santos e Silva (2003) ressaltam a importância das relações humanas na satisfação do trabalho,

sendo adquiridas na associação com os outros e que um trabalho tem sentido quando se tem prazer em trabalhar mesmo em projetos difíceis.

Uma vez que a Enfermagem reproduz, de certa forma, o modelo utilizado no hospital, é possível que todo o hospital tenha dado sinais de esgotamento que não foram também percebidos pois, dificilmente, um modelo sobrevive tanto tempo sem alguns sinais de esgotamento. Estes podem ser, segundo Ferraz (1995), muito empenho e pouco resultado, a resistência dos enfermeiros às mudanças, perda de autoridade, transgressões de subordinados e lutas corporativas.

Estes sinais já haviam sido percebidos por Bernardino e Felli (2006), que, ao analisarem esse mesmo contexto, observaram, que, no período compreendido entre 1994 à 2002, o modelo gerencial deu fortes sinais de esgotamento evidenciado pelo clima organizacional.

O grupo entende que mesmo com argumentos fortes de que era necessário mudar o modelo gerencial adotado pelo hospital, por uma contingência externa e interna (incluindo o próprio modelo de organização da Enfermagem), também está presente a “intencionalidade”, por parte do grupo diretivo, em desestruturar esse grupo de Enfermagem do Hospital.

A **“intencionalidade deste desmanche”** é considerada, neste trabalho, como o segundo determinante da atual situação da enfermagem no HC/UFPR.

Pouco se sabe, até hoje, dos reais motivos que levaram o grupo diretivo a extinguir a DE e no seu lugar criar uma CE, com funções normativas. Aparentemente, não foi considerado, que para inovar e qualificar

a gestão/gerência seria necessário analisar a atmosfera hospitalar, porque é ela que determina o processo de trabalho, as atitudes individuais e coletivas dos profissionais, e conseqüentemente, a qualidade da produção (Ferraz, Gomes e Mishima, 2004).

Os motivos apresentados foram muitos e as opiniões também divergiram, permanecendo apenas, como consenso, sua intencionalidade.

Um dos motivos mais fortes apresentados pelo grupo, foi a decisão do próprio Reitor em extinguir a DE, baseado em um desejo manifestado pela própria equipe de enfermagem:

Oficialmente o que eu ouvi do próprio Reitor, porque a mudança toda começou com a mudança de Reitor, que ele enquanto candidato, passou nos andares, e a equipe toda de Enfermagem dizia que não sabia o que a Direção de Enfermagem fazia, que não precisava de Direção de Enfermagem, então ele achou que não precisava mesmo, não havia sentido de ter uma Direção de Enfermagem. (E5)

Esta fala demonstra o quanto a equipe de enfermagem estava desacreditando na sua Direção, cujas ações ou não estavam sendo bem interpretadas (comunicação), ou não estavam sendo efetivas no sentido de atender suas necessidades. Há um grande risco, ao analisar a fala, de simplificar as atitudes, tanto da equipe em não saber o que a DE fazia, quanto a do Reitor em se utilizar desta informação para legitimar sua decisão.

Este não é um fato incomum, Matos e Pires (2002), em estudo sobre a organização do trabalho em hospital universitário, observaram que as enfermeiras consideravam um fato positivo, a DE, enquanto diretoria, ser subordinada diretamente a Direção Geral, enquanto que os profissionais de

nível médio, questionavam a qualidade desta representação pois não se sentiam reconhecidos.

Freqüentemente, nas instituições onde a comunicação não é efetiva, os funcionários tendem a responsabilizar diretamente suas chefias por todas as dificuldades que apresentam no trabalho. Foi observado, anteriormente, o quanto as enfermeiras estavam alheias à conjuntura externa e interna. Pode-se supor que as enfermeiras não tivessem conseguido repassar à suas equipes, as dificuldades pelas quais os hospitais públicos em geral passavam, e, em particular, a crise interna do HC/UFPR.

É conhecida, também, a grande dificuldade dos hospitais públicos em conciliar os recursos necessários para investimentos em infraestrutura, em tecnologia e em Recursos Humanos e materiais, com as demandas ocasionadas pela crescente complexidade dos pacientes quando da caracterização do hospital, como referência ao SUS/Curitiba. Ao se comprometer com o SUS/Curitiba, sem os recursos necessários, o Hospital talvez não tenha avaliado, a sobrecarga imposta aos profissionais de saúde, principalmente pela aceleração do ritmo e das cargas de trabalho. É possível que estes “excessos”, mal explicados pela equipe de Enfermagem, tenham sido as causas, ou pelo menos, uma delas, da insatisfação dos trabalhadores de Enfermagem com sua Direção.

Esta “apropriação” das queixas dos funcionários da Enfermagem, e sua utilização, pelo Reitor, para legitimar sua ação de extinguir a DE não passou despercebida:

É também de maneira fácil culpar a Enfermagem por não saber dizer o que a Direção de enfermagem fazia, o que é uma falha das direções anteriores, o que

é nossa função aqui dentro. Mas eu acho que o motivo mesmo foi pra não desagradar nem uma força nem outra. (E3)

Um outro motivo seria o modelo de UFs, seguindo o modelo de Minas Gerais, que preconizava diminuir as Diretorias, e assim tanto as diretorias médicas quanto a de enfermagem ficariam subordinados à uma Direção de Assistência, diminuindo assim os níveis hierárquicos.

...e quando esse modelo veio, seguindo o modelo de Minas Gerais, foi dito que deveria-se enxugar as diretorias, porque eram muitas diretorias e que seria criado uma diretoria de assistência e não teria mais diretoria médica, nem de enfermagem, e que ambas seriam subordinadas a diretoria de assistência, toda a parte assistencial ficaria subordinada a diretoria de assistência. (E5)

A diminuição dos níveis decisórios é desejável nos modelos flexíveis de gestão e tem sido preconizada por muitos autores como Cecílio (2003) e Campos (1998).

Guimarães (2004) afirma, em sua tese de Doutorado, cujo cenário de pesquisa é o HC/UFGM, que também adotou o modelo de UFs, que neste modelo de gestão, alguns conflitos podem surgir em função do desmanche da estrutura de poder da organização. Neste caso, a enfermagem teria de ser considerada pelo grupo diretivo, um potente grupo de poder dentro da instituição e como tal, não era mais interessante mantê-lo.

Um outro motivo teria sido, segundo o grupo, uma disputa política:

Na minha opinião, o que levou a essa mudança, conversas de bastidores ...é que foi uma briga política. Existiam duas forças, e como o reitor tinha as duas forças políticas apoiando-o, ele não poderia dar a Direção de Enfermagem pra uma pessoa, porque ele já havia prometido pra outra. Com a orientação das médicas de Minas, ele não dando a direção pra nem uma corrente, nem pra outra ele não ficaria mal com nenhuma pessoa. (E3)

A disputa política é um fato com o qual é necessário conviver no sentido de que, cada candidato (no caso, o reitor), possui um contingente de pessoas que trabalham para divulgar suas idéias e arregimentar votos. Imagina-se que algumas destas pessoas estão realmente comprometidas com as propostas dos candidatos, outras nem tanto, porém, é de se esperar que as pessoas estejam interessadas nos futuros cargos de confiança que estarão disponíveis se o candidato ganhar. Por outro lado, é possível que o candidato “prometa” cargos de confiança, o que não significa que estas “promessas” serão mantidas.

Um outro motivo apontado pelo grupo, que reforça a intencionalidade, seria “enfraquecer” a categoria da Enfermagem:

Eu vejo isso como algo muito maior. Esse motivo de mudança é enfraquecer a nossa classe, como um todo... o enfermeiro, com o conhecimento de uma formação acadêmica, ficou igual ao médico em termos de formação. E isso está fazendo com que o enfermeiro, a equipe de enfermagem, se destaque. O médico, nas condições gerais, perdeu seu poder aquisitivo também, perdeu status. E nós estávamos caminhando para a autonomia. E isso não é interessante. Voltar a subordinação, voltar a vocês obedecerem. E isso não só na nossa classe, como as demais profissões também. (.E8)

....pra fazer com que o modelo funcionasse, nós precisamos desarticular, porque se a Direção de Enfermagem não concordar, não sai nenhuma mudança estratégica dentro do hospital. (E3)

No que se refere ao “enfraquecimento” da categoria, pode ter importância, a histórica disputa médicos-enfermeiros ou, talvez o grupo diretivo tenha minimizado os efeitos que ocorreriam com a extinção da Direção de Enfermagem, desconsiderando as suas formas de resistência.

Corroborando com a primeira suposição, a fala seguinte mostra que o grupo acredita que o fato do Reitor ser médico talvez tenha influenciado na decisão de extinguir a DE:

Dentro dessa linha da (nome), um outro motivo, é que talvez as coisas pudessem ser diferentes se o reitor não fosse médico. Então, um dos motivos também é esse. Embora o discurso dele, no slogan de campanha ele colocasse lá, valorização da equipe multidisciplinar, ele não pensa assim, ele não age assim. (E5)

E as pessoas que o apoiaram na eleição, são médicos, do hospital. (E3)

As falas mostram as relações desiguais e os conflitos entre categorias profissionais, principalmente entre médicos e enfermeiros. Moscovici (1999) apud Guimarães (2004) diz que a estratégia de luta mais comum é a competição, que implica em reconhecer o conflito e abrir luta contra o adversário.

A forma apressada, como foi feita a mudança colabora para imprimir um tom intencional à mudança, a fim de evitar possíveis articulações.

... Na verdade ele (o reitor) instalou rápido, pra que as pessoas não tivessem tempo de reagir... vamos fazer rápido, porque até eles pensarem, as coisas já estão instaladas e não tem mais o que fazer. (A2)

... Porque quando vieram as notícias sobre as mudanças, principalmente que a gente não ia ter mais direção de enfermagem, houve assim 4 ou 5 reuniões de discussões, com o pessoal que estava fazendo a implantação do programa novo. E a gente tentou discutir e argumentar, mas a coisa tava pronta. Veio pronta e não teve como fazer nada. (E3)

Os motivos não ficaram claros, uma hipótese provável é que o grupo Diretivo tenha considerado a necessidade de diminuir os níveis hierárquicos, como o modelo de UF prevê, sem considerar o contexto, a identidade profissional (poder simbólico) construída, consolidada e representada pela DE. As consequências negativas para a enfermagem não foram consideradas .

Nóbrega-Therrien (2001), afirma que há um entendimento, de que, nas instituições de saúde, os grupos dominantes têm tentado determinar a

extensão e a participação da enfermeira. Ainda, segundo a autora, o poder pode ser restabelecido continuamente, como mecanismo a ser utilizado na luta, como uma capacidade de resistência organizada e articulada.

A mudança ocasionou temporariamente, a perda do assento, nos fóruns de discussão e deliberação como se pode apreender da fala:

Quando se quer acabar com alguma coisa ou afastar a pessoa, não dar assento, ela não tinha assento nos conselhos. Normativa, como eu sou, não faço parte de conselho nenhum. Dessa forma que estava a Enfermagem. (E5)

A fala mostra, que independente dos motivos, se foi intencional ou se foi um reflexo da inexperiência do grupo diretivo, o que fica claro é a desconsideração com a enfermagem, pois foram simplesmente ignorados 40% da força de trabalho do Hospital.

No contexto do conjunto de reformas, houve um nivelamento de poder ligado as categorias profissionais:

... quando a gente senta numa mesa, vê a insatisfação da Enfermagem e vê as outras muito satisfeitas, porque na negociação se mantiveram na posição ou ficaram melhores. (E4)

O “rearranjo” permitiu que as outras categorias como Assistentes sociais, fisioterapeutas, Nutricionistas e outras, que não tinham muita representatividade, ganhassem mais espaço nos fóruns de discussão e deliberação, como se a Enfermagem fosse um impeditivo para elas se manifestarem. Isso mostra uma contradição, uma vez que, enquanto a Enfermagem emergiu fundamentada no caráter vocacional, as outras profissões têm sua gênese, fundamentada numa relação de autonomia frente as instituições, constituindo-se assim em profissões liberais com

autonomia funcional, mesmo quando seus agentes executam suas tarefas no contexto hospitalar. (Costa e Gomes, 2001).

Simbolicamente, a perda do poder da enfermagem indicou ganhos para os grupos profissionais da instituição, por isso é compreensível a reação dos grupos profissionais.

Nesta lógica, Machado e Kurcgant (2004) afirmam que, quando grupos ocupacionais diferentes são colocados em uma situação de dependência, freqüentemente geram uma guerra cultural, porém há evidências que existem processos em que a mudança quantitativa pode levar a eventos que ocasionam mudanças na qualidade.

Para o equilíbrio do poder entre todas as categorias profissionais, não significa que enfermagem tivesse que ser desestruturada, ou perder a sua posição hierárquica, como aponta a fala a seguir:

que o (novo) modelo não comporta mais a Direção de enfermagem. Na minha opinião, foi um erro grosseiro. Jamais deveria se ter tirado a Direção de Enfermagem. Não se passa de um modelo que funciona, com falhas, mas funcionava. (E5)

Neste cenário, a Enfermagem faz uma *“mea culpa”*, responsabilizando-se primeiramente pela falta de articulação.

... houve alguns encontros e mesmo assim as pessoas não se organizaram. Talvez a enfermagem não tivesse tão organizada quanto a gente imaginava. (E1)

... na minha opinião faltou a união da enfermagem. Ele (reitor) deve ter falado com algumas, a minoria, e faltou a união da maioria. (A1)

Então houve essa inércia de algumas colegas da gente, de não deixar a gente mostrar o potencial. As vezes uma pessoa fica 15, 18 anos numa mesma função, a pessoa vai se acostumando comigo e com a sua função. (E3)

E posteriormente, pela consciência, da dificuldade de entender o contexto no qual a enfermagem está inserida e se antecipar a ele, como se pode perceber na fala abaixo:

A responsabilidade também é nossa. Nós como enfermeiros, profissionais, a gente estava muito alheia a fazer determinadas funções, esquecendo de um todo, que existe uma coisa maior. (E7)

A perda da DE, teve um significado grande se for considerado, o que expressa Machado (2000), que todos os símbolos representativos estão lembrando os sujeitos de suas posições ocupadas no campo social.

O grupo coloca a falta de resistência, porém, o que se percebeu posteriormente (colocado pelo próprio grupo), é que a enfermagem encontrou uma forma de luta.

Pereira (2000) observa que, pode haver uma pseudo-passividade, e submissão as ordens, mas os desejos e expectativas podem estar contrariando estas imposições

O terceiro determinante apreendido A **constituição histórica do trabalho da Enfermagem**, também é um determinante a ser considerado neste contexto.

Os aspectos mais relevantes ligados à constituição histórica do trabalho em Enfermagem no HC/UFPR, e que foram relatados nos encontros, é a formação que privilegia uma cultura de subordinação e de não participação em movimentos políticos, a organização rígida e hierarquizada no trabalho que dificulta a flexibilização e a inserção de novos modelos, a questão do gênero e do acesso à informação.

Nessa constituição histórica a Enfermagem não é preparada para tomar decisões estratégicas.

O conjunto de falas a seguir, mostra alguns elementos relacionados à constituição histórica do trabalho da Enfermagem, segundo o entendimento do grupo:

... A própria história da enfermagem... É a escola. Eu acho que a enfermagem vem já de um padrão de escola, que vêem as coisas assim: rotina, assim que se faz, tem aquele modelo que está pronto. Então você não se preocupa muito com o que venha acontecer posteriormente, que seja nova. E é o que a gente fazia. (E7)

Aí eu concordo com elas, é toda uma história da enfermagem, de formação de anos que acaba pesando. (E4)

Educação conservadora. (E2)

Neste conjunto de falas salientam-se as palavras “escola”, “padrão de escola”, “formação” e “educação”. Este grupo de palavras pode significar, tanto uma referência à educação formal, dos cursos de nível médio ou superior, como a “escola” Hospital de Clínicas. O grupo atribui às Escolas uma responsabilidade que é questionada.

As escolas não podem ser responsabilizadas totalmente pela dificuldade demonstrada pelas enfermeiras. A escola também é uma instituição que reproduz uma certa forma de trabalho mas não se esgota em termos de construção da identidade profissional.

No sentido da “escola de formação”, provavelmente o grupo se refere a influência da “escola” de Florence Nightingale, que ao afastar a imagem das enfermeiras leigas, propõe soluções corretivas para o comportamento moral das alunas apoiadas em mecanismos de controle, formando

profissionais abnegadas e submissas (Silveira, Sobral e Junqueira, 2000; Backes, 1999; Domingues e Chaves, 2005).

Estudando o HC/UFPR, Bernardino e Felli, (2006) observaram que a Enfermagem do HC/UFPR tem forte influência religiosa e militar, determinada, pelo início do funcionamento do hospital a cargo da Congregação das Irmãs Vicentinas. Esta fase, que perdurou até o ano de 1986 caracterizou-se pela organização das rotinas, pela divisão de tarefas, pela preocupação com a capacitação, pela supremacia da técnica. Mesmo após as fases subseqüentes terem tido outras influências, perdurou a forma fragmentada no processo de trabalho.

Esta estrutura rígida é explicada por Leopardi, Santos e Sena (2000) que afirmam que apesar da Enfermagem ter feito uma opção pela população, enrijeceu sua estrutura, extremamente burocrática para sobreviver.

Silva (2005) afirma que a forma compartimentalizada do processo de trabalho, com base no controle do tempo e do movimento pode ser traduzida em uma prática produtora de bens de consumo a baixo custo, mas igualmente produtora de sujeitos pouco autônomos e alienados do processo de produção – sujeitos marcados pela heteronomia do trabalho.

Outra questão é que as definições das habilidades que os profissionais devem possuir se realizam em cursos (no caso o curso de graduação, técnico ou auxiliar), cujo processo de treinamento, por repetição e doutrinação corporativa, marca a conduta profissional por toda a vida (Gurgel Jr e Medeiros, 2003).

Dentro desta lógica, a palavra “escola” é tomada como responsável por uma doutrinação na forma como a Enfermagem organiza o seu trabalho.

Outra questão ligada à constituição histórica do trabalho em Enfermagem, está ligada ao fato da profissão ser eminentemente feminina. No que diz respeito a esta questão, coloca-se aqui, segundo o grupo, uma questão do gênero:

Eu vou começar do amplo pro restrito. Eu acho que primeiro é uma questão de gênero: ‘mulher’. A mulher não sabe a força que ela tem, e a submissão é característica da mulher, você abaixar a cabeça, você tem aquela postura de não revidar na hora quando você é contestada em alguma coisa. Porque nós somos, 99% mulheres. (E5)

O comportamental da enfermeira aqui, ou em qualquer outra instituição...e aí eu vou falar de uma certa abnegação, aceitação, das imposições, de uma forma geral, você não vê hoje uma enfermeira com atitude. Você não vê hoje um grupo de enfermeiras com atitude pra quebrar as amarras e modificar. A globalização pede a modificação dos profissionais. E a gente não vê isso na pessoa enfermeira. (E4)

O trabalho feminino se dá em determinadas profissões, como parteira, professora ou enfermeira, cujas escolhas aparecem como uma oportunidade da mulher colocar em prática, atitudes que aprendeu desde o berço.

O trabalho feminino, tem uma subalternidade em casa e fora dela, é mais barato, igualmente apto, menos reivindicativo e igualmente submisso (Lopes, 1988; Padilha, Vaghetti e Brodersen, 2006).

A singularidade do trabalho de enfermagem é marcante, não somente por caracterizar-se como profissão essencialmente feminina, como pela especificidade das ações que desenvolvem no dia a dia, pois o trabalho realizado no ambiente hospitalar é de pouco reconhecimento social, desvalorizado e invisível aos demais profissionais da área da saúde, inclusive aos olhos da clientela que busca ser atendida. Nas instituições

públicas, a realização deste trabalho tem sido penalizada com a deficiência de recursos humanos e materiais que interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados (Spíndola e Santos, 2003).

Os saberes que contribuem para a diminuição da visibilidade social das enfermeiras são os “saberes práticos”, presentes nos serviços onde as situações clínicas dos doentes são previsíveis e as tarefas são sujeitas à padronização (Costa e Gomes, 2001). Tal afirmação é reforçada por Dallaire (2006) que diz que, em geral, as enfermeiras não são associadas ao saber, ao saber científico específico a respeito da saúde e da doença. Nesta sociedade do saber, as enfermeiras encontram-se em uma posição desfavorável.

Pires (2005) afirma que esta fragilidade das enfermeiras está relacionada com o modelo hegemônico, hospitalocêntrico, que envolve a pesada indústria farmacêutica com lucros e acumulação de capital, cuja manutenção estimula o consumo de serviços e equipamentos em saúde bem como a medicalização social (biomédico). Segundo a autora, em consequência, o mercado se abre para um profissional especializado e tecnicamente competente, embora alienado de seu processo de trabalho (cuidar) e politicamente frágil.

A relativa autonomia técnica vem da segurança do serviço público, da reputação “assistencial” da enfermeira do HC, como se pode perceber na seguinte fala:

O que é ser enfermeira aqui no HC que você pode discordar de um médico, de um residente, de um fisioterapeuta e dizer ‘eu não quero assim’, você tem autoridade pra discordar, o que em algumas instituições ainda é complicado.”
(E3)

As enfermeiras, mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, oferecem conselhos em muitos aspectos da prática de forma direta e aberta e isso não significa que as relações de domínio médico sejam rompidas mas que as exigências do trabalho o enfraquecem em várias situações informais (Lima e Almeida, 1999)

No aspecto político, o enfermeiro parece não ter percebido a dimensão da esfera do poder conquistado ao longo do tempo em que se buscava sua visibilidade pois adquiriu competência técnica e descuidou-se de aprimorar sua competência política em prol da sua organização profissional e de seu papel enquanto agente transformador (Barbosa e al., 2003). Sua influência nas decisões estratégicas, é ainda muito frágil:

Mas a diretora não estava em outro mundo, e pelo que a ... está dizendo, ela também foi. olha amanhã você não tem direção. Se uma diretora diz que entraram na porta dela e disseram que não tinha mais o cargo dela, que tempo deu pra dessa diretora articular com o grupo dela uma discussão sobre o assunto. (E4)

Até mesmo pelo quantitativo de pessoal que a Diretora era responsável, deveria ter poder decisório, mas ela não foi consultada.

Nós nunca participamos diretamente de algumas decisões importantes dentro da universidade. (E3).

Lopes (1988) já afirma que em termos de autonomia de ação e poder, frente a estruturas de serviços, a enfermagem ocupa uma posição secundária, mesmo para o seu próprio campo de ação, não participando da elaboração da maioria das planificações em saúde e não tendo acesso a níveis hierárquicos de decisão .

Neste sentido, Bento (1987) analisa que raízes sócio-histórico-culturais contribuíram para que a identidade da enfermagem se confundisse, tanto aos olhos dos enfermeiros como dos outros profissionais com quem trabalham, como ainda, aos olhos do público em geral.

A inexistência de uma identidade leva os enfermeiros, que não têm a certeza do que são, a tentar ser tudo para toda gente (Lyon citado por Bento, 1987), sem, contudo, delimitar seu papel. (Villa e Cadete, 2000).

É complicada a relação entre os gestores e os grupos profissionais. Rénamy (2005) salienta que há diferenças entre os objetivos de ambos, ainda que, como membros de uma unidade de cuidados, ambos tenham a missão de oferecer cuidados de qualidade. Para a autora, a alcance desta missão passa pelo equilíbrio entre as prioridades de gestão e as prioridades profissionais no momento das trocas entre estes diferentes profissionais.

A Comissão Rochon³⁰ citada por Rénamy (2005) já preconizava o desenvolvimento de uma cultura sadia de colaboração entre os administradores e os profissionais, que deveria instaurar novos modos de organização entre os dois, de forma a favorecer a participação de cada um desses atores.

A despeito da diferença de interesses entre os atores, é inegável que existe uma fragilidade da Enfermagem frente às grandes decisões, no que concerne à condução do serviço no qual ela é parte indissociável.

Esta fragilidade é percebida como real para as enfermeiras, porém, Lunardi Filho (1998) mostra elementos que permitem desmistificar a

³⁰ A Comissão Rochon foi dirigida por Jean Rochon e realizou uma pesquisa sobre a saúde e os serviços sociais no Canadá em 1988.

subalternidade do trabalho da Enfermagem do médico. As características de detenção de quase todas as informações, organização do ambiente de cuidado, guarda das normas e rotinas institucionais e organização da assistência, colocam a enfermeira na centralidade dos contextos organizacional e assistencial. Esta centralidade configura a enfermeira como referência para os demais profissionais e usuários do setor onde atua, qualidade, segundo o autor, suficiente para atuar, também, como o administrador da assistência global de saúde, no âmbito de sua área de influência, no microespaço onde exerce sua prática e desenvolve tais atividades.

Ainda, para Lunardi Filho (1988) existem determinados aspectos que estão presentes no trabalho da enfermeira, como elementos de construção da subjetividade dos profissionais do setor saúde. No entanto, existe também a precariedade de recursos humanos e materiais, que se constituem em alguns impedimentos para o pleno exercício desta função de centralidade.

O quarto determinante apreendido das falas diz respeito **à idéia de que as enfermeiras quando ocupam cargos de confiança deixam de ser enfermeiras.**

O grupo coloca que algumas enfermeiras assumiram posições estratégicas (de destaque) na nova estruturação, e que quando isto aconteceu, elas se desligaram da enfermagem, mesmo sabendo das dificuldades pelas quais a enfermagem estava passando. As participantes

entenderam, que estas enfermeiras já sabiam das mudanças e não avisaram as colegas, expressando um sentimento de “traição”:

A gente perdeu, porque fomos literalmente enganadas e puxado o tapete. Desde a diretora até nós. Então a gente não estava desarticulada. A gente foi trapaceada. Nós fomos traídos, porque na hora de barganhar a nossa posição dentro dessa estrutura, nós perdemos. Perdemos, porque nós não tivemos um líder que pensasse na coletividade. (E4)

Mas a gente não tinha essas informações, por culpa de quem estava lá. (A2)

Colegas nossas, que participaram desse processo todo e a coisa ficou fechada. (E6)

Ao assumirem os novos cargos, as enfermeiras afastaram-se do grupo de enfermagem, contrariamente ao que as colegas esperavam, achando que justamente esta posição estratégica poderia reverter para uma recondução do processo de trabalho da enfermagem, mas não foi isto que ocorreu.

Isso a gente sabe da competência. O problema é dizer que não é mais enfermeira. E por tudo que aconteceu. De ter deixado a gente desinformada. (E6)

Então no momento que ela ocupa um cargo de gerência ou qualquer outro, ela se sente tão valorizada que a profissão dela passa a ser secundária. (E8)

Observa-se, de um lado, o grupo de enfermeiras que se sentem traídas e que percebem, neste momento, a gerência como uma disfunção. Por outro lado, as enfermeiras que assumiram cargos de confiança fora da enfermagem, expressam, também neste momento, quase uma negação da assistência.

A enfermeira, tradicionalmente, nos hospitais, não ocupa cargos de Direção ou similares, fora do contexto da enfermagem. Na rede de atenção à saúde de Curitiba, por exemplo, as enfermeiras ocupam cargos de

Autoridade Sanitária, Chefes de Distrito sanitário, Coordenação de Vigilância em Saúde e muitos outros e este fato é bem absorvido tanto pelos seus pares, quanto pelas equipes multiprofissionais. No hospital, a enfermeira ampliou, e muito, sua área de atuação, porém existe ainda um limite para sua atuação fora da Enfermagem, visto até na opinião das enfermeiras sobre suas colegas ao assumirem cargos de confiança dentro da nova reestruturação.

... uma observação que eu tenho, é que eu percebi que o modelo proposto até nos deu chance de estar num bom espaço. Nós temos hoje, enfermeiros em pontos-chaves nesse organograma. Mas o que fazem essas enfermeiras?! Esqueceram que são enfermeiras. O médico quando é colocado em pontos-chaves num organograma dentro de uma instituição, se vai um médico bater na porta dele, ele já fecha com esse médico e protege a categoria dele. O que aconteceu com a enfermagem? Quando a gente foi bater na porta das pessoas-chaves... “eu não sou mais enfermeira, eu sou gerente”. Isso foi o ponto final. (E4)

Este fato pode ser entendido, porque o hospital tradicional é construído em uma lógica de **profissões** – Enfermagem, fisioterapia, nutrição e outros – e de **serviços** - laboratório, banco de sangue e outros (Cecílio e Merhy, 2003) ao contrário da rede de atenção à saúde cuja lógica é o trabalho em equipe.

Segundo Bernardino, Dallaire e Felli (2006), a organização do trabalho pela lógica da equipe, utilizado na rede de atenção à saúde de Curitiba, mais democrática, menos “profissional”, pode explicar e favorecer a ascensão de enfermeiras a cargos mais elevados, por muitos motivos, entre os quais, a formação administrativa das enfermeiras brasileiras. Essa formação contribui para o desempenho do papel de habilidosas coordenadoras, nas zonas de trocas entre as dimensões de integração

(Contandrioupolos, Denis, Touati e Rodriguez, 2002)³¹. Assim, desde que as barreiras impostas pela estrutura não existam, a enfermeira, em teoria, pode ocupar cargos de Coordenação de equipes ou serviços.

Ao contrário, muitos elementos podem explicar o « mal » posicionamento das enfermeiras no hospital. Primeiramente, o modelo tradicional muito hierarquizado é dominado pela prática curativa médica que determina o papel das outras profissões. Mesmo que as direções estejam no mesmo nível no organograma, a medicina é mais valorizada em detrimento das outras profissões. Segundo, a longevidade deste modelo faz com que os hábitos sejam tão arraigados na cultura, que os hospitais são muito reticentes a mudar sua estrutura hierárquica e seus modos de gerenciamento (Bernardino, Dallaire e Felli, 2006). Por último, esta superioridade (ou hegemonia) dos médicos em relação à Enfermagem é freqüentemente “escondida” por mecanismos institucionais (Cecílio e Merhy, 2003).

O termo “escondido” reflete que a organização não aceita um poder formalizado, exercido pelas enfermeiras mas que, na instituição hospitalar, a enfermeira tem atuado exercendo poder, apesar dos inúmeros trabalhos que apontam a subalternidade dos trabalhadores da equipe de enfermagem, descrevendo-os como dóceis, afáveis, e pouco questionadores (Borenstein, 2000).

³¹ Segundo Contandrioupolos, Denis, Touati e Rodriguez (2002), a integração dos serviços de saúde comporta 5 dimensões : de cuidados, clínica, funcional, normativa e sistêmica e entre uma dimensão e outra, existem zonas de trocas que exigem habilidades dos atores para se deslocar entre elas.

Uma outra questão importante, ainda, vista por Bernardino, Dallaire e Felli (2006) é que a informação é muito importante para o gerenciamento de uma instituição. Se a DE é muito centralizadora e a informação não circula, as enfermeiras e suas equipes não conseguem participar das decisões neste nível de gerencial.

Então, ainda que a enfermeira venha ocupando mais espaços dentro da organização hospitalar, é difícil aceitar que a princípio, esta função saia das mãos dos médicos como ocorreu na França (Barbosa, 1996).

O interesse dos médicos em transferir funções administrativas, às quais eles não desejavam se dedicar, relaciona-se ao apoio no processo de tratamento do paciente no qual este profissional se envolve com vistas às exigências, principalmente da organização formal e o enfermeiro passou a assumir a responsabilidade pela manutenção da unidade, pela provisão e controle de medicamentos e materiais necessários bem como pela conciliação e coordenação das atividades de cura do médico na unidade de internação (Trevizan, Mendes, Shinyashiki e Gray, 2006).

Parece essencial que se discuta como o médico alcançou este *status* e porque ele, quando assume a função gerencial, não deixa de ser médico. Para Barbosa (1996) é fácil perceber que o médico tornou-se, gradativamente, a maior referência do hospital, podendo coordenar colegas e ainda, dar nome a um serviço ou mesmo dar renome ao hospital.

Historicamente, segundo o autor, é apenas com a incorporação tecnológica de porte e com a diversidade do próprio conhecimento médico-biológico, que a organização hospitalar ganha *status* de organização médica.

Enquanto as enfermeiras seguem como responsáveis por boa parte da administração assistencial, compreendendo desde os cuidados, a gestão de pessoal de enfermagem e de boa parte do material cirúrgico, ao médico é reservado o trabalho mais nobre no hospital - o poder sobre a doença. A sua disponibilidade para gerência esbarra nos limites da sua própria atividade médica que não cessa, ao contrário, o novo título apresenta uma certa condição de título médico que o torna ainda mais respeitado. Uma opção definitiva e exclusiva pela nova função é rara, ainda que exista. Afinal o seu *status* e sua identidade profissional é a de médico, ainda que por vezes possa **estar** gerente (Barbosa, 1996).

Contrariamente, no mundo ocidental moderno, diante do sistema social capitalista, vamos encontrar os enfermeiros muitas vezes distanciados de suas bases fundamentais e de sua função precípua, que é o ato de cuidar (Geovanini, 2002). Indefinidos quanto ao seu *status* social e sob o impacto de engrenagens burocráticas das instituições prestadoras de serviços de saúde, estes profissionais buscam incessantemente o seu aperfeiçoamento como forma de ocupar seu espaço na sociedade (Geovanini, 2002).

Em sua Dissertação de Mestrado, Rénamy (2005) permite compreender que cada tipo de ator enfermeiro tem interesses ligados tanto à gestão, quanto à profissão, que servem para entender a real natureza dos jogos que contam no momento de uma mudança organizacional.

Assim pode-se esperar que a sensação de traição do grupo tem outras explicações além das aparentemente óbvias. Kanter (1977) refere que a maioria das mulheres gestoras está localizada em posições

estritamente supervisionadas e dentro de hierarquias estritamente femininas.

Para Kanter (1977), o poder relativo de um gestor (gerente) determina seu comportamento, mas também o comportamento e a percepção de impotência daqueles que estão abaixo ou acima. Seguindo esta lógica, o sentimento de impotência dos subordinados se transmite aos patrões e estes são levados a agir resistindo aos gestores, forçando-os a adotar um estilo mais autocrático. O estereotipo da mulher “patrão³²”, levado por circunstâncias organizacionais, reflete, de fato, mais a situação que o sexo (Kanter, 1977).

No âmbito das distintas posições hierárquicas há também distintas formas de se conceber e executar ações gerenciais, que são produzidas e reproduzidas de acordo com a natureza dos saberes subjacentes. (Ferraz, Gomes e Mishima, 2004).

Em uma burocracia, o poder e a liderança derivam do cargo. Quando se tem acesso a um cargo a pessoa é obrigada a exercer a liderança simplesmente por estar neste cargo (Kanter, 1977).

De um lado, enfermeiras que tiveram a oportunidade de assumir cargos de maior *status* fora do contexto da Enfermagem. De outro lado, enfermeiras sozinhas e frustradas no processo, tentam resistir às mudanças, atribuindo uma grande parte de seu infortúnio às antigas lideranças.

³² *Bossy* no original.

7.2.2 O contexto atual, seu significado e as possibilidades futuras

Esta categoria examina a situação atual da Enfermagem do HC/UFPR, utilizando os pressupostos do modelo tradicional e de UFs, considerando, primeiramente, os impactos da transição de um modelo para o outro e, em segundo lugar, o fato de que o modelo assistencial (os fundamentos) da Enfermagem, individual ou coletivamente, são expressões fenomênicas de um sistema de crenças e valores relativos à saúde, doença, à vida, à morte, e a vários outros temas que lhe são concernentes (Domingues e Chaves, 2005).

Para a recomposição da categoria empírica ***“contexto atual, seu significado e as possibilidades futuras”*** foi apreendido no grupo focal a ***“crise de identidade”*** das enfermeiras, causada pela perda da Direção de Enfermagem, pela convivência entre os dois modelos e uma grande desorganização do Hospital na passagem do modelo tradicional para o modelo de UF. Tanto a perda da Direção, quanto a dificuldade de convivência entre os dois modelos, parece se relacionar com a dependência de um poder legítimo, uma representatividade, mais do que um direcionamento. Nota-se, nas falas, que no cotidiano da enfermagem, pouca coisa mudou, principalmente no que concerne ao cuidado e ao poder. Ressalta-se aqui o simbolismo da DE como única fonte de poder legítimo, na opinião das enfermeiras.

Há dois anos sem a DE e com uma Coordenação sem definir seu papel, percebe-se um certo “saudosismo” relacionado ao período que havia

uma DE que era, na percepção do grupo, responsável pela organização do trabalho de Enfermagem. O grupo se percebe mais desorganizado, sem uma referência, como se pode apreender das falas.

As vezes assim. 'vamos descer pra direção', e vinha com a solução. Era organizado. Hoje está bagunçado. Hoje você não entende nada, não decide nada e você não tem solução ...a gente está exposto ao ridículo. (T1)

O que a gente percebe mais claramente é que, antigamente, a gente se reportava a uma pessoa, a um grupo, eles já resolviam o problema. Agora cada coisa está direcionada pra um lugar, se abriu muito o leque e isso dificulta a resolução das coisas. (A2)

Aqui se percebe uma “cristalização” do modelo marcado por influências da Administração Científica – divisão do trabalho e especialização do trabalhado, da Teoria Clássica – hierarquização, e da Teoria da Burocracia – regimentos, regulamentos e o caráter formal das comunicações (Moura, Magalhães e Chaves, 2001; Matos e Pires, 2002).

Apesar das contribuições que o modelo clássico de gerência trouxe para a organização do trabalho na área hospitalar, alguns efeitos negativos são percebidos, sobretudo na agilidade e na operacionalização do processo de trabalho (Spagnol e Ferraz, 2002).

Pode ser considerado, também que algumas limitações que as enfermeiras têm no seu cotidiano podem ser ocasionadas devido à dependência ao trabalho médico e ao lugar social que a enfermeira ocupa nesta relação (Lima e Almeida, 1999)

Percebe-se na fala seguinte, o quanto esta dependência, esta cultura de um comando único, de uma liderança para enfermagem está presente:

A enfermagem não é um corpo de enfermagem dentro do HC, são múltiplos comandos pra enfermagem, e a gente sabe que na administração múltiplos comandos não funcionam. (E5)

Valadares e Viana (2005) afirmam que o trabalho em saúde é marcado pela direcionalidade técnica, coletivização, permanecendo o modelo taylorista-fordista, ressaltando-se a divisão do trabalho e a divisão técnica do trabalho. Colocam que rápido avanço dos conhecimentos em saúde possibilitaram o surgimento de novas profissões e especializações dentro das profissões, como é o caso da enfermagem, que não se apresenta diferente desta realidade. Referem que o modo capitalista de produção, extensiva e intensiva, causado pela mundialização dos mercados e a nova divisão transnacional do trabalho e produção, determinam outras e novas formas de organização social e técnica do trabalho e substitui a produção em massa pela flexibilização da produção e da organização; o primeiro tem a intenção de formar o chamado trabalhador desterritorializado e o segundo possibilita e facilita a despadronização (Valadares e Viana, 2005).

Diante deste novo paradigma, o profissional precisa flexibilizar todos os tipos de conhecimento frente à realidade vivenciada, operando, com o máximo entendimento da situação e capacidade rápida de resolução de situações problemáticas (Valadares e Viana, 2005) e superar a utilização predominante dos conceitos do modelo biomédico, e de sua tecnologia no tratamento da doença e no cuidado de enfermagem dispensado aos usuários dos serviços de saúde (Lucena, Pakulin, Souza, Gutiérrez, 2006).

Como já foi observado nos determinantes que levaram a situação atual da enfermagem, o grupo foi surpreendido pelos eventos e a nova reorganização foi impositiva, contrariando os princípios democráticos do

novo modelo de UFs. Assim, a rapidez da mudança e a nova reorganização também dificultaram o processo adaptativo.

O processo adaptativo tem sido exigido dos trabalhadores nos processos de produção vigentes ao longo do século XX, primeiramente com o binômio taylorismo/fordismo³³ depois com o toyotismo³⁴ (Antunes, 2000). Antunes (2000) refere que o primeiro estruturou-se com base no trabalho parcelar e fragmentado suprimindo a dimensão intelectual do trabalho e o segundo com profissionais “mais qualificados”, “participativos”, “multifuncionais”, “polivalentes”. Salaria que ambos pregavam “novas técnicas de gestão”, “características inovadoras”, “nova fase”, porém, cada qual a sua maneira, tentaram reduzir o tempo e aumentar o ritmo visando a intensificação da exploração do trabalhador.

Um outro ponto dificultador para a implantação das UFs foi o método utilizado. Como a implantação do modelo de UFs foi feita de forma parcial³⁵, de um lado ficaram as unidades que ainda não eram UFs, de outro as UFs já implantadas e algumas Coordenações que absorveram serviços de enfermagem.

Do conjunto de unidades “não funcionais”, algumas estavam subordinadas à CE, como era o caso das Unidades de Internação, as unidades ambulatoriais ficaram subordinadas à Coordenação de Atendimento Externo e as unidades de Diagnóstico e Terapêutica ficaram

³³ Taylorismo/Fordismo expressão dominante do sistema produtivo e seu processo de trabalho que se baseia na produção em massa de mercadoria, estruturada de forma homogênea e vertical. (Antunes, 2000).

³⁴ Modelo japonês criado ao final da segunda guerra, na fábrica da Toyota (Antunes, 2000).

subordinadas à Coordenação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

É preciso explicar que esta nova configuração apresenta algumas peculiaridades que devem ser discutidas como forma de tentar explicar a sensação de “desorganização” do grupo e a idéia (correta) de múltiplos comandos.

Assim, a CE teria funções executivas apenas para as unidades de internação que, ainda, não eram UFs, e teria funções normativas para todas as outras unidades.

A Coordenação tinha um papel de normatizar toda a enfermagem, mas só poderia atuar no cotidiano, nas unidades de internação a ela subordinadas, e isto parcialmente, porque a parte de movimentação e treinamento de pessoas era de responsabilidade da Unidade de Administração de Pessoas. Esta nova ordem configurou um cenário de inúmeras contradições, detalhadas a seguir.

Em primeiro lugar a enfermagem não consegue manter a unidade porque nem todas estão na mesma situação, as unidades e os serviços chefiados por enfermeiras estão mais confortáveis, como mostra a fala seguinte:

Nesse modelo está acontecendo que, algumas unidades estão trabalhando dentro desse novo modelo, mas 80% do hospital, não está. E esses 80% está trabalhando sem direção de enfermagem. Porque quem está em Unidade Funcional, tem seu gerente que são enfermeiras, as duas são enfermeiras. Se sente melhor mais confortável, tem um rumo, que é o que o restante do hospital não tem. (E5)

³⁵ O grupo diretivo planejou as prováveis UFs, porém cada UF deve se agregar em uma “linha” de cuidado e as unidades que poderiam compor esta nova UF devem aderir “voluntariamente” porque precisam assinar um contrato com o grupo diretivo. Então a adesão não se faz automaticamente, por isso a implantação é parcial.

Nas chefias, que coincidentemente eram enfermeiras, há uma “substituição” da figura da Diretora de Enfermagem, sendo possível que se sentissem mesmo mais confortáveis.

Nesta divisão, o grupo se sentiu desamparado, no geral, pela falta de uma representatividade, mas nem todas se sentiram da mesma maneira. Esta falta de um comportamento uniforme talvez tenha se refletido na forma que a Enfermagem encontrou para resistir às mudanças. Neste sentido, Lima (1998) afirma que a própria postura de submeter-se ao instituído, sem argumentos consistentes para os enfrentamentos, pode demonstrar a despotencialização do grupo e um estilo de agir sustentado pelo conformismo, pela desmotivação e pela apatia diante dos enfrentamentos institucionais.

O outro lado é o sentimento de exclusão, a consciência de que há diferenças de tratamento entre uma unidade e outra como pode ser percebido na fala:

A coisa não está sendo colocada de forma uniforme pra todas as unidades. Cada unidade está funcionando de acordo com a peculiaridade dos líderes que estão dentro dela. ...Cada um está formando o seu mundinho e pra um está funcionando de um jeito e pra outro está funcionando de outro jeito. Então a proposta inicial que era ter um padrão de unidades, não está acontecendo. (E4)

Pode-se tentar inferir um sentido para “uniforme” e “um padrão de unidades” partindo do fato de não mais haver uma pessoa que representasse o “todo” da enfermagem, das diferenças de tratamento das chefias enfermeiras e não enfermeiras, das unidades funcionais e das não unidades funcionais. Este sentido parece estar bem resumido na frase “*para*

um funciona de um jeito e para outro de outro jeito..” . Neste sentido, no que concerne ao método de implantação das UF, é provável que o grupo Diretivo tenha se utilizado de um tratamento diferencial para estimular a adesão ao modelo, então esta diferença de tratamento é real. Como as enfermeiras não são chamadas para discutir a adesão e sim para efetuar sua implementação, esta fala também pode significar o sentimento de exclusão da enfermeira em relação ao modelo e não sua oposição a ele. Novamente, percebe-se aqui que a implantação do novo modelo não efetuou uma mudança significativa, uma vez que as decisões continuam sendo tomadas pelos princípios da TGA.

Por outro lado, esta mesma “exclusão”, parece ter contribuído para que as enfermeiras que não estão nas UFs gerenciem, isoladamente suas unidades, aparentemente contrariando a proposta de UFs ou da idéia de linha, como se pode apreender da fala:

A idéia era desmanchar os feudos e nós estamos criando outros feudos. (E6)

A exclusão involuntária do modelo de UF fez com que as enfermeiras trabalhassem isoladamente o que deu uma idéia que elas estariam resistindo às mudanças.

Este fato já observado por Nóbrega-Therrien (2001) diz que a enfermeira resiste individualmente com atitudes como omissão, acomodação, adesão ou inovação mas que esta resistência é mais em busca de adaptação e equilíbrio do que de transformação significativa de seu trabalho.

Spagnol e Ferraz (2002) relatam que, na Santa Casa de Belo Horizonte, quando as decisões relacionadas aos problemas de enfermagem estavam centralizadas na chefe do Departamento de Enfermagem, as enfermeiras assistenciais não tinham autonomia. A perda da Direção, no HC/UFPR, por mais desequilibradora que tenha sido, concedeu mais autonomia às enfermeiras até para criarem “feudos”.

Nesta convivência entre os dois modelos, o cenário não muda porque as ações do cotidiano continuam acontecendo e refletem dificuldades muito antigas que não foram, nem de perto, solucionadas pelo modelo.

“Esse novo modelo em Unidades Funcionais, é um modelo que prevê a democratização, descentralização, mas não é um modelo que vai resolver aqueles problemas básicos que a gente teve desde que o hospital foi fundado: falta de recursos humanos, falta de dinheiro, falta de materiais. Não é esse modelo que vai resolver. É tudo isso que afalou, a questão é muito maior do que a gente imagina. Nenhum modelo vai resolver essa situação. (E5)

A fala acima mostra que, de fato, existia uma certa desorganização do hospital na administração do seu cotidiano, que já havia antes da implantação do modelo de UF. Pode ser que paulatinamente, este modelo favorecesse uma mudança organizacional no sentido de buscar estratégias mais eficientes para lidar com a situação de dificuldades que vivem os hospitais públicos, sobretudo os federais.

A fala permite visualizar que não se pode responsabilizar a mudança de modelo pela permanência dos problemas antigos uma vez que pode-se tentar mudar o modelo, mas que a mudança não se efetiva se não se mudar o “modo de agir” do modelo tradicional.

Por outro lado, Cecílio (2000) diz, em uma pesquisa, que o foco de atenção dos profissionais, eram os problemas intermediários da instituição, como falta de pessoal, recursos financeiros, profissionais despreparados, entre outros, constituindo o que ele denomina de “uma matriz discursiva” dos gestores e dirigentes, que é o discurso da impotência, do andar em círculos. Tal fato também é claramente evidenciado na fala acima.

No que concerne especificamente aos aspectos do gerenciamento das mudanças, o grupo diretivo não previu mecanismos de apoio para os setores que estavam mudando. Algumas ações foram implementadas, principalmente administrativas, para se adequar ao processo, porém as mudanças foram muito lentas e tiveram reflexos tanto nas UFs quanto nas outras unidades.

Então existe uma falha na comunicação aqui no HC, que sempre teve, porque esse hospital é muito grande e nossos canais de comunicação não conseguem chegar à todos. Ainda mais agora, a noite, são duas supervisões, uma administrativa e outra de enfermagem, então também dividiu, então tinha o supervisor, se falava tudo com aquela pessoa, agora são dois, ninguém sabe direito pra quem falar. (E5)

Não se resolve o problema porque depende muito dos outros pra resolver e aí esbarra na burocracia, um pouco de comodismo das pessoas, que não entendem o grau de dificuldade que é você trabalhar sem uma determinada coisa. (E3)

A comunicação é essencial para que se desenvolva qualquer processo de reestruturação. Spagnol e Ferraz (2002) dizem que comunicação interfere de forma significativa na resolução dos problemas reforçando sua morosidade, pois a informação é repassada para diversas chefias apresentando um fluxo truncado e ineficiente as informações demoravam a chegar aos enfermeiros deixando-os alheios ao processo

decisório. Ao contrário, na proposta das UFs, a comunicação exerce papel fundamental para a articulação entre as unidades, privilegiando o fluxo lateral que permite uma maior articulação e aproximação entre os serviços (Guimarães, 2004).

Mesmo as enfermeiras que estavam nas UF, têm muita dificuldade de trabalhar em outra lógica, mais democrática, a sensação ainda é de um tempo que as coisas eram mais facilmente resolvidas porque havia alguém que decidia.

Os problemas são levados pro colegiado, se fala, se fala, se fala... nós estamos há um ano já em colegiado, tem coisas que no segundo, terceiro colegiado foi discutido e até hoje a gente não consegue resolver, não chega num acordo. (E6)

Uma discussão que precisa ser feita é a questão da mudança. Cecílio, (1997), afirma que as mudanças organizacionais, principalmente a dos hospitais, são sinalizadas pela Direção da Instituição.

O contexto da mudança é de extrema dificuldade para as enfermeiras, porque sinalizou uma ruptura, sem que houvesse condições para tanto. A fala seguinte expressa bem este cenário:

Agora, houve uma ruptura brusca de um modelo 'quadrado', tradicional, alinhado, de cima pra baixo, como a enfermagem gosta, pra um modelo filosoficamente democrático, descentralizado, mas sem preparo. Por isso que eu acho que a direção de enfermagem não deveria ter sido tirada, até todas as Unidades Funcionais estarem implantadas. (E5)

Na mudança institucional, são conjugados valores, pessoas, cultura e capacidade gerencial, recebe-se a influência de condicionantes internas e externas, encaram-se resistências e superam-se obstáculos (Organização

Panamericana em Saúde, 2004) e diante de tal complexidade, o processo de mudança pode ser lento.

A dificuldade da mudança é explicada em parte, por Dei Svaldi e Lunardi Filho (2000) que afirmam que a Enfermagem, antes da sua institucionalização como profissão, já havia incorporado, em seu interior, a divisão do trabalho e a rígida hierarquia. Ressaltam que, posteriormente, os princípios preconizados por Taylor, (e nesta cultura o mito da subalternidade está enraizado) preservam a dualidade e hierarquização, e, desta forma, o poder é percebido e tido como algo que emana de uma só pessoa, aquela que pensa e a quem os demais devem obedecer sem qualquer tipo de questionamento.

Guimarães (2004) ao falar sobre a transição do modelo gerencial tradicional para o de UFs no HC/UFGM, dizia que ainda eram perceptíveis atuações voltadas para a coordenação de grupos profissionais e para assistência ao paciente de forma dicotomizada.

Neste sentido, Cecílio (2000) diz que, nem sempre há uma confluência automática entre objetivos pessoais ou de grupos e os da organização, algo como o inevitável conflito entre as expectativas e aspirações democráticas dos empregados e sua limitada participação na tomada de decisões.

Trevizan, Mendes, Shinyashiki e Gray (2006) expressam que muitas hesitações e incertezas ainda persistem na conduta cotidiana do enfermeiro e que os problemas, principalmente os do gerenciamento da prática clínica,

estão vinculados a normas preestabelecidas, em consonância com uma práxis reiterativa³⁶.

Torna-se necessário a integração de novos conhecimentos e habilidades sintonizados a uma prática administrativa mais aberta mais flexível e participativa fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição (Fávero citado por Fernandes, Spagnol, Trevizan e Hayashida, 2003).

A inovação é sempre um processo conflitivo, pois, para sua implantação, são necessárias modificações na estrutura de poder, a perda da Direção mudou o *status* da Enfermagem em função de reestruturação interna. Isto é confirmado por Motta (1996) que diz que é nos escalões médios que os interesses investidos na hierarquia são mais elevados, pois, em caso de mudança, são os primeiros a serem alterados, uma vez que os níveis mais altos negociam mais e os níveis mais inferiores não são afetados pelas mudanças.

No que concerne a percepção do **cuidado**, o que se percebe é diversidade de opiniões a respeito do mesmo tema dependendo da posição que a pessoa ocupa na instituição. De uma maneira geral os técnicos e auxiliares não perceberam mudanças significativas. Os enfermeiros das UF atribuem as mudanças para pior à falta de funcionários e não ao modelo e alguns enfermeiros, sobretudo o das outras unidades Relatam uma preocupação com uma piora na qualidade da assistência causada,

³⁶ A prática reiterativa e ou imitativa é uma práxis de segunda mão que não produz nova realidade e nisso reside sua limitação e sua inferioridade em relação à práxis criadora (Vasquez citado por Trevizan, Mendes, Shinyashiki e Gray, 2006).

sobretudo, pela insatisfação dos funcionários. Ninguém do grupo achou que o cuidado tenha melhorado.

As mudanças demoram a chegar no nível do cuidado e o cotidiano continua acontecendo, como se pode apreender na fala a seguir:

Na verdade, o hospital do porte que é o nosso, ele é um organismo vivo que funciona independente de direção, de chefia. Talvez por isso que algumas pessoas não percebiam as mudanças, porque o dia-a-dia continua acontecendo. (E5)

Para ilustrar esta fala, Cecílio e Merhy (2002) já afirmavam que o processo de trabalho nos hospitais é tão complexo, que às vezes parece uma orquestra sem regente, entretanto, os pacientes são atendidos.

Os pacientes são atendidos porque a divisão e o parcelamento do trabalho permite que cada um faça a parte que lhe cabe.

Para os integrantes técnicos e auxiliares do grupo, o cuidado continua a ser executado, e a Enfermagem continua fazendo o que historicamente sempre fez.

Ainda está sendo atendido (paciente). (T1)

Na base da enfermagem, que somos nós, os auxiliares, a gente sentiu pouca diferença. (A2)

Não teve mudança na minha clínica. As coisas, os problemas continuam. A enfermeira tenta resolver... Os pacientes são assistidos (...) Não teve mudança. (T2)

Esta percepção dos técnicos e auxiliares confirma que os enfermeiros privilegiam as funções administrativas, de caráter burocrático, às funções relacionadas ao gerenciamento do cuidado (Trevizan, Mendes, Shinyashiki e Gray, 2006; Peduzzi e Anselmi, 2002).

A fala aponta que, para os técnicos e auxiliares, a situação não mudou porque eles continuam se reportando aos enfermeiros, na divisão técnica do trabalho.

A natureza das relações entre enfermeiras, técnicos e auxiliares de Enfermagem está presente na fala, uma vez que a percepção é diferente e eles continuam a exercer suas atividades.

As enfermeiras das UFs atribuem as dificuldades (que elas entendem) com o cuidado, aos problemas relacionados a quantidade e qualidade dos profissionais, independente do modelo.

Questão de qualidade de assistência, na UTI a qualidade estava muito ruim, mas por toda uma questão de relacionamento interpessoal de funcionário. Chegaram um monte de gente nova, gente muito boa e gente muito ruim. Então a qualidade de alguns é muito boa e de outros é muito ruim, mas independe do tipo de administração. ..O meu trabalho na verdade não mudou, continua do mesmo jeito e a assistência de quem era ruim continua ruim. (E6)

Outras, principalmente as que estão fora das UFs, mas não exclusivamente, acham que a insatisfação dos profissionais impactou na piora da qualidade prestada.

Eu tenho visto muitas pessoas da enfermagem insatisfeita com a qualidade da assistência que está prestando. Eu estou vendo gente deprimida, chorando pelos cantos, pedindo afastamento. E quando você vai perguntar, e ver o que está acontecendo, eu estou falando especificamente do profissional da enfermagem, ele está insatisfeito. Essa é minha preocupação, o quanto está decaindo o cuidado, a assistência do profissional de enfermagem dentro do hospital. (E4)

Há uma série de elementos que poderiam ser discutidos a partir desta fala. O primeiro seria que, não fica claro se os profissionais estão insatisfeitos com o novo modelo ou com as condições de trabalho.

Argenta e Pires (2000) afirmam que os trabalhadores demonstram, informalmente, insatisfação em relação ao seu processo de trabalho, em situações de conflitos com a equipe, na forma como atendem o paciente, na apresentação freqüente de atestados ou faltas injustificadas ou de uma postura indiferente frente à instituição.

Em um estudo, realizado por Matos e Pires (2002) os trabalhadores levantaram as dificuldades existentes na instituição, as quais têm levado a um desgaste físico e emocional, cujas soluções, que mesmo fora da área de atuação da enfermagem, consideram buscar encaminhamentos alternativos.

É passado, subliminarmente, que o cuidado está decaindo porque o trabalhador não está sendo cuidado, ressaltando-se, mais o “tom” de fatalismo no discurso, do que a idéia em si (que pode ser em parte verdadeira).

Pereira (2002) afirma que, o processo de trabalho da Enfermagem vem sofrendo a influência de uma outra ordem de valores, contaminado pelo trabalho messiânico, pelo sofrimento, que tem na missão e no sacrifício, o delineamento da imagem profissional marcando parte de sua constituição. Este discurso, segundo o autor, tem origem histórica e assume o sentido do poder, de um pastor que cuida de um rebanho doente, como uma estratégia de governar o outro, que se distancia da preocupação ética de dar-lhe autonomia para se auto cuidar.

O cuidado, como uma função primeira da Enfermagem, é percebido de várias maneiras, mas no geral, ele é entendido aqui como o cuidado clínico e neste sentido, é insuficiente, para o enfermeiro, deter somente

saberes referentes aos modelos tradicionais. Faz-se necessário entender mais, quanto ao ambiente e sobre as pessoas que as executam, suas possibilidades de maior participação, seus costumes e comportamentos (Dei Svaldi e Lunardi Filho, 2000).

No que concerne ao **poder** pode-se dizer que há contradições no discurso, com as enfermeiras dizendo que perderam poder, mas não o poder de administrar a clínica mas o poder de referência. Por outro lado, Técnicos e Auxiliares dizem que elas ganharam poder, porque ficaram mais próximas de sua equipe e menos dependentes de uma Direção.

Na verdade em termos de serviço não mudou. Mudou em termos profissionais, a pessoa profissional. Porque se eu não tenho uma representação, como uma Direção de Enfermagem, a gente foi relegado à segundo plano. (E6)

A fala retrata a perda do poder de representação, daquele ligado à uma significação, a uma conquista e neste sentido, a memória coletiva é, um objeto de poder pois está relacionada à formação da identidade social, da solidariedade grupal e da consciência crítica (Barreira, 1999). A construção de uma memória coletiva, que pode ser objeto de manipulação por parte de grupos ou pessoas, é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que a Enfermagem é realmente, enquanto produto histórico para o desenvolvimento da auto-estima e de reconstrução da identidade profissional (Barreira, 1999).

A identidade profissional é construída na formação e é uma necessidade social do serviço feito, um resultado de uma diferenciação passando por uma luta, uma procura por valorização profissional, uma necessidade de realização cuja motivação só pode se efetivar se existir uma

dinâmica de construção a partir de elementos concretos, onipresentes no quadro de formação, novas representações, identificações pelo vivido de novas experiências, a aquisição de novas competências e a utilização de toda esta aprendizagem (Becouze, Chauchon, Salomon, 1996).

Faz-se necessário, para lançar luz sobre a dimensão da perda da Direção de Enfermagem para as enfermeiras, apropriar-se dos conceitos de poder simbólico e o capital simbólico definidos por Bourdieu (2005). Para o autor, poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem de reconhecimento e capital simbólico é todo e qualquer capital, quando percebido por um agente quando conhecido e reconhecido como tal.

A DE tinha um potencial simbólico para as enfermeiras e sua perda produziu um significado. Machado (2000) afirma que, todo poder simbólico está firmado no reconhecimento, na simbologia de identidade com um grupo que reconhece, nesta determinada marca, um valor, um sentimento de pertencer a um grupo que goza de *status*.

Segundo estas afirmações, é possível compreender a extensão da perda, a sensação de não pertencer mais a nenhum grupo, a falta de um reconhecimento, de uma identidade. Quaisquer que sejam as considerações feitas a este respeito, no sentido de que a enfermeira exerce outros tipos de poder e que este pode ser sempre reconstruído, fica muito forte, que uma construção coletiva deste porte, arduamente conquistada, não tenha sido considerada.

Neste caso, a perda da DE, extrapola o cenário interno para comprometer a visibilidade perante a comunidade externa conforme se pode apreender das falas:

O fato de a gente não ter Direção de Enfermagem, que foi o que mudou, é que a enfermagem não tem assento no conselho de administração do hospital, o que antes tinha, e não participa das decisões macro do hospital. E a questão da representatividade fora, perante a comunidade externa. Então eu acho que foram grandes perdas. E quando eu participo de coisas com outras instituições eles falam 'nossa, a enfermagem de vocês acabou. (E5))

E a enfermagem do HC era espelho, era a melhor enfermagem, mais preparada e essa imagem lá fora também já mudou. (A2)

É possível afirmar que, a partir destas falas, a Enfermagem do HC/UFR era muito considerada muito poderosa, pela comunidade externa, talvez até pelo fato de possuir uma Direção, e por conseguinte, ser-lhe atribuído mais poder (simbólico), como resultado de uma luta. Com o “desmanche”, a representação externa, pelo menos para o momento, ficou muito comprometida. Por outro lado, o poder da condução no cotidiano da unidade foi preservado, no que concerne aos aspectos da coordenação do cuidado.

Fui pra(setor atual), mais ou menos junto com a mudança. Eu não tive diferença nenhuma na minha atuação. A mesma autonomia que eu tinha na ...(setor anterior) eu tenho na...(setor atual). Por exemplo, o problema de fechar leito, o ano passado a gente não tinha pessoal, a gente discutiu com chefe médico e fechamos um leito. (E6)

As situações de poder e de submissão das enfermeiras se evidenciam nas suas relações de trabalho principalmente diante de uma situação de contradição. Gelain (1996), ao falar destas contradições, afirma que na unidade de internação a enfermeira apresenta um determinado poder, mas ao mesmo tempo é submissa a hegemonia médica. Afirma que este poder

se dilui na instituição e se afirma ao ser exercido por intermédio de sua diretoria ou chefia, que não é igual à dos demais diretores. Ressalta que é nas ramificações capilares do exercício profissional nas unidades de internação, onde a competência e o saber geram respeito, que se produz o poder de influir nas decisões.

Assim, segundo o autor, a enfermeira goza de significativo poder na unidade de internação mas trata-se de poder disciplinar localizado, delegado, que de forma diluída ultrapassa os limites da unidade de internação para alcançar as decisões da direção geral do hospital, por uma dificuldade do ambiente de perceber nela a competência e o saber profissionais geradores de poder da instituição.

Este fato foi observado, quando as enfermeiras relatam que possuem muita autonomia profissional nas unidades onde trabalham, e exerciam este poder, institucionalmente, através de sua diretoria ou chefia. Quando a Direção foi extinta, esta representação perdeu poder, permanecendo apenas o poder de cada uma nas unidades.

Ainda no sentido do poder simbólico, Bourdieu (2005) diz que é necessário descobrir o poder onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado e portanto, reconhecido: o poder simbólico é o poder que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem.

Para complementar Bourdieu (2005), Foucault ou citado por Borenstein, 2000) diz que não existem aqueles que detêm o poder e os que estão dele alijados, na verdade o poder circula, está presente em todo lugar

e momento. Como o poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, ele funciona com uma rede de dispositivos e mecanismos da qual nada ou ninguém escapa, e para a qual não existe exterior possível, limites e fronteiras (Borenstein, 2000).

O discurso da perda de poder está polarizado nas enfermeiras, porque os técnicos e auxiliares ou não se manifestam sobre o assunto, como se eles não tivessem nada a ver com isso ou se manifestam de forma a achar que a enfermeira, quando perdeu a DE ficou menos dependente, mais resolutiva.

Vocês não acham que vocês cresceram mais com isso, sem a direção de enfermagem? Porque quando vocês tinham um funcionário péssimo, vocês tentavam resolver, quando não conseguiam vocês iam pra direção. Agora não, agora vocês conversam com o funcionário. Vocês são mais líderes agora. Vocês estão resolvendo os problemas dentro da clínica de vocês. (T2)

Em geral, as enfermeiras, devido a persistência de propostas da administração para que o enfermeiro cumpra tarefas controladoras (Villa e Cadete, 2000), estão sempre envolvidas no seu fazer diário e de alguma forma, as normas de funcionamento podem implicar em verdadeira camisa de força atrapalhando o cenário das relações e das expectativas profissionais (Pereira, 2000).

A transição de um modelo para outro, trouxe as enfermeiras mais próximas de sua equipe, na visão dos auxiliares. Esta conformação já havia sido verificada por Spagnol e Ferraz (2002), quando afirmam que na gestão tradicional, mesmo não sendo percebida pelas enfermeiras, evidencia-se a direção e o nível operacional, que impede a aproximação entre a chefia e os seus subordinados, estabelecendo uma relação hierárquica rígida e

impessoal, fruto das estruturas verticalizadas e centralizadas adotadas pelos Serviços de Enfermagem que acabam impedindo o trabalho em equipe.

Paradoxalmente, a grande especialização e hierarquização, o trabalho no hospital é um trabalho de equipes, pois as transmissões de informações se revelam indispensáveis, não somente entre pessoal de formação e funções muito diferentes, mas também entre profissionais da mesma qualificação no cuidado ao paciente (Grosjean e Lacoste, 1999).

Neste caso, a enfermeira assistencial ficou mais perto da equipe tornando-se o ponto de referência para os auxiliares e demais profissionais, reduzindo a rígida hierarquia dando aos funcionários a oportunidade de compartilhar problemas pessoais.

Enfermagem, ela ficou inteligente, questionadora. Aqui no HC, essa situação de enfermeiro administrativo, enfermeiro assistencial, em alguns setores, a gente não tem esse problema, a gente tem um trabalho muito direto com a enfermeira e a gente consegue saber as informações. (E3)

Percebe-se, que a situação forçou uma reflexão, um conhecimento maior da situação, um reconhecimento que a enfermagem estava muito distante da realidade, porém o sentimento e a necessidade de um comando é muito presente. Ainda que não se encontrem os meios (formais e informais) para mudança, a enfermagem toma consciência da realidade.

Porque antes de acontecer tudo isso a gente estava completamente alheio a tudo que estava acontecendo. Porque a gente vinha, trabalhava, pouco se discutia, política a gente não discutia nada, e nunca foi discutido. Agora que a gente começou a conhecer melhor as coisas. (E6)

Eu acho que antes a gente não participava tanto dos problemas. A gente passava o problema pra alguém que ia resolver. (E1)

Dia após dia, a mesma rotina, possivelmente em decorrência da adoção deste modelo tradicional de gerenciamento, vem-se mantendo hierarquizada, obediente, submissa, sofrendo e suportando pressões de toda ordem e afastada dos processos decisórios (Dei Svaldi e Lunardi Filho, 2000).

Chama muita a atenção, que no novo desenho de reestruturação, a Enfermagem ganha poder porque ocupa cargos estratégicos dentro do novo modelo, mantém o poder que sempre teve na coordenação do cuidado e perde poder representativo. Neste sentido, especificamente é visível o crescimento de outras profissões no hospital, grupos pequenos, que ganham mais espaço no contexto administrativo, como o serviço social, fisioterapia, nutrição e outros.

Com relação **às possibilidades futuras**, o grupo entende que uma pessoa ou um grupo devam fazer a condução das mudanças:

Nada vai mudar se não existir uma lei de cima para baixo. (E3)

Um hospital desse porte, desse tamanho, com o número de funcionários que nós temos, com a quantidade de paciente que a gente tem, tem que ter um responsável em decidir alguma coisa. E nesse modelo não apareceu essa pessoa. (E4)

Precisa de um chefe que dê a direção, a linha que todos nós vamos seguir de acordo com nossas especialidades. (E5)

Lopes (1988) afirma que apesar de todo o investimento em sua qualificação, o enfermeiro sofre um sério desencantamento no que diz respeito ao campo de autonomia e *status* profissional.

Sob a ótica das relações de poder na instituição hospitalar, é possível dizer que a tradição hierárquica é aquela que o tem legitimado e que a

noção de poder nas organizações, está centrada na pura tradição weberiana, portanto, o poder legítimo, é a base da estrutura formal (Pereira, 2000).

Assim, apesar de todas as reflexões e a conscientização de sua situação atual, observa-se a reiteração do fazer tradicional, que significa mudar, mas na mesma lógica de construção do que deveria ser mudado.

Com relação ao fazer do enfermeiro, Paskulin (1998) afirma que a maior parte do grupo faz críticas em relação às condições de trabalho, mas a maioria ainda demonstra um entendimento fragmentado, parcializado e pouco aprofundado sobre o assunto, permanecendo ao nível aparente e imediato da aceitação e legitimação externa.

Outro ponto importante é que o grupo se percebe sem apoio para assimilar as mudanças, uma vez que a Coordenação se coloca contra o modelo, e não faz um papel de articulação entre as enfermeiras.

E a coordenação de enfermagem está alheia ao modelo, esse é o grande problema que eu acho. Então é um boicote, não gosto não vou, faço de conta que não existe, ignoro. E aí sim a enfermagem está perdendo. (E5)

Percebe-se uma desmotivação, a falta de perspectiva, porque a coordenação atual de enfermagem não consegue assumir a liderança e como foi visto, a enfermagem precisa que esta liderança seja formalizada.

Com a CE assumindo uma posição política contra o modelo, a situação se agrava porque o grupo não está suficientemente articulado e motivado para investir em novas lideranças.

Hoje continua a enfermagem dando assistência ao paciente só que uma enfermagem que não vê perspectiva nenhuma. (T1)

Hoje nós estamos absolutamente desmotivados, nem pra preparar alguém pra assumir direção, coordenação. (E6)

Esta desmotivação também foi observada por Argenta e Pires (2000), em um hospital universitário e público, que passava por um momento de estagnação da ação transformadora. Apesar de existirem necessidades de mudanças, de inovações e de promover a manifestação individual dos trabalhadores em busca de uma forma mais criativa de trabalhar, continua o peso da tradição ao ritual, às normas, à hierarquia formal, ao conformismo e ao pessimismo (Argenta e Pires, 2000).

Com relação a resistência em buscar instrumentos de mudança, Puschel e Ide (2002), apontam que isto decorre de um grupo contido, que fica estagnado frente a um sistema ultrapassado e que conta com a união de enfermeiras para mantê-lo, no caso, a imobilização das enfermeiras marca o peso do pêndulo nos limites que dificultam a adaptação ao novo tempo.

As perspectivas concretas inexistem, porém pode-se observar que a reflexão permitiu, como uma perspectiva, ainda que futura, da necessidade de aceitar novos perfis profissionais demandados pelos novos modelos de gerenciamento.

E de repente a Enfermagem se abriu pra outros rumos e a gente ficou estagnado. Então, agora, pra gente é difícil aceitar que uma enfermeira seja gerente e ela tenha uma visão mais administrativa do que assistencial. Porque na posição que ela está, ela precisa ser assim. As enfermeiras podem ocupar outros lugares que antes não ocupavam e que a gente não se dava conta também. (E1)

Apesar do cenário mais pessimista, observa-se que a situação ofereceu à enfermagem uma oportunidade de se repensar a sua situação no hospital, demonstrando estar mais crítica sobre sua prática.

Tem-se observado que há modificações na forma de gestão adotando-se mudanças estruturais como redução dos níveis hierárquicos e simplificação dos procedimentos e processos (Puschel e Ide, 2000) pela redução dos níveis decisórios.

Todo o problema de condução da mudança parece ter ligação direta com a perda da DE seu poder simbólico enquanto representação tanto interna quanto externa e parece ter sido desnecessário, como medida do corpo diretivo do Hospital em extingui-la. Ao contrário, a sua manutenção poderia ter possibilitado uma articulação para uma passagem menos traumática do modelo tradicional para o modelo de UF.

7.2.3 Estratégias de enfrentamento: saberes e poderes

Uma vez identificado, pelos sujeitos do grupo focal, a impossibilidade de reversão das decisões políticas já tomadas a respeito do rumo do hospital, resta aos enfermeiros posicionarem-se frente a este. Isso significa discutir estratégias de enfrentamento.

Assim, para discutir as estratégias de enfrentamento que tentam dar conta das dificuldades, ocasionadas pela transição de modelo gerencial, operacionalizadas no modelo de UFs, foram consideradas duas categorias empíricas: o saber e o poder.

Para a recomposição da categoria empírica **“estratégias de enfrentamento: saberes e poderes”**, foi apreendido no grupo focal que as

estratégias ainda não estavam amadurecidas pelo grupo. Foi observado que, em virtude das perspectivas estarem comprometidas pelo pessimismo e pela apatia, as estratégias emergiram como uma possibilidade real de forma, ainda tímida.

O **poder**, nesta categoria, é resgatado como estratégico e politicamente “necessário”, para que a Enfermagem possa viabilizar seus projetos assistenciais e gerenciais. No que concerne ao **saber**, as competências operacionais da enfermeira³⁷ em hospital, estão fundamentando esta discussão.

Em relação às estratégias de enfrentamento relacionadas ao **poder** observa-se, primeiramente, que há uma esperança, por parte do grupo, de que as novas eleições (para Reitor) possam melhorar para a enfermagem, ficando na dependência do próximo Reitor, a recuperação da DE:

E a sensação minha é que até o final desse ano nós não vamos ter melhora, porque continua piorando. A esperança é que quando tiver eleição a gente consiga mudar esse cenário. Agora a médio prazo, nós temos as eleições. (E5)

Denota-se, pela fala, um grande desânimo das enfermeiras que não conseguem encontrar uma saída, um rumo, sem a DE. Ainda, apreende-se que há uma dependência muito grande quando esperam que esta situação se resolva de fora para dentro, com a substituição do Reitor³⁸, ou seja, que o “chefe” resolva. Com esse posicionamento, visualiza-se a imaturidade do

³⁷ A referência da profissional enfermeira não exclui os trabalhadores de enfermagem, mas como as competências operacionais incluem as competências gerenciais, exercidas exclusivamente por enfermeiras, foi feita esta opção.

³⁸ De fato, o Reitor foi reeleito no final de 2005, tendo portanto mais um mandato de 4 anos.

grupo e a necessidade de investir no desenvolvimento da dimensão que precede a tomada de posição, ou vem concomitante.

Corroboram com essa percepção, os estudos sobre a História da Enfermagem Brasileira (HEB) que têm sido uma boa contribuição para superar as atuais fragilidades da categoria, pois as enfermeiras em alguns momentos, parecem precisar acreditar mais em seus conhecimentos, em sua capacidade de intervir com resolutividade nas situações (Santos, Trezza, Candiotti e Leite, 2001)

A **agregação** vem a ser, então, a primeira estratégia do grupo:

Eu acho que o grupo fica e vamos andando, agregando as pessoas, o importante é a gente continuar. (E4)

Não dá pra fugir, tem que conversar com esse grupo. Conversar com esse grupo, montar uma agenda, conversar com a Escola. (E5)

Aproximar-se de seus pares incluindo os do Departamento de Enfermagem e os que estão em outras esferas políticas é a estratégia para fortalecer a discussão e retomar o poder, visto nas falas abaixo:

Pra mudar tem que colocar a Direção novamente. (T2)

Então a gente tem que deixar claro que a Direção de Enfermagem não é negociável. A gente acha que é imprescindível. (E5)

Precisa de um chefe que dê a direção, a linha que todos nós vamos seguir de acordo com nossas especialidades. (E5)

As falas mostram que o grupo insiste no fato de que, não existe enfermagem sem Direção, o que corrobora a idéia de identidade cultural apresentada por Machado e Kurcgant (2004) que dizem que o que causa impacto, na construção da identidade cultural, é a uniformidade de

comportamentos de seus membros, que assimilam uma linha de pensamento e, a partir daí, constroem seu espaço de atuação.

O discurso é um só e absolutamente coeso em relação à DE, o que mostra um certo despreparo da enfermagem, pois transferem, para outros, soluções sobre as quais têm governabilidade. Voltar à DE parece, fora de sua área de governabilidade, porque se exporia o grupo diretivo, ao risco de descrédito, se voltasse atrás e recriasse o cargo.

Os sujeitos do grupo focal entendem que somente recuperar a DE, não seria suficiente, seria preciso que esta pessoa tivesse liderança:

O problema não é só voltar a direção de enfermagem. A questão é de ter uma pessoa em especial, só que a coisa está tão virada que já na última eleição, as pessoas não tinham opção pra votar. (A2)

A **liderança** vem a ser a segunda estratégia do grupo, intimamente ligada à agregação. É importante que o líder possa emergir desse grupo e que seja legitimado por ele.

Coloca-se a preocupação que esta “pessoa” tenha uma equipe:

Eu acho que o hospital é muito grande pra gente pensar assim ‘uma pessoa’, ela teria que ter assessoras, pessoas íntegras, fortes, que tenham uma história boa no HC. (E3)

Lourenço (2004) afirma que quando se está vivendo um momento de incertezas e mudanças, a liderança torna-se imprescindível para a sobrevivência e o sucesso das organizações

Tanto da pessoa quanto da equipe espera-se um perfil ambicioso, quase uma equipe com “superpoderes”.

Que sejam respeitadas e reconhecias. Que trabalhem, competentes. Até agora o que aconteceu... as coordenadoras poderiam ter feito um trabalho bom, mas, a que está ninguém respeita, a anterior foi uma calamidade. Falta uma pessoa de pulso, com força. (E6)

Uma equipe. (E3)

Na realidade seria a equipe que iria mudar, mas que essa pessoa tivesse condições de articular essa equipe. (A2)

Não adianta só uma direção, tem que haver uma assessoria trabalhando com toda a equipe. Nós precisamos resgatar algumas coisas pra nossa categoria. (T1)

É a oportunidade. E ter alguém forte. (E2)

Observa-se, pela seqüência das falas, que o grupo acredita que ao mobilizar a enfermagem, poderia haver uma chance de reverter o quadro atual e reaver a DE como sendo a única forma de **legitimar o poder** da Enfermagem dentro da estrutura do Hospital.

A única estratégia, considerando estratégia como um plano de ação concreta, foi o de formar **um bloco** para discussão e lutar pelo que a Enfermagem acredita, no caso a volta da DE. Como não reconhecem nenhuma outra forma de **poder legítimo**, poderia-se pressupor, que até que a Enfermagem não tenha novamente sua DE, ficará de braços cruzados.

Ao considerar que a liderança é aprendida por “tentativa e erro”, pela observação dos outros, por meio da educação formal e treinamento, é imprescindível que o líder se comporte, sem discrepância (Kouzes e Posner, 1991). Ou seja, para as autoras, para ter credibilidade, o líder deve fazer aquilo que fala.

Assim, as aspirações do grupo têm fundamento, principalmente se for levado em consideração que, pouco investiram, o Hospital e o Serviço de Enfermagem, para que isso ocorresse.

Por outro lado, Merhy (2002), explica que as pessoas são “sujeitos” em certas situações e pessoas que se “sujeitam” em outras, portanto, passa-se de “sujeitos” que “sujeitam” a “sujeitados” o tempo todo. Acredita que em alguns recortes, as pessoas são “sujeitos” de saberes e de ações que permitem agir, protagonizando processos novos como força de mudança, em outros, são reproduzidas as situações dadas, o que significa que, mesmo protagonizando certas mudanças, conserva-se a situação vigente (Merhy, 2002).

Sobre a centralidade da DE como única opção, Merhy (2002) afirma que pode-se, de modo intencional, ambicionar ser mais “sujeitadores” do que “sujeitados” em certas circunstâncias. Refere que, para isso, devem explorar as capacidades de agir e interpretar o lugar onde se está inserido, procurando interferir em suas regras e abrir linhas de fuga para partir para novos “cenários”.

Partindo-se dos pressupostos de Merhy (2002), poderia-se supor outra estratégia, para que, em caso de fracasso na negociação, o grupo pudesse se fortalecer e recuperar, encontrando em outras “linhas de fuga”, o poder necessário para se reestruturar. Neste sentido específico, é necessária a compreensão que Foucault citado por Gelain (1996) permite, quando fala que o que faz o poder ser mantido e aceito é o fato dele não ser apenas uma força que diz não, mas que ele permeia, produz coisa e saber. Significa especificamente, que a Enfermagem poderia usar o “poder” do conhecimento, da “expertise”, para produzir novas formas de atuar na assistência e na gerência.

Outra questão que se depreende das falas é o perfil arrojado de uma suposta Diretora de Enfermagem. Esta poderia ser classificada como uma segunda estratégia de poder: **encontrar uma liderança**. Sabe-se que o antigo modelo não produziu lideranças, no contexto do Hospital (Bernardino e Felli, 2006), porém, segundo o grupo, resumidamente, a futura líder deveria ter competência política (articulação, poder de agregar pessoas) e competência técnica (ser reconhecidamente uma profissional respeitada no hospital pelos seus conhecimentos). Este perfil é ambicioso e de certa forma transfere, toda a responsabilidade para uma outra pessoa.

Neste sentido, Pereira (2002) diz que, ao refletir sobre o imaginário e o cotidiano profissional, vem-se à tona, feridas conceituais sobre trabalho e profissão. Justifica que estas mostram os exageros, que se expressam no idealismo e nas utopias das trabalhadoras (de Enfermagem), ainda, tão presentes na imagem social da profissão.

O perfil do líder, desejado pelo grupo, reforça as características freqüentemente admiradas pelos liderados como honestidade, competência de olhar para diante e ter inspiração ou seja, credibilidade (Kouzes e Posner, 1991). Tal perfil é importante, pois o que autoriza a pessoa a agir como líder é a percepção positiva que os liderados apresentam em relação à sua pessoa (Bergamini, 1997).

É, no entanto, preciso considerar que, diferentemente do que os estudos mostram, em relação à ênfase dada à pessoa e ao poder detido pelo líder, a marca da liderança moderna é fortalecer o grupo de trabalho, e não somente o líder (Simões e Fávero, 2003). Assim, outra qualidade

importante, é a capacidade de trabalhar com os grupos, de forma participativa, desenvolvendo nos seus membros, a independência permitindo a formação de novos líderes.

Simões e Fávero (2003) afirmam que, a enfermeira deve estar orientada para assumir o papel de líder, orientada para o futuro, mais flexível, dinâmica e disposta a assumir riscos, em contraposição ao papel controlador, ditador de regras, normas e procedimentos.

Em resumo, duas únicas estratégias apresentadas pelo grupo em relação ao poder dizem respeito à **agregação dos profissionais** e a **encontrar uma liderança** para assumir este momento de mudanças.

As estratégias referentes **aos saberes** necessários ao enfrentamento, começam por uma avaliação de como está o investimento institucional na capacitação da enfermagem:

Você levantou um ponto bem importante, nós somos um hospital escola. Mas qual é o incentivo que a instituição dá pra gente estudar. A gente não tem ajuda de custo, não tem liberação, você acaba devendo horas. Mestrado, quantas pessoas estão fazendo mestrado e trabalhando. Vai outro profissional fazer mestrado, tem licença. (E6)

Eu acho muito interessante o que você falou. Talvez, (nome), investimento, quando a gente monta um curso aqui dentro, você vê a dificuldade que é de colegas pra apresentarem trabalhos, em todos os níveis: auxiliares, técnicos e enfermeiros. Então é através do estudo, aprimoramento do conhecimento, que você tem visibilidade e que você conquista espaço. E então não houve uma (?) do sistema e a gente entrou num período de acomodação. (E4)

E isso mudou (investimento), decaiu muito de uns dez anos pra cá. E hoje eu percebo uma barreira muito maior. (E8)

A conclusão do grupo é que houve uma diminuição muito grande nos investimentos em capacitação no hospital, contrariamente aos primeiros anos do HC/UFPR, quando ainda havia um grande investimento na enfermagem (Bernardino e Felli, 2006). Este fato tem a ver com a crise

vivida pelos hospitais públicos com a falta de recursos, incluindo a capacitação, mas também tem a falta de projetos institucionais que prevejam o desenvolvimento.

Dentro das estratégias ligadas aos saberes necessários, fica bem clara a necessidade de se construir um **projeto assistencial próprio**, como se apreende das falas:

Uma coisa importante é qual é a filosofia que vai nortear essa assistência. Nós vamos trabalhar com humanização de novo, porque quantos anos o discurso está na ponta da língua, mas a prática não muda. Porque se for isso vai modificar os processos de trabalho do mesmo jeito. Não, nós vamos trabalhar só com cuidado integral, tudo isso vai influenciar nos novos processos de trabalho. (E5)

Tem que saber o que a gente quer primeiro. (E8)

Para a construção deste projeto assistencial, o grupo considerou que seria necessário que este projeto estivesse em consonância tanto com o contexto de saúde, com o SUS, com a missão institucional e com os objetivos da própria enfermagem. Nestas falas, pode-se apreender que a enfermagem, para construir este projeto, necessitaria adquirir um **saber contextualizado**:

Precisa estar contextualizado. (E8)

Mesmo porque é o que é preconizado pelo SUS. (E5)

E pra fazer isso a gente tem que ter a missão do hospital. Porque a nossa tem que estar casada. (E6)

Um outro ponto a ser considerado seria a **aplicabilidade** do projeto.

Uma coisa mais aplicável. (E4)

A gente está falando de uma coisa aqui que já é de uma nova direção, que é missão, visão, objetivos. (E5)

Outro ponto, é que o grupo sente necessidade de um maior investimento na assistência, no cuidado, ou seja, na **competência clínica**, ressaltando-se que o imaginário que envolve competência técnica e científica, resolutividade, segurança e seriedade no trabalho persegue a profissão desde a implantação do modelo nighthingaliano (Pereira, 2002).

Pode haver um conflito, quando a gente abre muito, porque a gente está falando dos enfermeiros voltarem pra assistência, aí você abre e vê que ele tem muitas atuações, aí ele sai de novo da assistência, vai trabalhar em comissões, vai fazer pesquisa, você abriu de novo o leque, então tem que pensar como essas coisas podem casar. (E5)

Tirar o rótulo: assistencial e administrativo. Ter o 'enfermeiro do Hospital de Clínicas', com 'n' potenciais. Até porque com a escassez de recursos humanos que se tem, é uma forma de estar suprimindo as nossas necessidades e ter um profissional flexível. (E4)

Eu acho que a instituição deveria valorizar mais quem assiste. Hoje é o contrário, quem administra que é 'o enfermeiro', que é o chefe. Por exemplo, vai ter congresso, é o assistencial que tem prioridade, ele que tem que ser fortalecido. Valorizar de fato, com coisas palpáveis, não só dizer que ele é maravilhoso. Que a instituição tenha políticas de valorização. (E5)

Um projeto comum pode ser o caminho, encontrado pelo grupo, para trabalhar os conflitos, as diferentes posições políticas. Desta maneira, o projeto funcionaria como uma estratégia de agregação, que poder fortalecer o grupo na busca de um objetivo comum.

As falas deixam transparecer a motivação em torno de um projeto comum é que há uma conscientização de que mudanças precisam ser feitas, porém estas não conseguem alcançar um tipo de maturidade que se traduza em propostas concretas.

O grupo entende que a enfermagem deve, procurar se consolidar em um projeto assistencial próprio, aderente as propostas do SUS e do hospital, mais aplicável à realidade da enfermagem e que para isto o enfermeiro deve

se voltar mais para o cuidado. Os saberes necessários para alcançar estes objetivos seriam mais capacitação profissional no sentido de entender as políticas que afetam o processo de trabalho e o conhecimento clínico, assistencial.

Aparentemente, o grupo entende que deve-se preservar ou incentivar a aquisição de competências, principalmente clínicas, porém avançando do padrão já conhecido, quando fala de ser mais flexível, mais contextualizado, mais adequado também as necessidades da enfermagem.

Este projeto próprio consolidaria (porque já reconhecem que têm poder na coordenação do cuidado), ou retomaria, através da competência, mais poder, ou a reconstrução de nova identidade, agora calcada na competência clínica.

Tal pressuposto é reforçado por Domingues e Chaves (2005), que afirmam que as enfermeiras entendem que o poder, a liderança e a autoridade são as finalidades que elas acreditam conseguir quando possuem conhecimento embora o cargo exercido na instituição já lhes confira este poder.

Tentando entender esta estratégia, Domingues e Chaves (2005) afirmam que o conhecimento é um dos valores de grande importância para o agir profissional das enfermeiras e é por meio do conhecimento que as enfermeiras buscam assegurar o poder que a hierarquia formal institucional lhes atribui.

Esta falta de perspectiva, de construir estratégias concretas mostra um cenário que é explicado por Kanter (1977), quando diz que os

determinantes estruturais do comportamento em uma organização têm três variáveis: a estrutura de oportunidades (promoção), a estrutura de poder e a distribuição proporcional de pessoas de diferentes tipos³⁹ (categorias). Segundo a autora, a estrutura de oportunidade é determinada pelas promoções, níveis associados a uma posição, acesso à desafios ou a uma formação, chances de uma pessoa comparáveis às outras em termos de tempo de serviço e idade. Poder é definido como a capacidade de mobilizar recursos e a distribuição proporcional refere-se à composição social que ocupam os que estão na mesma posição.

As competências se desenvolvem por meio da interação entre as pessoas no ambiente de trabalho, privilegiando a questão da complementariedade, ou seja, não e limitando ao desenvolvimento de um perfil idealizado de um gestor nem a listas de atributos, mas se traduzem em práticas gerenciais complementares ou em ações gerenciais articuladas consolidação de competências coletivas (Bittencourt, 2004).

³⁹ Social composition of peer clusters, no original.

8 PROPOSTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DO HC/UFPR

Na discussão das estratégias de enfrentamento, o grupo coloca que, para a enfermagem do HC/UFPR se reestruturar no novo modelo de gerenciamento adotado pelo hospital, é preciso que se promova a agregação de seus profissionais, que se estimule o aparecimento de novas lideranças, que esta se legitime para a construção de um projeto próprio.

Esta percepção da necessidade de mudança demonstra que o grupo quer e precisa se reestruturar neste novo cenário, mas a falta de motivação e o despreparo frente aos novos desafios, tornaram tímidas suas propostas. Porém, é possível, na discussão de todas as categorias, encontrar pistas, fornecidas pelo próprio grupo, que podem ajudar na construção de outras estratégias de enfrentamento. Para esta proposição, foi preciso resgatar os aspectos considerados essenciais ao enfrentamento do processo de reestruturação da enfermagem. O primeiro é o **poder** e o segundo, o **saber**.

No que concerne ao **poder**, é preciso lembrar que a cultura e o poder, quando considerados elementos integrantes das políticas e determinantes das práticas institucionais, podem ser usados tanto para corrigir desvios e propor alternativas, quanto como instrumentos de força e dominação (Kurcgant e Massarollo, 2005).

O que se visualiza é que o poder possa ser usado para reconstruir, para resgatar, para reestruturar. Uma vez que a CE não é reconhecida,

pelas enfermeiras, como símbolo de poder, propõe-se primeiramente, resgatar o poder individual, ou a capacidade de empoderamento que cada enfermeira possui e que pode ser usada neste processo. Reconhecer a existência deste poder seria o primeiro passo para fornecer a motivação necessária à construção de uma nova identidade à enfermagem.

O grupo reconhece que as enfermeiras possuem um determinado poder na coordenação do cuidado, que é prestado ao paciente por todos os profissionais de saúde. Também considera que a enfermeira, no hospital em questão, ocupa posições em todas as áreas no novo modelo, incluindo cargos privilegiados, como Gerente de UF, Coordenadora de serviços e Direção de área. O que ainda não se sabe é quanto estes cargos ou estas posições conseguem “incentivar” os projetos e as iniciativas das enfermeiras.

De qualquer modo, uma vez que não se reconhece um “poder formal”, o grupo deve analisar as possibilidades de se reestruturar em outras bases. Isto inclui a aquisição de algumas competências que podem conferir poder. A princípio, a aquisição de competências, de uma maneira geral, pode conferir poder, mas trata-se aqui da aquisição de competências específicas à dimensão política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, inerentes à atividade gerencial da enfermeira, segundo Almeida, Fortuna, pereira, Mishima e Villa (1994).

Estas dimensões abrangem, primeiramente, a conscientização dos trabalhadores de Enfermagem na perspectiva de sua emancipação como sujeitos sociais; posteriormente, a preservação da unidade da enfermagem,

a despeito da operacionalização do modelo de UFs no hospital⁴⁰, como uma categoria que tem responsabilidades com os projetos institucionais e os usuários, mas que tem a legitimidade de agir em matéria de sua própria competência, como a organização do trabalho em enfermagem, por exemplo. Finalmente, deve recuperar ou conquistar o direito de, efetivamente, ter um papel nas decisões concernentes ao processo de trabalho em saúde do hospital, do qual é parte indissociável. Para tanto, o cargo deve, oficialmente, constar da estrutura organizacional do Hospital.

Este novo desafio incluiria a aquisição de competência política e social como as identificadas por De Domenico (2003) no ensino. Ainda neste sentido, retoma-se a afirmação de Nimtz e Ciampone (2006), em relação às competências, quando dizem que a Enfermagem deve superar o saber fazer e o aprender a conhecer, para **aprender a ser** e **aprender a conviver**.

As estratégias para se adquirir novas competências exigem disposição e oportunidade. Ao considerar que a aquisição de competências inclui a mobilização de conhecimentos em uma situação de ação (Perrenoud, 2003 apud Lucchese e Barros, 2006), pressupõe-se que se deva extrair, do próprio contexto, em tempo real; desafios e tarefas complexas ou, esquemas de ação que contemplem a percepção, avaliação e decisão (Magalhães, 2005).

⁴⁰ A operacionalização do modelo no hospital provocou um desmanche na Enfermagem utilizando-se da argumentação de que a lógica de equipes, atende mais a idéia do cuidado em linha. Porém, a organização do trabalho em equipes multiprofissionais, lideradas por qualquer profissional, não pressupõe o “desmanche” das categorias. Ao contrário, a relação da Enfermagem com as práticas de saúde está pautada na articulação e na integração com todos os atores implicados (Felli e Peduzzi, 2005).

Com relação ao **saber**, a análise das falas permitiu apontar que o grupo de enfermagem do hospital ficou muito longe das políticas públicas em saúde, e que necessita, neste sentido, adquirir um saber mais contextualizado. Por outro lado, tem uma grande preocupação com a manutenção/atualização do saber “clínico/assistencial” mais relacionado ao cuidado, que sempre conferiu competência, à enfermagem do hospital.

Considera-se que, dentro do hospital, os sub-processos **cuidar** e **gerenciar** são os mais presentes e que o sub-processo gerenciar pode **extrapolar os limites** da Enfermagem neste novo modelo. Os saberes necessários para contribuir com a aquisição de novas competências na dimensão técnica da gerência descrita por (Almeida, Fortuna, Pereira Mishima e Villa, 1994), incluem tanto os aspectos gerenciais quanto os de cuidado. Para tanto devem abranger, o conhecimento das políticas de saúde e sua operacionalização no âmbito do país, do município e do hospital. Mais especificamente ao cuidado, novos saberes devem incluir práticas cuidadoras que colocam o usuário no centro da ação de Enfermagem.

Ambos os saberes contemplam os sub-processos cuidar e gerenciar. Significa que, tanto para quem cuida, como para quem gerencia, são exigidos conhecimentos específicos, a princípio. Considerando (sempre) que a competência é a mobilização do conhecimento em situação de ação, o profissional poderá ser competente na sua área de ação, no cuidado ou na gerência, a depender da sua capacidade de mobilizar os conhecimentos e desenvolver habilidades (saber fazer) em situações complexas.

Em resumo, as competências mais requeridas, para este processo de reestruturação seriam competências que atendam as dimensões técnicas, comunicativa, política e de desenvolvimento da cidadania, necessárias para reestabelecer e legitimar a Enfermagem do Hospital, incluindo a identificação e valorização das competências individuais, tanto dentro da profissão, como em outras práticas sociais.

Existem alguns dificultadores para a aquisição/conscientização destas novas competências: o primeiro diz respeito à inserção dos pressupostos teóricos do paradigma sanitário que chega mais tardiamente aos hospitais, a pouca familiaridade das enfermeiras assistenciais com as políticas de saúde, a estrutura rígida e burocrática tradicional do hospital e a inexperiência dos implantadores de novos modelos gerenciais.

Em contrapartida, alguns elementos podem ser motivadores de uma nova proposta como: o (re) conhecimento de que a Enfermagem precisa se refazer em uma realidade que está posta, ou seja, o modelo de UFs tende a ser operacionalizado na sua totalidade; parte da responsabilidade pela sua reconstrução está no âmbito de controle da Enfermagem e; a Enfermagem tem, na sua história e na sua cultura, muitos exemplos de ações bem sucedidas e possui uma imagem, interna e externa, de competência.

Assim, esta proposta de construção de um projeto próprio abrange os aspectos mais afetados, referentes ao poder e ao saber, relacionados à aquisição de competências gerenciais descritas por Almeida, Fortuna, Pereira, Mishima e Villa (1994). Cabe salientar que é a partir da gerência,

enquanto possibilidade de instituir o novo, que essas propostas são visualizadas.

O conhecimento a ser adquirido, é necessário, mas não confere competência ao menos que seja contextualizado e traduzido em ação. O conhecimento que se sugere, é, na verdade, uma atualização em alguns aspectos e novo em outros, frente às inúmeras mudanças que ocorreram no mundo do trabalho.

O quadro 2 mostra, de forma didática, a inter-relação destes aspectos com os conhecimentos necessários à aquisição das competências, alguns exemplos de estratégias de viabilidade e os resultados esperados. Tanto os conhecimentos sugeridos quanto as estratégias são alguns exemplos e não configuram o conjunto de conhecimentos e estratégias necessárias à construção de uma proposta. Ambos devem emergir do próprio grupo que deverá elencar os conhecimentos a serem agregados e as estratégias para fazê-lo. A proposta, traduzida didaticamente no quadro 2, está representada graficamente na figura 3.

Com a figura 3, busca-se apreender a dinamicidade da proposta que, didaticamente, foram classificadas pelas dimensões do gerenciamento em enfermagem. Isso quer dizer que, ao mesmo tempo em que é proporcionada aquisição de um conhecimento, por meio de uma determinada estratégia, também a competência política está sendo trabalhada. Assim, os resultados esperados representam o produto do conjunto das competências adquiridas nas diferentes dimensões.

Deve-se salientar que, uma proposta não é uma finalidade em si, ao contrário, é um começo, uma “inspiração” para um processo de discussão e de reflexão. Neste caso, o processo de reflexão torna-se mais importante que os resultados, ou seja, é durante o processo que se efetiva a proposta.

Quadro 2 – Proposta de reestruturação da Enfermagem do HC/UFPR. São Paulo, 2007

	PROPOSTAS DE CONHECIMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS PARA A FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	ESTRATÉGIAS PARA MOBILIZAR CONHECIMENTO EM SITUAÇÕES DE AÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> Atualizar práticas de Enfermagem centradas nas necessidades dos pacientes considerando a determinação do processo saúde – doença. Conhecer as políticas de saúde no âmbito do país, do município e do hospital. Reconhecer e aplicar a nova amplitude do cuidado: passa a ser em linha (contínuo, ambulatorio/internação), em rede (interligado aos outros serviços da rede municipal), integral (considera os aspectos da determinação do processo saúde – doença), vinculado (o paciente deve possuir vínculo com a equipe). Conhecer novos saberes e tecnologias de gerenciamento nos diferentes níveis gerenciais do hospital. Conhecer as leis e normas que regem a Universidade e o hospital. Conhecer os programas de informática do hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> Atualização das práticas e dos processos de trabalho com todos os profissionais de Enfermagem Reuniões, oficinas, grupos de trabalho para discutir o cuidado. Projeto-piloto de implantação de metodologia da assistência Rodas de conversa 	<ul style="list-style-type: none"> Oferta de cuidado competente, em linha, em rede, integral e vinculado, centrado nas necessidades dos pacientes. Profissionais capazes de coordenar o cuidado e gerenciar em todos os níveis.
Política	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar tecnologias da Informação com instrumento de trabalho e de argumentação. Conhecer o modelo de UF(s): as novas configurações do poder, as relações profissionais no novo modelo, os princípios do novo modelo e sua implantação no hospital. Relacionar novas propostas de gestão utilizadas por outros serviços com a do hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Participação em todos os fóruns de discussão de assuntos do hospital. Participação de comissões internas à Enfermagem ou externas. Reuniões multidisciplinares clínicas ou administrativas, no âmbito do cuidado ou da gerência. Participação em projetos entre setores e entre hospital e serviços externos. Participação em colegiados. 	<ul style="list-style-type: none"> Construção e legitimação de uma nova identidade Inserção da Enfermagem nos processos decisórios que dizem respeito à produção e gerenciamento do cuidado no Hospital. Identificação e fortalecimento de novas lideranças.
Comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> Aprender sobre relações de trabalho com outros profissionais e com os profissionais da Enfermagem, maior ênfase na cooperação e colaboração, menor ênfase na subordinação. Aprender a utilizar técnicas de comunicação nas relações de trabalho. Aprender a trabalhar em grupo e a tomar decisões coletivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração/participação em projetos multidisciplinares, entre setores do hospital e entre o hospital e Unidades de saúde. Participação em projetos de pesquisa entre pares ou multidisciplinares. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um projeto assistencial compatível, contextualizado e unificado para o hospital. Profissionais capazes de trabalhar em equipe Desenvolvimento e manutenção de uma linha de comunicação entre os pares, com outros profissionais, grupo diretor e unidades extra-hospital.
Desenvolvimento da cidadania	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer leis e normas que regem o trabalho e os direitos sociais Conhecer os direitos e deveres sobre o trabalho em Enfermagem. Aprender a pensar criticamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Participação nos fóruns de discussão sobre assuntos que dizem respeito do trabalhador Participação em reuniões do sindicato Participação em reuniões da CIPA (Comissão interna de acidente) 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento e valorização do trabalhador de Enfermagem no contexto social e institucional Profissional com consciência crítica de seus direitos como cidadão e enquanto profissional da saúde

Figura 3 – Proposta de reestruturação da Enfermagem do HC/UFP

A preservação da enfermagem enquanto profissão na instituição, a manutenção da legitimidade de seus “saberes”, a garantia nas oportunidades e a forma como se dará sua integração ao novo modelo gerencial devem estimular as enfermeiras a buscarem soluções. Neste processo, podem surgir e devem ser fortalecidas lideranças com capacidade de ajudar o grupo nas várias fases deste processo.

O quadro 2 e a figura 3 mostram que as competências a serem adquiridas estão centradas na dimensão gerencial, principalmente no que diz respeito às estratégias. Assim, pode-se esperar que em uma reunião de atualização de cuidado, consiga-se trabalhar o relacionamento entre os pares, o desenvolvimento da cidadania e o pensamento crítico. Isto somado, pode se traduzir em condições favoráveis para um cuidado mais competente e qualificado, que é a finalidade do processo gerencial.

Uma proposta tem mais chance de ser bem sucedida à medida que ela considera e estimula a capacidade dos atores em reconhecer e trabalhar suas potencialidades, os conhecimentos acumulados da enfermagem e a flexibilidade para adquirir outros e o cenário de oportunidades da instituição. Neste raciocínio, a enfermagem deve fazer uma boa leitura das opções estratégicas, das perspectivas conjunturais e políticas, dadas/fornecidas pela estrutura organizacional.

Nenhuma mudança se efetiva se as linhas de comunicação estiverem obstruídas e se a Enfermagem não tiver poder de negociação. Caso isto seja diagnosticado, todos os esforços devem ser direcionados para restabelecer condições mais favoráveis. Neste sentido, a aquisição de competências

políticas e comunicativas torna-se muito importante, pois há necessidade não só de bons argumentos, mas habilidade para negociar em bases realistas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral promover, junto aos trabalhadores de enfermagem, a reconstrução da enfermagem frente ao novo modelo gerencial. Para tanto, teve como objetivos específicos: reconstruir os determinantes históricos implicados na instituição dos modelos gerenciais de enfermagem; identificar o contexto atual do modelo gerencial, o seu significado e as possibilidades futuras; apreender as estratégias de enfrentamento dessa problemática no que se refere aos saberes e poderes e elaborar proposta e estratégias para a sua reconstrução.

A análise dos dados permitiu apreender as categorias empíricas: os determinantes históricos implicados na mudança, a situação atual da enfermagem, seu significado e as possibilidades futuras e as estratégias de enfrentamento: saberes e poderes.

O que se apreendeu, no que se relaciona aos determinantes históricos, é que a enfermagem, principalmente a hospitalar, desconhece ou não reconhece as políticas públicas como sendo algo que afeta o seu cotidiano, que a história da enfermagem, principalmente no que se refere aos aspectos de formação, condição feminina e a natureza do trabalho conferem uma certa fragilidade frente às decisões estratégicas, no âmbito institucional. O modelo hospitalocêntrico também contribuiu para alienar ainda mais a enfermagem das políticas de saúde, porque desenvolveu uma espécie de “blindagem” em relação às outras formas de atenção. Este fato é

ainda mais nítido quando o hospital é estatal (tem outra lógica de funcionamento) e é altamente especializado (a excessiva especialização restringe as comunicações laterais).

Outra observação que se faz a respeito dos determinantes é que alguns foram externos, estavam fora do controle da enfermagem, como por exemplo o “desmanche intencional” desencadeado pela implantação do novo modelo de UFs. Esta decisão do grupo diretivo mostra que, afinal, quem comanda são os grupos mais fortes (os médicos), que decidem, aparentemente, baseados em “inquestionáveis” pressupostos teóricos, que têm pouca ou nenhuma relação com a mudança pretendida. Ou seja, pairaram dúvidas se este “desmanche” era realmente necessário para mudar o modelo gerencial.

Outro fator externo e inesperado foi a percepção, pelo grupo, de que as enfermeiras que assumiram cargos de confiança no novo modelo, não as ajudaram nas suas reivindicações e estavam em posição de fazê-lo. Este fato teria de ser mais explorado uma vez que é relativamente nova, nos hospitais, a ocupação dos cargos de gerência por enfermeiras, fora do contexto da enfermagem.

Sabe-se pouco sobre as motivações que levam as enfermeiras a ocuparem estes cargos, mas é inegável que têm a ver com a oportunidade de alcançar um *status* institucional que a Enfermagem não é capaz de dar. É possível inferir que estes cargos sejam ofertados às enfermeiras pela sua competência gerencial (em princípio facilitada pela sua formação administrativa), ou porque o cuidado não fica descoberto (as outras

categorias profissionais o executam), ou porque as enfermeiras são sempre assalariadas (aceitam trabalhar mais horas por um salário menor, diferente dos profissionais liberais que ganham proporcional ao que trabalham).

O contexto atual mostra a crise de identidade das enfermeiras, causada principalmente pela perda da DE. Neste sentido, pode-se observar um certo “saudosismo”, um “tom” de fatalismo, de sofrimento, que leva a um imobilismo, a um apego desmesurado às regras, às normas, à proteção e ao controle escondido em uma Direção. Este imobilismo, esta forma de luta, mostra as dificuldades de assumir uma atitude mais pró-ativa, mais guiada pela ação.

Na outra ponta, a extinção da DE mostra a perda do poder e do capital simbólico e representam grandes perdas, porque resultaram de uma luta histórica bem sucedida. Recuperar este poder significa recomeçar a lutar, não mais para conquistar um cargo (porque talvez este não represente mais o poder), mas para encontrar um outro símbolo de poder, em uma dimensão ainda desconhecida. A partir deste pressuposto, perder a DE significou perder não só o poder e o capital simbólicos ali inseridos, mas também o “recomeçar”, o “reconstruir” a Enfermagem dentro do hospital.

Em função da falta de perspectivas, causada pela dificuldade de processar tantas mudanças e encontrar novos caminhos, as estratégias de enfrentamento reais tendem a ser tímidas.

As estratégias apontam a necessidade de agregar forças, de encontrar uma liderança, legitimá-la e construir um projeto assistencial próprio que seja mais forte e ao mesmo tempo mais flexível, mais

consistente do ponto de vista da sustentação teórica e metodológica, e menos suscetível às intempéries externas e internas relacionadas às formas de dominação institucional.

É um projeto ambicioso que precisa considerar o que a enfermagem precisaria adquirir para reconquistar seu espaço novamente. Para este novo contexto, pouco servem os modelos tradicionais. A eles devem se somar novas competências, habilidades e atitudes por parte das enfermeiras e um cenário de oportunidades de crescimento e valorização, por parte da instituição. O novo modelo assistencial que inspira a adoção de certos modelos gerenciais dão pistas das novas competências a serem adquiridas.

Muitos aspectos do cuidado precisam ser reaprendidos pelas enfermeiras. O cuidado ao paciente, por exemplo, deve ser ampliado, porque considera a determinação do processo saúde – doença, deve ser contínuo (e não fragmentado) ou em linha, vinculado e comprometido (o profissional deve ser referência para o paciente e comprometido com a sua recuperação e sua re- inserção ao seu meio).

Uma enfermeira com competência assistencial, precisará ter, além dos conhecimentos clínicos e seus procedimentos, conhecimento das políticas públicas e os dispositivos que favoreçam/beneficiem seus usuários, conhecimento dos determinantes que afetam a situação do usuário e formas de agir sobre eles, conhecimento de epidemiologia, incidência e prevalência de doenças na sua área de abrangência, entre outros.

No caso do gerenciamento, além dos conhecimentos tradicionais, será necessário, tanto no nível intermediário quanto em outros, adquirir

conhecimento das políticas de saúde e sua aplicação local, dos dispositivos legais que as legitimam, dos custos e financiamento. Um gerente competente saberá se antecipar as intercorrências pela boa leitura do cenário, terá habilidade de argumentação, saberá agregar diferentes correntes, criará oportunidades de crescimento e difusão do conhecimento.

A (s) proposta(s) para o desenvolvimento da Enfermagem do HC/UFPR considera os conhecimentos e as estratégias necessárias à conquista de competências que poderão impactar em resultados nas dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania. Neste sentido, os maiores desafios para a Enfermagem serão: construir uma nova identidade, realizar o trabalho em equipe mantendo a unidade e a identidade profissional, adquirir visibilidade na instituição, mudar o cuidado e ampliar a gerência.

A ocupação de cargos fora do contexto da Enfermagem, estabelece e amplia a abrangência da influência da Enfermagem no hospital. Estas novas posições podem ser estrategicamente aproveitadas para ajudar na recuperação da enfermagem. Quer dizer que, existe um modelo a ser superado: internamente, no contexto da enfermagem tanto na assistência como na gerência e fora deste contexto, na ocupação de cargos de confiança e na coordenação de equipes multidisciplinares. Estes novos papéis precisam ser vistos e trabalhados como um novo desafio que pode trazer benefícios para o usuário e o trabalhador de enfermagem. Se estes objetivos não estiverem bem claros e não forem monitorados corre-se o risco do trabalhador continuar frustrado e sem perspectivas e da mudança de

modelo não impactar significativamente, para melhor, na assistência ao usuário.

Finalmente, este estudo responde ao objetivo geral de promover, junto aos trabalhadores de enfermagem, a reconstrução da enfermagem frente ao novo modelo gerencial. Conseguiu identificar os determinantes, a situação atual, as estratégias de enfrentamento e mostrou que a aquisição de novas competências é uma, mas não a única maneira de superar este novo desafio e se adequar ao novo modelo proposto.

É preciso salientar que, a enfermagem ao assumir sozinha, toda a responsabilidade pela sua recuperação, reconhece que perdeu, sozinha, sua posição na instituição, o que não é verdade. Existe uma responsabilidade que deve ser compartilhada: a enfermagem deve repensar seu processo de produção e se adequar aos novos perfis assistenciais e gerenciais e a instituição deve reconhecer que nenhum projeto institucional pode ser levado a termo sem a participação da enfermagem. Reconhecer este fato, significa respeitar, institucionalmente, que a enfermagem tem o seu próprio saber e é capaz de se reorganizar. Isto significa também que a instituição deve assumir sua responsabilidade em criar um ambiente institucional compatível com os pressupostos teóricos que apregoa, em valorizar o cuidado como sua primeira missão e em favorecer um sistema de oportunidades de crescimento e desenvolvimento para seus trabalhadores.

Neste sentido, as contribuições do estágio de doutoramento realizado no Canadá foram muito importantes para os resultados deste trabalho. O conhecimento “in loco” do modelo de assistência canadense e seus

fundamentos, a organização do serviço de Enfermagem nos hospitais e na atenção primária, o ensino da disciplina de administração e a questão complexa da interdisciplinaridade, permitiram fazer muitas aproximações entre as duas realidades.

Chama a atenção a presença das mesmas dificuldades relacionadas às dúvidas suscitadas pelo papel da Enfermagem nos novos modelos de gestão. Chama a atenção também, o empenho das escolas formadoras, dos serviços de Enfermagem e do Conselho profissional em discutir estes problemas, em garantir o espaço da Enfermagem em todos os fóruns de discussão, em preocupar-se com a manutenção e o crescimento da Enfermagem como uma profissão que tem um saber próprio, que não pode ser manipulado.

No Brasil, as associações, os conselhos e as escolas formadoras poderiam estar mais atentos na operacionalização dos novos modelos de gestão. Os princípios do modelo assistencial do SUS podem ser respeitados sem que sejam usados, pelas instituições de saúde, para justificar os “desmanches” vistos, cada vez mais, como “necessários” para a sua operacionalização.

No que concerne à aquisição de novas competências, as Diretrizes Curriculares já contemplam competências e habilidades necessárias ao exercício da profissão e mais aderentes aos princípios do SUS. As enfermeiras do HC/UFPR, que possuem uma formação ainda tradicional, precisam adquirir estas mesmas competências, talvez com mais ênfase na política, em um cenário que já mudou. A seu favor, contam com a

experiência e o conhecimento adquiridos ao longo de muitos anos, que as qualificam a fazer, se assim o desejarem, uma mudança bem sucedida.

É importante apontar duas questões que permearam toda a construção do trabalho e que influenciaram sobremaneira os resultados: A **primeira** diz respeito a impossibilidade de verticalizar temas importantes, pois o estudo de caso mostrou-se abrangente e variado pela conjunção dos muitos fatores que o originaram, expressando a complexidade da realidade pela qual passa a Enfermagem do hospital de estudo. Para um aprofundamento compatível com a seriedade da situação, seria desejável e necessário, que temas como os determinantes históricos, cultura e poder, liderança, processo de trabalho, entre outros, pudessem ser investigados isoladamente, nesta mesma realidade. A **segunda** diz respeito aos resultados, marcados pelas contradições, caracterizando um ambiente em processo de mutação, suscetível à força do choque entre duas correntes opostas, cujos pontos de convergência ainda não foram encontrados.

REFERÊNCIAS

Almeida MCP, Silva EM, Mishima SM, Villa TCS. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho na Enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo: Fapesp ;1996.

Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Almeida, MCP, Fortuna CM, Pereira MJB, Mishima SM, Villa TCS. Gerencia na rede básica de serviços de: processo de trabalho saúde. In: Anais do X Encontro de Enfermagem do Nordeste; 1994; Salvador. Salvador; 1994.

Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3.ed. São Paulo: Bontempo Editorial; 2000.

Argenta IM, Pires DE. Refletindo sobre o processo de trabalho de enfermagem em hospital publico. Texto Contexto Enferm. 2000; 9 (2, pt 1) : 288-97.

Backes VMS. O legado histórico do modelo nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. Rev Bras Enferm 1999; 52 (2): 251-64.

Barbosa MA, Barreto IS, Brasil VV, Pereira MS. Considerações sobre a organização política da Enfermagem. Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem 2003; 45 (1): 6.

Barbosa PR. A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores performances gerenciais. Saúde em debate 1996 (52): 24-34.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da Enfermagem no Brasil. Rev latino americana enfermagem 1999; 7 (3): 87-93.

Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. Rev latino americana de enfermagem 1999; 7 (3): 87-93.

Becouze O, Chauchon C, Salomon N. Des représentations du métier a la construction de l'identité professionnelle. Recherche en soins infirmier 1996; 45 : 147-53.

Bento MC. Cuidados e formação em enfermagem: que identidade? Lisboa: Fim de Século Edições; 1987.

Bergamini CW. O desafio da liderança. In: Bergamini CW, Coda R (org.). Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1997.

Bernardino E, Felli VEA. A organização da Enfermagem do HC-UFRP: refletindo sobre seus determinantes. Rev Bras Enferm 2006; 59 (2):148-53.

Bernardino E, Felli VEA, Dallaire C. La position des infirmières d'après l'structure organisationnelle. São Paulo; 2006. (Artigo inédito).

Bertolozzi MR. O Sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos?. Revista Nursing 2003; 64 (6).

Bittencourt CC. A gestão de competências gerenciais e a contribuição da aprendizagem organizacional. RAE 2004; 44 (1): 58-69.

Borenstein MS. Poder da Enfermagem no espaço hospitalar. Texto Contexto Enferm. 2000; 9 (3): 42-53.

Bourdieu P. O poder simbólico. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.

Brandão HP, Guimarães TA. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumento do mesmo constructo? RAE 2001; 41 (1): 8-15.

Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública 1998;14 (4): 836-70.

_____. O estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios in: Campos GWS. A reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Castelar RM. O Hospital no Brasil. In: Castelar RM, Mordelet P, Graboys V (dir.). Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP; 1995.

Cecílio LCO. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: Merhy EE, Onocko R (org.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Caderno Saúde Pública* 1997; 13 (3):469-78.

_____. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Campinas. Saúde em Debate* 2003; 27 (64): 110-22.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC-ABRASCO, 2006.

Chiavenato I. *Teoria geral da administração*. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus; 1999.

Chiesa AM, Ciampone MHT. *Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais*. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem;1999.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

Contandrioupolos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R . *Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre*. *Ruptures* 2001; 8 (2): 38-52.

Costa IG, Gomes ELR. Saberes, estratégias, ideologias de enfermagem: reflexão baseada no estudo de Lopes. *Rev Bras Enferm* 2001; 54 (4): 645-50.

Couttolenc BF. A dimensão econômica da saúde. In: Cianciarullo TI, Cornetta VK. *Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio*. São Paulo: Ícone; 2002.

Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(3): 479-82.

Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *R. Gaúcha de Enferm* 1999; 20 (1): 5-25.

Dallaire C. *La désaffection envers la profession infirmière? Réflexion sur les soins infirmiers dans la société du savoir*. 2006 (mimeo).

De Domenico EBL. Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em enfermagem: a expressão do conjunto. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD. Poder e gerenciamento na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2000; 9 (3): 22-41.

Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. 2 ed. São Paulo: Atlas; 1989.

Domingues TAM, Chaves EC. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. Rev Escola de Enferm da USP 2005; 39 (esp): 580-8.

Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev de Admin Pública 1992; 26 (2): 14-16.

Escola Nacional de Saúde Pública. Contexto tema 6 . Modelos de atenção à saúde: conceitos básicos, aspectos históricos e desafios para práticas inovadoras (online); 2004. Disponível em: <http://www.ead-ensp.fiocruz.br/cursos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema6/tema6-c.html> (14/09/2004)

Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura?. Rev Bras Enferm 2003; 56(4): 343-47.

Felli VE, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P (coord.). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Fernandes MS, Spagnol CA, Trevizan M A, Hayashida M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Rev latino americana de Enfermagem 2003; 11(2):161-7.

Ferraz CA, Gomes ELR, Mishima SM. O desafio teórico – prático da gestão dos serviços de saúde. Rev Bras de Enferm 2004; 57(4): 395-400.

Ferraz CAA. A transfiguração da administração de enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Fonseca RMG, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à população. In: A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem ;1997.

Fortes PAC, Zoboli ELCP. Os princípios do Sistema Único de saúde - SUS potencializando a inclusão social no atendimento à saúde. O Mundo da Saúde 2005; 29 (1).

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A institucionalização e o desenvolvimento da Enfermagem frente às políticas de saúde. Rev Bras Enferm 2001; 54 (3): 466-74.

Gelain I. O enfermeiro e suas atribuições “de poder” nas relações de trabalho. Cogitare Enfermagem 1996; 1 (2):70-4.

Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez; 1985.

Giovanini T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. História da Enfermagem: versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

Goulet O. L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. In: Goulet O, Dallaire C. (dir.). Soins Infirmiers et société. Canadá: Gaetan Morin; 2002.

Grabois V, Sandoval P. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: Castelar RM, Mordelet P, Grabois V (dir.). Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP; 1995.

Grabois V. A implantação das técnicas de organização e de gestão. In: Castelar RM, Mordelet P, Grabois V (dir.). Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP; 1995.

Grosjean M, Lacoste M. Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.

Guimarães EMP. Sistema de Informação Hospitalar: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.

Guimarães EMP; Évora DM. Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ci. Inf. 2004; 33 (1): 72-80.

Gurgel Jr GD, Medeiros KR. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais. In: Falcão A et al. (org.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (on line). Disponível em: <http://www.ufpr.br> (10/09/2004).

Hospital de Clínicas, Assessoria de Planejamento. Coletânea sobre as Unidades Funcionais da UFPR. Curitiba: HC/UFPR; 2002.

Kanter RM. Men and women of the corporation. New York: BasicBooks; 1977.

Kouzes JM, Posner BZ. O desafio da liderança: como conseguir feitos extraordinários em organizações. Rio de Janeiro: Campus; 1991.

Kuenzer AZ. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. Trabalho, Educação e Saúde 2004; 1: 107-19.

Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Kurcgant P (coord.). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandrioupolos AP, Denis JL, Haggerty J. Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Canadá : Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé; 2003.

Lei 8080 de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Leopardi MT, Santos I, Sena RR. Tendências de enfermagem no Brasil: tecnologias do cuidado e valor da vida. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeria; 2000; Florianópolis.

Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Rev Gaúcha de Enferm 1999; 20 (n. esp.): 86-101.

Lima RCD. A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 1998.

Lopes MJM. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. Rev Bras Enferm 1988; 41(3/4): 211-17.

Lourenço MR. Desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde dirigidas por enfermeira-gerentes. [tese]. EEUSPRP; 2004.

Lucchese R, Barros S. Pedagogia das competências – um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão de literatura. Acta paulista Enferm 2006; 19(1):92-9.

Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. Revista escola Enfermagem USP 2006, 40(2) :292-8.

Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.

Machado VB. A manifestação do poder segundo a percepção de enfermeiros que atuam em uma instituição hospitalar pública. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Machado VB, Kurcgant P. O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2004; 38(3):280-7.

Magalhães Jr HM. Apresentação. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Magalhães LER. Desenvolvimento de competências e habilidades para a ação docente. In: Magalhães LER. *Magistério superior para pós-graduados*. Curitiba; 2005.

Marquis BL, Huston CJ. *Administração e liderança em enfermagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Matos E, Pires D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. *Texto e Contexto Enferm* 2002; 11 (1):187-205.

Mendes EV. O processo social de distritalização da saúde. In: Mendes EV (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1995.

Mendes EV. *Os Sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio, LCO. *Inventando a mudança na saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr H, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Ministério da Educação (BR). Lei n 9.394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário oficial da União* 1996; 34 (248) Seção 1:27.833-41.

Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n 3 de 09 de novembro de 2001.

Dispõe sobre Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem. Diário oficial da União 2001, 09 nov., seção 1: 37.

Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 7.ed. Rio de Janeiro: Record; 1996.

Moura GMSS, Magalhães AMM, Chaves EHB. O serviço de enfermagem hospitalar- apresentando este gigante silencioso. Rev Bras Enferm 2001; 54 (3):482-93.

Nascimento EP. A globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer da enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1996.

Nimtz MA, Ciampone MHT. O significado de competência para o docente de administração em enfermagem. Rev Escola Enfermagem USP, 2006; 40(3):336-42.

Nóbrega-Therrien SM. Dominação e resistência no trabalho da enfermeira. Rev Bras Enferm 2001; 54 (3): 420-6.

Nunes ED. Tendências e perspectivas da pesquisa em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: Ciências Sociais em saúde na América latina. OPAS; 1985.

Organizacao Panamericana em saúde. O hospital no sistema de saúde. In: A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. 2004. p.71.

Padilha MICS, Vaguetti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. Rev Enferm UERG 2006;14(2):292-300.

Paim JS. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Paskulin LMG. O saber e o fazer como processo educativo para a enfermeira. In: Meyer DE, waldow VR, Lopes MJM (org). Marcas da diversidade saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Medicas; 1998. p. 171-182.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de Enfermagem: cisão entre a planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm 2002; 55 (4):392-8.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P (coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.108.

Pereira A. A resistência ao poder no cotidiano das(os) enfermeiras(os). *Texto Contexto Enferm* 2000; 9 (3):100-14.

Pereira A. O imaginário sobre o trabalho dos gêneros profissionais: a vertente do sofrimento e do prazer no trabalho da (o) enfermeira (o). *Texto e Contexto Enferm* 2002; 11 (1):105-20.

Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(3):492-9.

Pires MRGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Revista latino americana de enfermagem* 2005; 13(5):729-36.

Portaria Interministerial nº1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004. Trata da reestruturação dos hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde –SUS.

Prefeitura Municipal de Curitiba (PR). Convênio 15545 entre o município de Curitiba e a Universidade Federal do Paraná através do hospital de Clínicas. Integra o hospital na rede regionalizada e hierarquizada dos estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba.

Puschel VAA, Ide CAC. As mudanças na enfermagem: a representação de enfermeiras acerca das mobilizações institucionais. *Rev Escola Enfermagem da USP* 2002; 36(2):164-9.

Queiroz VM, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação em saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1996; São Paulo. São Paulo: Aben; 1996.

Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. *Formação* 2001;1 (2):17-21.

Rénamy B. Une démarche de réorganisation des soins infirmiers : la dynamique entre les gestionnaires et les professionnels. [dissertação]. Québec, Canadá : Departamento de Medicina Social e Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Laval; 2005.

Rigolf F, Rocha CF, Foster AA. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. *Revista latino americana Enfermagem* 2006; 14(1):7-16.

Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?. In: Merhy, Onocko. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Santos RM, Trezza MCSF, Candiotti ZMC, Leite JL. A enfermagem como objeto da história uma reflexão sobre o tema. Rev Bras Enferm 2001; 54 (4): 638-44.

Secretaria da Gestão do trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (BR). AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília; 2004.

Segui MLH, Bernardino E. Proposta de trabalho para a enfermagem 2006. Curitiba: Hospital de Clínicas; 2006. (mimeo)

Sena-Chompré RRS, Egry EY. A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec; 1998.

Shinyashiki GT, Trevizan MA, Mendes IAC. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. Rev Latino Americana Enfermagem 2003; 11(4):499-506.

Silva ALA. O hospital e o sistema Único de saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Silva Jr AG. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996.

Santos KMAB, Silva MJP. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2003; 37 (2):97-108.

Silveira MFA, Sobral VRS, Junqueira CSA. Para além da cruz e da espada: revelando o poder do simbolismo na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2000; 9 (3):74-85.

Simões ALA, Fávero N. O desafio da liderança para o enfermeiro. Revista Latino americana enfermagem 2003; 11(5):567-73.

Soares LTR. O impacto das políticas neoliberais sobre a situação de saúde, O Brasil no contexto da América Latina. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1996.

Spagnol CA, Ferraz CA. Tendências e perspectivas da administração em Enfermagem: um estudo na Santa casa de Belo Horizonte-MG. Rev latino americana enfermagem 2002; 10 (1): 15-20.

Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Revista latino americana de enfermagem* 2003;11(5):593-600.

Trevizan MA, Mendes IAC, Shinyashiki GT, Gray GI. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. *Rev latino americana de enfermagem* 2006; 14(3).

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2002.

Valadares GV, Viana LO. A globalizacao, as formas de organização do trabalho e a enfermagem. *Esc. Anna Nery R. Enf* 2005; 9(1):116-23.

Villa EA, Cadete MMM. A cultura institucional como determinante da pratica educacional do enfermeiro, *Texto Contexto Enferm* 2000; 9(3):115-32.

Witt RR, Almeida MCP. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. *Texto Contexto enfermagem* 2003, 12(4):559-68.

Xavier IM, Garcia CLL, Nascimento MAL. A Reforma sanitária e a participação do enfermeiro . *Rev Bras Enferm* 1988; 41(3/4):190-8.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS

Curitiba, 13 de dezembro de 2004.

Ilmo (a) Sr. (a)
Enfª Elizabeth Bernardino
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “MUDANÇA NO MODELO GERENCIAL DO HC-PR: A (RE) CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM”, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 30 de novembro de 2004 . O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Protocolo CEP/HC 954.184/2004-11**

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

Data para entrega do primeiro relatório: 01 de maio de 2005.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Renato Tambara Filho
Coordenador Do Comitê De Ética Em Pesquisa
Em Seres Humanos Do Hospital De Clinicas/UFPR

Protocolo: CEP-HC/UFPR 954184/2004-11 Pesquisa BANPESQ: 2004015569

Simples – Enfermagem - Interno

Projeto de Pesquisa: " **MUDANÇA NO MODELO GERENCIAL DO HC-PR: A (RE) CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**"Pesquisador Responsável: En^{fa}. ELIZABETH BERNARDINO

Área: Enfermagem

Instituição: Hospital de Clínicas da UFPR

Data de apresentação ao CEP:

Data de entrega ao Relator: 25/11/2004

Introdução e justificativa para a pesquisa

A integralidade como eixo de gestão na coordenação dos hospitais, tem sido uma opção para os dirigentes dos hospitais, principalmente naqueles, locais onde a implantação do SUS avança para a formação de redes de atenção, impulsionando os hospitais à rede municipal, impondo modificações conceituais e operacionais nos seus modelos de gestão. Neste sentido, a integralidade da atenção hospitalar pode ser olhada no hospital como sendo a síntese de muitos cuidados e a partir do hospital se referindo à sua integração no sistema de saúde local. Neste contexto, o Hospital de Clínicas está passando, no momento, por grandes transformações relacionadas ao modelo de gestão. A implantação parcial deste modelo, trouxe mudanças significativas para a Enfermagem, onde com o desaparecimento da direção da enfermagem a autonomia ficou comprometida trazendo implícita e intencionalmente o desmantelamento do Serviço e a desarticulação/desmobilização dos trabalhadores de enfermagem, em um momento de disputa de competências entre médicos e enfermeiros.

Objetivo

Construir, com os profissionais de enfermagem, quais mudanças deveriam ser implementadas na organização do trabalho em Enfermagem, para se adaptar ao novo modelo de gestão adotado pelo hospital que tem como eixo norteador os princípios do SUS.

Sumário do projeto

"MUDANÇA DE MODELO GERENCIAL DO HC-PR: A (RE) CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM"

Descrição e caracterização da amostra:

A coleta dos dados se dará pela técnica de grupo focal utilizando questões norteadoras para cada fase da pesquisa. Serão 15 profissionais da enfermagem entre enfermeiros, técnicos e auxiliares que se candidatarem voluntariamente para a pesquisa e o recrutamento se dará pela oferta de interessados como resposta ao chamamento interno da pesquisadora.

Crterios de incluso e excluso

O critrio de elegibilidade ser apenas o de pertencer ao quadro de enfermagem da instituio.

Adequao da metodologia: Este projeto uma tese de doutoramento de autoria da Enfermeira Elizabeth Bernardino (pesquisadora) e Vanda Elisa Andrs Felli (orientadora). uma pesquisa do tipo qualitativa, na modalidade estudo de caso. Ser utilizada para coleta de dados a tcnica de grupo focal com trabalhadores do servio de enfermagem do Hospital de Clnicas, que consentirem em participar voluntariamente aps assinar o TCLE. Os encontros sero gravados, posteriormente transcritos, categorizados e analisados luz da determinao social. A casustica ser de 15 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros, tcnicos e auxiliares. Como resultados espera-se que o grupo consiga discutir e refletir sobre os objetivos propostos de forma a construir algumas estratgias de enfrentamento que possam ser utilizadas por todo o servio.

Comentrios frente Resoluo CNS 196/96:

Este projeto est de acordo com os preceitos da tica, contm todos os documentos necessrios estando em conformidade com a Resoluo 196/96.

Situao: Projeto Aprovado

Curitiba, 30 de novembro de 2004.

Prof Dr Renato Tambara Filho
Coordenador do Comit de tica
em Pesquisa em Seres Humanos

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, tomei ciência do estudo intitulado "MUDANÇA DO MODELO GERENCIAL DO HC-PR: A (RE)CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM", por meio da apresentação oral feita pela pesquisadora, cuja finalidade é construir, com os profissionais de enfermagem, quais mudanças deveriam ser implementadas na organização do trabalho em Enfermagem para se adaptar ao novo modelo assistencial proposto pelo SUS, cujos princípios foram utilizados por este novo modelo de gestão. Fui, também, informado que o estudo tem como objetivos: reconstruir, com os trabalhadores de enfermagem, os determinantes históricos implicados na instituição de modelos gerenciais de enfermagem; identificar, com os trabalhadores de enfermagem, o contexto atual do modelo gerencial, o seu significado e as possibilidades futuras; articular, com os trabalhadores de enfermagem, as estratégias de enfrentamento dessa problemática no que se refere às tecnologias (saberes e poderes) necessárias. Frente a esses esclarecimentos, declaro meu interesse, por livre e espontânea vontade em ser sujeito deste. Estou ciente que os dados por mim fornecidos farão parte do referido estudo, sendo assegurado o anonimato e que poderei interromper esta participação em qualquer etapa da pesquisa, caso eu assim o desejar, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Tenho conhecimento dos procedimentos para coleta de dados e que estes dados serão posteriormente divulgados.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor: _____
RG: _____

Assinatura do pesquisador _____

Elizabeth Bernardino Rg 1700837

Fone contato (41)2731786 ou (41) 99712580

Enf. Mariângela Honório Pedr
Coordenadora das Unidades de Internação
COREN 25153 - Matr. 87633

ANEXO C – TRANSCRIÇÃO DOS ENCONTROS (CD-ROM)